



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE  
CONTEMPORÂNEA**

**GIOVANA ROSSI FIGUEIRÔA**

**REPERCUSSÕES DA AMPUTAÇÃO MAIOR DE MEMBRO INFERIOR  
SECUNDÁRIA AO DIABETES MELLITUS NAS CONDIÇÕES DE VIDA:  
NARRATIVAS DAS PESSOAS IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS**

Salvador  
2025

**GIOVANA ROSSI FIGUEIRÔA**

**REPERCUSSÕES DA AMPUTAÇÃO MAIOR DE MEMBRO INFERIOR  
SECUNDÁRIA AO DIABETES MELLITUS NAS CONDIÇÕES DE VIDA:  
NARRATIVAS DAS PESSOAS IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sumaia Midlej Pimentel Sá.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia de Loiola Cisneros

Coorientadora do estágio doutoral: Prof.<sup>a</sup> Dra.<sup>a</sup> Maria Natália Pereira Ramos

Dados de Catalogação da Publicação (CIP)  
Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

F475 Figueirôa, Giovana Rossi

Repercussões da amputação maior de membro inferior secundária ao diabetes mellitus nas condições de vida: narrativas das pessoas idosas e suas famílias / Giovana Rossi Figueirôa.– Salvador, 2025.  
188 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Profa. Dra. Sumaia Midlej Pimentel Sá.

Coorientadoras: Profa. Dra. Lígia de Loiola Cisneros e Profa. Dra. Maria Natália Pereira Ramos (Estágio Doutoral em Portugal).

1. Amputação de Membro Inferior. 2. Diabetes Mellitus 3. Família  
4. Cuidador Familiar 5. Condições de Vida 6. Suporte Social I. Sá, Sumaia Midlej Pimentel – Orientadora II. Cisneros, Lígia de Loiola – Coorientadora III. Ramos, Maria Natália Pereira – Coorientadora IV. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação V. Título.

CDU: 616.379-008.64:616-089.873

## TERMO DE APROVAÇÃO

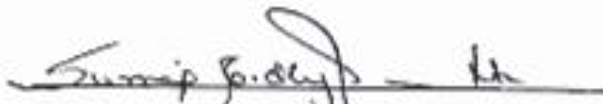
### GIOVANA ROSSI FIGUEIRÔA

#### "REPERCUSSÕES DA AMPUTAÇÃO MAIOR DE MEMBRO INFERIOR SECUNDÁRIA AO DIABETES MELLITUS NAS CONDIÇÕES DE VIDA: NARRATIVAS DAS PESSOAS IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS"

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 25 de abril de 2025.

Banca Examinadora:



Prof.ª Doutora Sumaia Midlej Pimentel Sá (Orientadora – UCSAL)



LIGA DE LÓGICA OSNEROS  
Data: 14/05/2025 15:20:48 -0300  
Verifique em: https://validar.gov.br

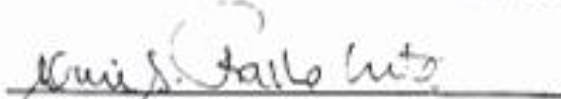
Prof.ª Doutora Ligia Luiza de Cisneros (Coorientadora - UFMG)



Prof.ª Doutora Maria Natália Pereira Ramos (Coorientadora - UAB)



Prof.ª Doutora Elaine Pedreira Rabinovich (UCSAL)



Prof.ª Doutora Livia Alessandra Fialho da Costa (UCSAL)



Prof.ª Doutora Helena Maria Silveira Fraga Maia (UNEB)



Prof.ª Doutora Juliana Viana Freitas (UNEB)

Aos meus pais, Nestore e Ana Maria (*in memoriam*),  
que nunca mediram esforços para me proporcionar  
uma boa educação - a maior herança que carrego  
comigo. Foram meus exemplos de pessoas de caráter,  
honestas e éticas, valores que moldam minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelas bênçãos concedidas diariamente, que sustentam minha vida, fortalecem minha fé e me amparam nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido, Celso, meu maior incentivador. Seu apoio incondicional e incentivo voraz esteve presente em cada passo dessa jornada. Seus conselhos, sempre repletos de sabedoria e cultura, fizeram total diferença no meu doutoramento, impulsionando-me a ler mais, estudar mais e a deixar um pouco de lado a casa e as plantas. Essa tese também é sua.

Aos meus filhos, Gabriela e Hugo, por me tornarem mãe e uma mulher mais completa. Vibro com cada conquista de vocês e tenho imenso orgulho de quem são. A felicidade de vocês é também a minha, e minha vida é plenamente enriquecida por suas presenças. Amo vocês profundamente.

Minha eterna gratidão à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sumaia Midlej Pimentel Sá, cuja dedicação, empatia e paciência foram fundamentais no meu percurso do doutorado. Sua escuta atenta, orientação valiosa me introduzindo nos estudos qualitativos e forma calma e acolhedora para falar, fizeram toda a diferença nesta caminhada. É o meu exemplo de profissional competente, com uma sensibilidade única para as questões do próximo e um compromisso inabalável com a ciência.

Meu profundo agradecimento à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lígia de Loiola Cisneros, ex-aluna querida, amiga e, hoje, coorientadora do doutorado. Os três anos de convivência na UFMG fortaleceram um vínculo que nem três décadas de distância física foram capazes de enfraquecer. Sinto um imenso orgulho da sua trajetória profissional de tanto sucesso e dedicação às pessoas com diabetes.

À minha coorientadora no âmbito do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior pela Universidade Aberta de Lisboa, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Natália Ramos, por quem nutro uma grande admiração, expresso minha sincera gratidão por proporcionar-me momentos enriquecedores, compartilhados em longas conversas e

com valiosos conselhos que transcenderam as questões estritamente acadêmicas, tornando essa experiência de valor imensurável para mim.

Aos professores que integraram a banca de qualificação – Dr.<sup>a</sup> Helena Maia, Dr.<sup>a</sup> Livia Costa e Dr.<sup>a</sup> Juliana Freitas – meus sinceros agradecimentos pelo cuidado ao tecer considerações que transformaram esta tese em um estudo muito melhor do que havia pensado em fazer. Sou imensamente grata, não apenas pelas valiosas contribuições naquele momento, mas também pelo apoio que seguiram dando além da banca.

À banca de defesa – Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Pedreira Rabinovich, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Helena Maia, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Livia Costa e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Freitas – meus mais sinceros agradecimentos pela leitura criteriosa desta tese e pelas contribuições substanciais que enriqueceram a versão final deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, em especial, Dr.<sup>a</sup> Elaine Rabinovich, Dr.<sup>a</sup> Gilca Carrera, Dr.<sup>o</sup> José Luiz Ferriz, Dr.<sup>a</sup> Livia Costa e Dr.<sup>o</sup> Rafael Fornasier, pelas vivências e aprendizado construídos juntos. O conhecimento transmitido foram fundamentais para o aprimoramento desta tese.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, pela atenção e cordialidade. Meus sinceros agradecimentos a todos pelo suporte e atenção.

À minha querida colega e grande amiga, Dr.<sup>a</sup> Eliana Brito, cuja infinita bondade e altruísmo foram fundamentais no momento mais impactante do doutorado, que é a etapa final. Com generosidade, estendeu a mão para me auxiliar na revisão da estrutura desta tese, dedicando seu tempo e conhecimento com imensa competência. Minha gratidão por sua amizade e apoio inestimável.

Às Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Deolinda Luz e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Emília Brito, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), minha profunda gratidão pela recepção calorosa em Lisboa e pelo apoio essencial ao longo do meu estágio doutoral. O acolhimento e a generosidade de ambas foram fundamentais nessa jornada.

Aos participantes da pesquisa, que abriram as portas de seus lares e compartilharam comigo não apenas histórias, mas fragmentos de suas vidas em um momento tão delicado, minha eterna gratidão. Honrarei a confiança depositada em mim, retribuindo com a divulgação do conhecimento que, indiretamente, me proporcionaram.

Ao meu cunhado César Figueirôa, minha admiração pela pessoa bondosa que é. Deixou esta tese mais bonita, transformou os registros fotográficos desta pesquisa em belos desenhos gráficos que fazem parte desta tese.

Ao Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) pelo apoio fundamental na concessão da licença para o doutorado sanduíche em Portugal e pelo suporte logístico no transporte, essencial para a coleta dos dados desta pesquisa.

Aos meus queridos alunos da UNEB, Ana Carolina, Claudijane, Erica, Natan, e a minha colega fisioterapeuta Thalita, pelo inestimável apoio e dedicação durante a etapa da coleta de dados desta pesquisa no Hospital Geral Roberto Santos.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos para o Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, que possibilitou o aprofundamento das minhas pesquisas em um ambiente acadêmico internacional.

Por fim, mas não menos importante, deixo minha homenagem ao Fox, meu fiel companheiro de quatro patas. Esteve ao meu lado nas longas madrugadas de estudo, oferecendo carinho, alegria e silêncio acolhedor. Sua presença foi um alento em momentos solitários, e sua partida recente deixa saudade.

*“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente,  
mas o que melhor se adapta às mudanças.”*  
Leon Megginson (1963)

FIGUEIRÔA, Giovana Rossi. **Repercussões da amputação maior de membro inferior secundária ao diabetes mellitus nas condições de vida: narrativas das pessoas idosas e suas famílias.** 2025, 188 f. Tese (Doutorado em Família). Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador – UCSAL, 2025.

## RESUMO

Amputação maior de membro inferior (AMMI), decorrente do diabetes mellitus (DM), configura-se como um agravo de elevada incidência global, com repercussões físicas, emocionais, psicológicas e sociais, tanto para a pessoa afetada quanto para sua família. Esse procedimento compromete a autoimagem e a autoestima, especialmente em idosos. Diante dessa complexidade, este estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, teve como objetivo compreender as repercussões da AMMI em idosos com DM e sua família, utilizando a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). A pesquisa envolveu idosos residentes em Salvador-BA, submetidos à AMMI entre maio de 2023 e abril de 2024, em um hospital público de referência, bem como seus cuidadores familiares. A seleção dos idosos considerou a equidade de gênero, e as entrevistas, realizadas em seus domicílios, permitiram o aprofundamento das narrativas e a contextualização das condições de vida. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos por meio de formulário estruturado, e as entrevistas exploraram as experiências com a amputação. As categorias analíticas foram: Experiências vivenciadas com a AMMI; Reestruturação da vida cotidiana; e Suporte social. Participaram 12 pessoas: seis idosos submetidos à AMMI, com idades entre 61 e 75 anos, e seis cuidadores familiares, entre 42 e 67 anos. Entre os idosos, três eram casados, dois solteiros e um viúvo; cinco possuíam ensino médio completo, e quatro foram submetidos à amputação transfemoral. Todos apresentavam hipertensão arterial sistêmica e doença arterial periférica, e dois também conviviam com insuficiência renal crônica. Entre os cuidadores, cinco eram mulheres; uma apresentava diagnóstico de DM e três, hipertensão arterial. Observou-se distribuição equitativa no grau de parentesco com os idosos, e três cuidadores tinham escolaridade inferior a 12 anos. Todos residiam em bairros com contextos de vulnerabilidade social. Os achados evidenciaram impactos expressivos da AMMI no bem-estar dos idosos, com destaque para a perda de autonomia, inadequações no ambiente domiciliar e barreiras de acessibilidade urbana. A atuação dos cuidadores mostrou-se fundamental, permeada por laços afetivos, sobrecargas e ausência de apoio estatal. A espiritualidade emergiu como importante estratégia de enfrentamento, especialmente para os idosos, favorecendo a resiliência. A expectativa pela prótese e pela fisioterapia foi recorrente, sendo percebida como importante para a retomada da autonomia. As considerações finais deste estudo reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção da AMMI associada ao DM, com ênfase na educação em saúde e no fortalecimento do autocuidado. Evidenciam a necessidade de qualificar e ampliar a assistência aos idosos com AMMI e seus cuidadores, por meio de redes articuladas e políticas inclusivas que reduzam desigualdades e promovam dignidade às pessoas com amputação e suas famílias.

**Palavras-chave:** Amputação de membro inferior; Diabetes mellitus; Família; Cuidador Familiar; Condições de vida; Suporte social.

FIGUEIRÔA, Giovana Rossi. **Repercussions of major lower limb amputation secondary to diabetes mellitus on living conditions: narratives of elderly people and their families.** 2025, 188 pp. Thesis (Doctorate in Family). Family in the Contemporary Society of the Catholic University of Salvador – UCSAL, 2025.

## ABSTRACT

Major lower limb amputation (MLLA), resulting from diabetes mellitus (DM), constitutes a condition of high global incidence, with physical, emotional, psychological, and social repercussions for both the affected individual and their family. This procedure compromises self-image and self-esteem, especially among older adults. Given this complexity, this qualitative, exploratory, and descriptive study aimed to understand the repercussions of MLLA in older adults with DM and their families, using the content analysis method proposed by Bardin (2016). The research involved older adults living in Salvador-BA who underwent MLLA between May 2023 and April 2024 at a public referral hospital, as well as their family caregivers. The selection of participants considered gender equity, and interviews conducted in their homes allowed for deeper narrative exploration and contextualization of their living conditions. Sociodemographic and clinical data were collected through a structured form, and interviews explored participants' experiences with amputation. The analytical categories were: Experiences with MLLA; Restructuring of daily life; and Social support. A total of 12 individuals participated: six older adults who underwent MLLA, aged between 61 and 75 years, and six family caregivers, aged between 42 and 67 years. Among the older adults, three were married, two single, and one widowed; five had completed high school, and four had undergone transfemoral amputation. All had systemic arterial hypertension and peripheral arterial disease, and two also had chronic kidney disease. Among the caregivers, five were women; one had a diagnosis of DM, and three had hypertension. There was an equitable distribution in the degree of kinship with the older adults, and three caregivers had less than 12 years of formal education. All lived in neighborhoods characterized by social vulnerability. The findings revealed significant impacts of MLLA on the well-being of older adults, particularly regarding the loss of autonomy, inadequacies in the home environment, and urban accessibility barriers. The role of family caregivers proved to be fundamental, marked by emotional bonds, overload, and a lack of state support. Spirituality emerged as an important coping strategy, especially for the older adults, fostering resilience. The expectation of receiving a prosthesis and physical therapy was recurrent and perceived as essential for regaining autonomy. The final considerations of this study reinforce the need for public policies aimed at preventing MLLA associated with DM, with emphasis on health education and strengthening self-care. They also highlight the need to improve and expand care for older adults with MLLA and their caregivers, through integrated networks and inclusive policies that reduce inequalities and promote dignity for people with amputations and their families.

**Keywords:** Lower limb amputation; Diabetes mellitus; Family; Family caregiver; Living conditions; Social Support.

FIGUEIRÔA, Giovana Rossi. **Repercusiones de la amputación mayor de miembros inferiores secundaria a diabetes mellitus en las condiciones de vida: narrativas de personas mayores y sus familias.** 2025, 188 h. Tesis (Doctorado em Familia). La familia en la sociedad contemporánea en la Universidad Católica del Salvador – UCSAL, 2025.

## RESUMEN

Amputación mayor de miembro inferior (AMMI), derivada de la diabetes mellitus (DM), se configura como una afección de alta incidencia global, con repercusiones físicas, emocionales, psicológicas y sociales, tanto para la persona afectada como para su familia. Este procedimiento compromete la autoimagen y la autoestima, especialmente en personas mayores. Ante esta complejidad, este estudio cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo, tuvo como objetivo comprender las repercusiones de la AMMI en personas mayores con DM y sus familias, utilizando el análisis de contenido propuesto por Bardin (2016). La investigación involucró a personas mayores residentes en Salvador-BA, sometidas a AMMI entre mayo de 2023 y abril de 2024, en un hospital público de referencia, así como a sus cuidadores familiares. La selección de los adultos mayores consideró la equidad de género, y las entrevistas, realizadas en sus domicilios, permitieron profundizar en las narrativas y contextualizar las condiciones de vida. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos mediante un formulario estructurado, y las entrevistas exploraron las experiencias relacionadas con la amputación. Las categorías analíticas fueron: Experiencias vividas con la AMMI; Reestructuración de la vida cotidiana; y Soporte social. Participaron 12 personas: seis personas mayores sometidas a AMMI, con edades entre 61 y 75 años, y seis cuidadores familiares, entre 42 y 67 años. Entre las personas mayores, tres estaban casadas, dos solteras y una viuda; cinco tenían educación secundaria completa, y cuatro fueron sometidas a amputación transfemoral. Todas presentaban hipertensión arterial sistémica y enfermedad arterial periférica, y dos también convivían con insuficiencia renal crónica. Entre los cuidadores, cinco eran mujeres; una tenía diagnóstico de DM y tres, hipertensión arterial. Se observó una distribución equitativa en el grado de parentesco con las personas mayores, y tres cuidadores tenían un nivel educativo inferior a 12 años. Todos residían en barrios con contextos de vulnerabilidad social. Los hallazgos evidenciaron impactos significativos de la AMMI en el bienestar de las personas mayores, destacándose la pérdida de autonomía, las inadecuaciones en el entorno doméstico y las barreras de accesibilidad urbana. La actuación de los cuidadores resultó fundamental, marcada por vínculos afectivos, sobrecarga y ausencia de apoyo estatal. La espiritualidad emergió como una importante estrategia de afrontamiento, especialmente para las personas mayores, favoreciendo la resiliencia. La expectativa de recibir una prótesis y de acceder a fisioterapia fue recurrente, siendo percibida como fundamental para la recuperación de la autonomía. Las consideraciones finales de este estudio refuerzan la necesidad de políticas públicas orientadas a la prevención de la AMMI asociada al DM, con énfasis en la educación para la salud y en el fortalecimiento del autocuidado. También evidencian la necesidad de calificar y ampliar la atención a las personas mayores con AMMI y a sus cuidadores, mediante redes articuladas y políticas inclusivas que reduzcan las desigualdades y promuevan la dignidad de las personas con amputación y de sus familias.

**Palabras clave:** Amputación de miembro inferior; Diabetes mellitus; Familia; Cuidador Familiar; Condiciones de vida; Apoyo social.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Desenho 1	Idosa com amputação transtibial sentada na cadeira de rodas na porta da sua residência.	37
Desenho 2	Idoso com amputação transtibial aos cuidados de seu filho.	93
Desenho 3	Representação gráfica do bairro de Sussuarana, a partir de fotografia tirada da janela de uma das residências visitadas.	94
Fotografia 1	Acesso a uma residência no bairro de Sussuarana. Foto tirada no dia 09/01/25	95
Fotografia 2	Rua de acesso a uma residência no bairro do Uruguai. Foto tirada no dia 12/02/25	95
Quadro 1	Características sociodemográficas e clínicas dos participantes idosos com amputação e dos seus cuidadores familiares, Salvador, Bahia, 2025.	97
Fotografia 3	Acesso a uma residência no bairro de Sussuarana. Foto tirada no dia 09/01/25	109
Fotografia 4	Acesso a uma residência no bairro de Sussuarana.	109
Fotografia 5	Escada com degraus irregulares de difícil acesso.	110
Fotografia 6	Idosa em cadeira improvisada para se deslocar na casa, sendo puxada pela filha.	110
Desenho 4	Cuidadora familiar na varanda da sua casa, apreciando suas plantas.	124
Desenho 5	Filha cuidando da mãe que se encontra sentada na cadeira de rodas.	124
Desenho 6	Cuidadora ao lado do seu irmão na porta de casa; ele usando seu andador	125
Desenho 7	Idoso com sua prótese transtibial, auxiliado por muletas canadenses e andador	140

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	<i>American Diabetes Association</i>
AMI	Amputação de Membro Inferior
APDP	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEDEBA	Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CEPRED	Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência.
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Cuidador familiar
DAP	Doença Arterial Periférica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
DVP	Doença Vascular Periférica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HIPERDIA	Sistema de Monitoramento de Hipertensão e Diabetes
IA	Inteligência Artificial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICA	Idoso com amputação
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI	Instituições de longa permanência para idosos
IWGDF	<i>International Working Group on The Diabetic Foot</i>
NASF-AB	Núcleo Ampliado de de Apoio à Saúde da Família
NDP	Neuropatia diabética periférica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PBF	Programa Bolsa Família
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Redes de Urgência e Emergência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAME	Serviço de Arquivamento Médico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBACV	Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculard
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCSAL	Universidade Católica do Salvador
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	17
1.1	OBJETIVOS	21
<b>2.</b>	<b>AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR: O CORPO PERDIDO</b>	25
2.1	DIABETES MELLITUS	25
2.2	AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR SECUNDÁRIA AO DIABETES MELLITUS	29
2.3	CORPOREIDADE: EXISTÊNCIA E PERTENCIMENTO	34
2.4	A DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA E O ESTIGMA	38
<b>2.4.1</b>	<b>Deficiência</b>	39
<b>2.4.2</b>	<b>A deficiência física adquirida</b>	42
<b>2.4.3</b>	<b>O estigma</b>	45
<b>3.</b>	<b>REPERCUSSÕES DA AMPUTAÇÃO MAIOR DE MEMBRO INFERIOR: EM SI E NOS SEUS</b>	48
3.1	REPERCUSSÕES PARA A PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS	48
3.2	REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA	52
<b>3.2.1</b>	<b>O adoecimento crônico na família</b>	53
<b>3.2.2</b>	<b>Amputação de membro inferior: ônus e bônus do cuidado familiar</b>	56
3.2.2.1	<i>O ônus do cuidado familiar</i>	57
3.2.2.2	<i>O bônus do cuidado familiar</i>	58
<b>4.</b>	<b>CONDIÇÕES DE VIDA EM CONTEXTO</b>	61
4.1	FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS	61
4.2	DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA	65
<b>5.</b>	<b>DIREITO À SAÚDE: AS REDES DE SUPORTE SOCIAL</b>	68
5.1	O SUPORTE SOCIAL INFORMAL	68
<b>5.1.1</b>	<b>Rede de suporte social informal: cuidado as pessoas idosas</b>	69
5.2	O SUPORTE SOCIAL FORMAL: POLÍTICAS PÚBLICAS E REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE	71

<b>5.2.1</b>	<b>Redes de suporte social formal às pessoas com amputação de membro inferior secundária ao diabetes mellitus</b>	74
<b>6.</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b>	78
6.1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	78
6.2	LOCAL DO ESTUDO	80
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	81
6.4.	ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS	83
6.5	INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	86
6.6	PLANO DE ANÁLISE	86
6.7	ASPECTOS ÉTICOS	88
<b>7.</b>	<b>TECENDO SIGNIFICADOS</b>	89
7.1	QUEM CONTA A HISTÓRIA? RETRATOS E REFLEXOS	89
7.2	NARRATIVAS EM DIÁLOGO: INTERPRETAÇÕES E REFLEXÕES TEÓRICAS	98
<b>7.2.1</b>	<b>Experiências vivenciadas com a amputação maior de membro inferior</b>	98
7.2.1.1	<i>Impacto a partir da notícia da amputação</i>	99
7.2.1.2	<i>Retorno ao lar: adaptação ao novo corpo e novos desafios</i>	105
<b>7.2.2</b>	<b>Reestruturação da vida cotidiana</b>	108
7.2.2.1	<i>Perda da autonomia</i>	108
7.2.2.2	<i>Adaptações no ambiente domiciliar: estruturação do espaço para todos</i>	113
7.2.2.3	<i>Diabetes mellitus e o autocuidado</i>	115
7.2.2.4	<i>A espiritualidade enquanto estratégia de enfrentamento</i>	121
<b>7.2.3</b>	<b>Suporte social</b>	124
7.2.3.1	<i>Cuidador familiar: o ato de cuidar e suas repercussões</i>	130
7.2.3.2	<i>Percepção da qualidade da assistência à saúde</i>	133
7.2.3.3	<i>Expectativas quanto ao futuro: esperança de melhores condições de vida</i>	138
<b>8.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	142
	<b>REFERÊNCIAS</b>	152
	<b>APÊNDICE A - Formulário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes submetidos à amputação de membro inferior</b>	176

<b>APÊNDICE B</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes idosos com amputação maior de membro inferior	177
<b>APÊNDICE C</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante cuidador familiar	179
<b>APÊNDICE D</b> - Formulário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes idosos com amputação maior de membro inferior	182
<b>APÊNDICE E</b> - Formulário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes cuidadores familiares	184
<b>APÊNDICE F</b> - Tópico norteador para narração dos participantes idosos com amputação maior de membro inferior	185
<b>APÊNDICE G</b> - Tópico norteador para narração dos participantes cuidadores familiares	186
<b>ANEXO A</b> – Comprovante de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	187
<b>ANEXO B</b> – Comprovante de publicação de artigo científico	188

## 1. INTRODUÇÃO

Neste primeiro capítulo, farei uma breve explanação sobre minha trajetória profissional e acadêmica, proporcionando ao leitor um melhor entendimento dos motivos que me levaram a realizar esta pesquisa doutoral. Além disso, apresentarei a estrutura da tese, detalhando os temas abordados em cada capítulo.

Esta tese foi construída com base em mais de quatro décadas de experiência como fisioterapeuta, dedicadas ao cuidado e à assistência a pessoas com diabetes mellitus (DM). Ao longo desses anos de atuação, tive o privilégio de acompanhar de perto a evolução das abordagens terapêuticas, desde o avanço das tecnologias assistivas até as mudanças no manejo das condições de saúde. Também testemunhei os desafios enfrentados pelas pessoas, como dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, adesão ao tratamento e impacto emocional diante das complicações crônicas associadas à condição de saúde. Além disso, pude identificar lacunas significativas na assistência, que vão desde a necessidade de uma abordagem interdisciplinar mais efetiva até a importância de estratégias de reabilitação que considerem não apenas a funcionalidade física, mas também a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial dos indivíduos afetados. Essa vivência me despertou inquietações e, em 2003, levou-me a realizar minha dissertação de mestrado em saúde comunitária, por meio de uma pesquisa quantitativa - um primeiro passo na busca por respostas que abordarei mais adiante nesta apresentação.

Com o passar dos anos, novos questionamentos começaram a surgir em minha prática assistencial: de que forma a amputação de membro inferior afetaria não apenas o idoso acometido, mas também sua família? Quais seriam as repercussões nas condições de vida das pessoas envolvidas na dinâmica do cuidado familiar? Responder a esses questionamentos tornou-se um interesse prioritário, impulsionando-me a buscar um novo caminho. Encontrei no doutorado em Família na Sociedade Contemporânea, da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), a oportunidade ideal para explorar essa questão de maneira mais aprofundada. Foi então que fui apresentada ao universo dos estudos qualitativos - um desafio imenso, considerando minha experiência pregressa voltada para as pesquisas quantitativas. Posso afirmar, sem hesitação e com satisfação, que essa nova abordagem transformou profundamente minha forma de enxergar e compreender, dentro do

contexto da saúde, os fenômenos sociais. Essa nova perspectiva ampliou meu olhar sobre o impacto das condições de saúde na vida das pessoas. Passei a compreender, com mais profundidade e sensibilidade, os desafios e adaptações que marcam o cotidiano daqueles que vivem essa realidade. Mais do que um entendimento técnico, foi um aprendizado humano, que me fez perceber a importância de escutar, acolher e interpretar as histórias por trás de cada vivência.

Fazer um breve relato de mais de quatro décadas de trajetória profissional e acadêmica foi um desafio maior do que imaginei. Foram muitas tentativas de escrita, buscando encontrar a melhor forma de compartilhar essa caminhada. Espero que o resultado possa revelar os caminhos que me levaram a esta pesquisa doutoral. Após essa introdução à minha trajetória, apresento a estrutura da tese, organizada de forma clara e sistemática. Cada capítulo e suas respectivas seções foram pensados para guiar a leitura de maneira fluida, permitindo uma compreensão aprofundada do desenvolvimento deste estudo e das reflexões que ele propõe.

Meu interesse pelo estudo do diabetes mellitus surgiu logo no início da minha trajetória como fisioterapeuta, enquanto atuava em uma clínica de angiologia e cirurgia vascular. Nesse contexto, tive a oportunidade de acompanhar de perto pessoas com complicações crônicas da doença, especialmente aqueles que enfrentavam a difícil realidade da amputação de membro inferior. Essa experiência revelou, de forma incontestável, a complexidade e a gravidade dessa condição de saúde, despertando em mim um desejo de aprofundar meus conhecimentos e contribuir para a prevenção e reabilitação dessas pessoas.

Em 1988, esse interesse já se refletia em minha atuação profissional quando, durante a I Jornada de Ortopedia do Hospital Santa Isabel, em Salvador, fui convidada a proferir uma palestra sobre a importância da Fisioterapia na prevenção do pé diabético. Naquele evento, eu era a única fisioterapeuta presente, o que reforçou ainda mais a necessidade de ampliar o olhar da área da saúde para essa temática e fortalecer o papel da Fisioterapia na assistência a essa população.

Em 1989, iniciei a carreira docente na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde desenvolvi e coordenei um projeto de extensão voltado ao atendimento de pessoas com diabetes mellitus provenientes do Hospital das Clínicas da UFMG. Durante os três anos em que estive à frente dessa iniciativa, aprofundei minha compreensão sobre os desafios enfrentados por essa população e a importância de uma abordagem interdisciplinar no cuidado à saúde.

Em 1992, ao retornar a Salvador, passei a integrar o corpo docente da Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Na instituição, ministrei a disciplina de Órteses e Próteses, que abrangia, entre outros temas, as amputações e o uso de tecnologias assistivas. Além disso, tive a oportunidade de orientar diversos trabalhos de conclusão de curso voltados para as complicações do diabetes mellitus, incentivando pesquisas que contribuíssem para a reabilitação e a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Essas experiências acadêmicas, aliadas à minha prática assistencial fortaleceram ainda mais minha convicção sobre a importância de expandir o conhecimento e a conscientização a respeito dos impactos do diabetes, bem como das estratégias de intervenção para mitigar seus efeitos. Movida pelo desejo de obter dados mais concretos sobre a incidência de amputações associadas ao diabetes e a sobrevida após o procedimento cirúrgico, decidi aprofundar essa questão em minha dissertação de mestrado em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Minha pesquisa, intitulada *"Incidência de Amputação Não Traumática de Membro Inferior em Diabéticos, Salvador, Bahia, Brasil"*, foi concluída em 2003 e conduzida em onze hospitais da capital baiana, incluindo unidades públicas, privadas e militares que realizavam esse tipo de intervenção. Os resultados evidenciaram um quadro alarmante, revelando não apenas a alta incidência dessas amputações, mas também a baixa sobrevida após um ano do procedimento cirúrgico. Esse estudo marcou um ponto de virada em minha trajetória, ampliando meu olhar sobre a magnitude do problema e reforçando a necessidade de aprofundar ainda mais as pesquisas sobre o tema.

Em 2008, ingressei como docente na Universidade do Estado da Bahia (UNEB), onde ministrei componentes curriculares relacionados à temática das amputações de membros inferiores. Entre eles, Órteses e Próteses e o Estágio Supervisionado II, na enfermagem vascular do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), proporcionando uma abordagem teórica e prática sobre a reabilitação e o cuidado a pessoas submetidas à amputação. Nos anos de 2014 e 2019, implementei dois projetos de extensão universitária, um na Universidade Católica do Salvador e outro na Universidade do Estado da Bahia, respectivamente, ambos voltados para a assistência e educação em saúde, com foco no cuidado a pessoas com diabetes mellitus e suas complicações, incluindo as amputações de membro inferior.

Em março de 2020, em decorrência da pandemia do COVID-19, os atendimentos presenciais foram suspensos como medida de proteção. Diante desse cenário, passei a oferecer teleatendimento, o que possibilitou, por meio de videochamadas, uma imersão virtual nos lares dos participantes dessa extensão. Essa abordagem permitiu a observação de aspectos importantes do contexto no qual eles estavam inseridos como: o ambiente domiciliar; a condição física da pessoa, a identificação do familiar que auxiliava durante a chamada de vídeo e quais condutas de autocuidado estavam realizando. Os relatos daqueles que enfrentaram novas amputações durante a pandemia foram marcantes e profundamente impactantes. Muitos descreveram a experiência como traumatizante, comparando-a a uma morte em etapas. Essas narrativas despertaram em mim uma inquietação impossível de ignorar, reforçando a necessidade de dar voz a essas vivências e compreender suas repercussões mais amplas.

Diante desse cenário, meu interesse em aprofundar aspectos ainda não explorados cresceu significativamente. Passei a me questionar sobre os impactos da amputação não apenas na vida da pessoa afetada, mas também no seu contexto familiar, buscando entender como essa experiência ressignifica o cotidiano, os vínculos e as perspectivas futuras. Em março de 2021, ingressei no doutorado em Família na Sociedade Contemporânea pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica do Salvador. Nesse percurso acadêmico, transicionei da abordagem quantitativa, explorada em meu mestrado, para a abordagem qualitativa, com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre as repercussões da amputação de membro inferior tanto na qualidade de vida da pessoa afetada quanto no impacto para sua família.

Em junho de 2024, tive a oportunidade de realizar estágio doutoral de três meses na Universidade Aberta de Lisboa, Portugal. Durante esse período, aprofundei meus conhecimentos sobre a assistência a pessoas com diabetes por meio de visitas técnicas a instituições de referência, vivenciando de perto diferentes abordagens de cuidado e reabilitação. Entre as instituições visitadas, destaco a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), a mais antiga do mundo e uma referência no país. Outra visita importante foi ao Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que oferece diversos serviços de reabilitação, incluindo suporte especializado a pessoas com amputação de membro inferior. A interação e a troca de experiências com profissionais e pesquisadores de distintas

áreas foram extremamente enriquecedoras, contribuindo significativamente para o desenvolvimento da minha pesquisa doutoral. Tais experiências reafirmaram a relevância do tema investigado e consolidaram os fundamentos empíricos e teóricos que sustentam esta tese.

Com este estudo, pretende-se conhecer a perspectiva e os contributos das pessoas idosas com amputação e de seus cuidadores familiares, tendo como objetivo geral: compreender as repercussões da amputação maior de membro inferior nas condições de vida de idosos acometidos e de seus cuidadores familiares. Os objetivos específicos, tanto para os participantes idosos acometidos quanto para seus cuidadores familiares, foram: (1) Identificar os sentimentos em relação a notícia da amputação nas suas vidas; (2) Compreender os impactos físicos, emocionais e na vida social; (3) Analisar as estratégias adotadas para o enfrentamento dos desafios decorrentes da amputação; (4) Identificar o conhecimento e a prática com relação ao autocuidado em seu cotidiano; (5) Compreender a percepção quanto as redes de suporte social e os serviços de assistência disponíveis à saúde.

Para atender aos objetivos propostos, esta tese foi estruturada em capítulos organizados de forma lógica e sequencial, com o intuito de promover uma leitura clara, coerente e articulada. Cada capítulo foi criteriosamente elaborado para contemplar distintas dimensões da temática em estudo. Neste primeiro capítulo, além da trajetória acadêmica e profissional da autora e dos objetivos desta pesquisa doutoral, é realizada uma breve descrição dos capítulos que compõem a tese, oferecendo ao leitor uma visão geral da sua estrutura. Os capítulos subsequentes aprofundam os fundamentos teóricos, os procedimentos metodológicos e a análise dos dados, encerrando-se com as considerações finais, nas quais são discutidos os principais achados, suas implicações práticas e os desdobramentos potenciais para pesquisas futuras.

O segundo capítulo, intitulado *Amputação de membro inferior: o corpo perdido*, busca explorar os múltiplos aspectos envolvidos na perda de um membro e está subdividido em quatro seções interrelacionadas, que fornecem uma base essencial para a compreensão do tema. Na primeira seção, analiso o diabetes mellitus, apresentando conceitos, classificações e dados epidemiológicos relevantes sobre esta condição de saúde. Na seção subsequente, abordo a amputação de membro inferior resultante do diabetes, fornecendo dados atualizados que evidenciam a magnitude e a relevância deste agravo. Na terceira seção deste capítulo,

*Corporeidade: existência e pertencimento*, apresento fundamentação de que o corpo não deve ser visto apenas como uma entidade biológica, mas como um meio de existência, expressão e pertencimento no mundo. Nesse sentido, trago a reflexão de que a amputação vai muito além de uma perda física, ela representa uma transformação na forma como o indivíduo percebe a si mesmo e se relaciona com o meio ao seu redor. Por fim, na última sessão, intitulada *A deficiência adquirida e o estigma*, apresento a deficiência com as transformações conceituais e sociais que moldaram sua compreensão, mas fazendo um recorte na deficiência adquirida. A compreensão dessas questões é fundamental para refletirmos sobre o preconceito e as barreiras, visíveis e invisíveis, que podem dificultar a inclusão e o bem-estar das pessoas afetadas. Dessa forma, este capítulo estabelece os alicerces para a discussão aprofundada que será desenvolvida ao longo do estudo evidenciando a amputação não apenas como um evento clínico, mas como uma experiência complexa e multifacetada.

O terceiro capítulo desta tese, intitulado *Repercussões da amputação maior de membro inferior: em si e nos seus*, tem como objetivo evidenciar como a experiência da amputação maior de membro inferior reverbera não apenas na vida da pessoa acometida, mas também em sua rede de apoio familiar, exigindo novas formas de adaptação, suporte e ressignificação das relações. A seção apresenta uma análise das implicações dessa condição em pessoas idosas com diabetes mellitus e em seus familiares. Inicialmente, abordam-se os desafios enfrentados pelos idosos amputados, considerando as repercussões físicas, emocionais e sociais no contexto do envelhecimento e das doenças crônicas. Em seguida, são explorados os impactos sobre a dinâmica familiar, com ênfase nos efeitos do adoecimento crônico no núcleo familiar e nas questões relacionadas ao ônus e ao bônus do cuidado dispensado ao idoso com amputação. A análise busca, assim, compreender tanto as sobrecargas geradas pelo cuidado contínuo quanto os aspectos potencialmente positivos e transformadores dessa vivência, no âmbito das relações familiares e dos processos de adaptação psicossocial.

O quarto capítulo, intitulado *Condições de vida em contexto* explora a complexidade desse tema, que exige a compreensão de um conjunto de fatores interdependentes capazes de influenciar o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos. Para aprofundar essa discussão, o capítulo foi estruturado em duas seções: *Fundamentos conceituais e metodológicos* e *Desafios e perspectivas para*

*melhoria nas condições de vida*. Na primeira seção, são apresentados os conceitos-chave que orientam a análise das condições de vida, bem como as metodologias utilizadas para sua mensuração. Já na segunda seção, são examinados os dados que evidenciam as desigualdades no Brasil, abordando tanto os avanços e retrocessos observados ao longo do tempo quanto os desafios para a construção de uma sociedade mais equitativa, capaz de promover melhores condições de vida para a maioria da população.

O quinto capítulo, *Direito à saúde: as redes de suporte social*, aprofunda a discussão sobre as redes de suporte, fundamentais para a garantia do direito à saúde, dividindo-as em duas seções interdependentes. Na primeira seção, *O suporte social informal: o cuidado humanizado*, são examinadas as redes informais, que se manifestam por meio de laços interpessoais e comunitários, como o suporte oferecido por familiares, amigos e comunidade. É dado destaque nessa forma de apoio para ações do cuidado, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e de limitações no acesso aos serviços públicos. Na seção subsequente, *O suporte social formal: políticas públicas e redes de assistência à saúde*, são analisadas as redes formais de suporte, que incluem políticas públicas, serviços de saúde e instituições voltadas à assistência social. Essa análise abrange a estrutura e a efetividade desses dispositivos na garantia do direito à saúde, bem como os desafios enfrentados na implementação de ações que promovam equidade no acesso aos cuidados, considerando as desigualdades socioeconômicas e regionais.

O sexto capítulo intitulado, *Percurso Metodológico*, apresenta de forma detalhada a abordagem metodológica adotada, o contexto do estudo, os participantes, as estratégias utilizadas para a coleta de dados, o plano de análise e os aspectos éticos envolvidos nesta pesquisa. A definição rigorosa desses elementos é fundamental para garantir a validade e a confiabilidade dos resultados, assegurando que os achados sejam cientificamente robustos e adequados para a compreensão do fenômeno estudado. Além disso, o rigor metodológico adotado nesta etapa foi essencial para subsidiar a interpretação dos dados coletados, permitindo uma análise crítica e fundamentada.

O capítulo sétimo recebeu a denominação de *Tecendo Significados*, para evocar a metáfora do “tecer”, simbolizando o processo dinâmico e contínuo de construção do pensamento e do conhecimento. Neste estudo, a analogia do tear entrelaça ideias, experiências e significados, dando voz às vivências e sentimentos

daqueles que, com generosidade, abriram as portas de suas casas e confiaram a mim a narrativa de suas histórias. Na primeira seção deste capítulo, descrevo o perfil sociodemográfico e as características clínicas dos participantes deste estudo. Na seção seguinte, realizo a interpretação indutiva das narrativas, estabelecendo um diálogo com as teorias pertinentes.

No oitavo e último capítulo, apresento minhas *Considerações Finais* acerca do presente estudo, defendendo a tese de que a amputação de membro inferior configura-se como um agravo de grande magnitude, com repercussões profundas e multidimensionais na vida da pessoa afetada, estendendo-se também ao núcleo familiar. Quando essa condição ocorre em pessoas idosas, os desafios tornam-se ainda mais complexos, exigindo de forma mais intensa o envolvimento ativo da família no cuidado cotidiano, na adaptação à nova realidade e no suporte emocional. Nesse contexto, as políticas públicas emergem como um alicerce essencial para garantir os direitos e a proteção social dessa população. Sem a atuação efetiva do Estado, por meio de apoio financeiro, benefícios assistenciais, acesso a serviços de saúde e suporte psicossocial, os impactos decorrentes da amputação tendem a se agravar, comprometendo ainda mais as condições de vida das pessoas acometidas e de suas famílias. Além disso, a prevenção das complicações do diabetes mellitus deve ser priorizada por meio de ações sistemáticas de educação em saúde, rastreamento precoce, acompanhamento multiprofissional e monitoramento contínuo. Tais medidas são fundamentais para reduzir a incidência de amputações evitáveis, promovendo maior autonomia, funcionalidade e dignidade para as pessoas que convivem com essa condição de saúde.

## 2. AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR: O CORPO PERDIDO

A amputação, mais do que procedimento cirúrgico, representa uma experiência profundamente transformadora que afeta o cerne da identidade e da relação com o corpo da pessoa afetada. A remoção de um membro não se restringe apenas à dimensão física, mas também de uma parte essencial de quem somos, uma extensão da nossa própria existência. O corpo, antes completo e familiar, carrega agora a marca da ausência, deixando um vazio que reverbera na esfera emocional e psicológica. Perder um membro é, de fato, perder uma parte de si, como se a narrativa de vida fosse interrompida, deixando um vazio que ressoa não apenas no corpo, mas na alma. Contudo, a experiência da amputação, embora seja marcada por perdas significativas, também pode ser acompanhada por um processo de ressignificação. Muitas vezes, a adaptação a essa nova realidade, embora desafiadora, permite que a pessoa redescubra formas de lidar com a perda e reconquiste o controle sobre sua vida. Com resiliência e apoio adequado, é possível não apenas aceitar a nova configuração do corpo, mas também encontrar novas formas de identidade e de pertencimento.

### 2.1. DIABETES MELLITUS

O termo Diabetes Mellitus (DM), ou simplesmente diabetes, descreve um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia persistente na ausência de tratamento. Essa condição resulta de defeitos na secreção de insulina pelo pâncreas, na ação da insulina nos tecidos-alvo ou em ambos. (ADA, 2019a; SBD, 2019; WHO, 2019). É uma das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes globalmente, sendo reconhecida como um problema de saúde pública devido às complicações crônicas associadas e ao impacto socioeconômico substancial que acarreta. Isso é evidenciado pelas elevadas taxas de morbimortalidade e de incidência, inclusive em países com diferentes estágios de desenvolvimento (ADA, 2019b; SBD, 2019; Silva *et al.*, 2021; WHO, 2019).

De acordo com a *International Diabetes Federation* (IDF, 2021), estima-se que o número de pessoas com DM na faixa etária entre 20 e 79 anos seja de 536,6 milhões, o que representa uma prevalência de 10,5% da população mundial. Entre 2017 e 2019, houve um acréscimo na ordem de 38 milhões de adultos com diabetes nessa mesma faixa etária. Mais alarmante ainda, cerca de 240 milhões de pessoas

em todo o mundo não foram diagnosticadas com essa condição clínica, o que significa que, aproximadamente, uma a cada duas pessoas desconhece que tem diabetes. Dados recentes indicam que o Brasil ocupa o sexto lugar em um ranking de dez países ou territórios, com uma prevalência do DM, na faixa etária entre 20 e 79 anos, totalizando em 15.7 milhões de pessoas. Isso coloca o país como o de maior número de casos na América Latina, com projeção de ocupar o quinto lugar no mundo em 2045 (IDF, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) reportou sobre as diferentes classificações utilizadas no passado para os tipos de diabetes e, embora reconheça que a adoção de um sistema único de classificação seria o ideal, ponderou as dificuldades em implementá-lo devido ao atual estágio de conhecimento sobre a doença e às diferenças nos recursos de diagnóstico entre os países. Considerou uma boa classificação aquela voltada para o atendimento clínico, capaz de auxiliar os profissionais de saúde na escolha da melhor conduta terapêutica. Diante das dificuldades expostas, sugeriu uma classificação baseada em parâmetros clínicos para identificar os seguintes subtipos de diabetes: DM tipo 1; DM tipo 2; DM gestacional; formas híbridas de diabetes; diabetes monogênica; doenças do pâncreas exócrino; distúrbios endócrinos; infecções; síndromes genéticas às vezes associadas ao diabetes; diabetes não classificado. Distinguir entre o DM1 e o DM2 em adultos é um desafio, e erros de classificação podem afetar não apenas nas estimativas de incidência e prevalência do tipo do diabetes, mas também a terapêutica adequada a ser instituída a cada um deles (ADA, 2019a; Atkinson; Eisenbarth; Michels, 2014; WHO, 2019;).

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1), anteriormente denominado diabetes insulino dependente ou juvenil, afeta cerca de 5-10% das pessoas com diabetes e resulta na completa deficiência na produção da insulina devido à destruição autoimune mediada por células  $\beta$  pancreáticas. Geralmente diagnosticado em crianças, adolescentes e, em alguns casos, em adultos jovens, afeta homens e mulheres de forma igualitária. Por outro lado, o diabetes mellitus tipo 2 (DM2) conhecido anteriormente como diabetes não insulino dependente, possui uma prevalência estimada entre 90 e 95% do total de casos e abrange indivíduos com resistência à insulina ou sua deficiência. O paradigma tradicional que o DM1 ocorre apenas em crianças e o DM2 em adultos, por volta da quarta década de vida, não é mais aceito, já que podem surgir em ambas as faixas etárias (ADA, 2019a). O diabetes tipo 2

resulta da interação de fatores genéticos, como hereditariedade, com fatores ambientais, como dieta rica em açúcar e estilo de vida pouco saudáveis, a exemplo do sedentarismo. Isso ocorre especialmente em meio à transição demográfica caracterizada pelo envelhecimento populacional e urbanização crescente.

A neuropatia diabética periférica (NDP) é uma das complicações crônicas mais relevantes do diabetes, devido à sua alta prevalência e aos distúrbios sensório-motores que pode ocasionar. A NDP afeta o sistema nervoso periférico e, à medida que avança, os músculos, especialmente os dos segmentos dos pés e pernas, tornam-se progressivamente enfraquecidos, levando eventualmente à atrofia muscular (Callaghan *et al.*, 2012). A musculatura intrínseca dos pés é primariamente afetada pela neuropatia, resultando em deformidades e áreas com aumento de pressão, que, associadas à doença arterial periférica (DAP) e à redução ou perda da sensibilidade tátil, aumentam o risco de surgimento de úlceras nos pés em pessoas com diabetes. Como o trauma ocorre em áreas comprometidas, a pessoa é incapaz de perceber que uma lesão está em curso no seu pé, que é normalmente o segmento mais afetado. Como resultado dessa insensibilidade, essas lesões progridem de forma rápida com piora progressiva à medida que a área afetada é continuamente sujeita a pressões repetitivas e forças de cisalhamento durante a deambulação e sustentação do peso (McDermott *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2016). Para além disso, outros fatores foram identificados como mediadores de risco para essas úlceras e, conseqüentemente, para a amputação de membro inferior (AMI), como raça, etnia, status socioeconômico e geografia (McDermott *et al.*, 2023). Estima-se que 19% a 34% das pessoas com diabetes desenvolverão úlceras nos pés em algum momento de suas vidas, com 20% destas lesões resultando em AMI, e uma taxa de mortalidade em cinco anos de 50 a 70% (Armstrong; Boulton; Bus, 2017).

O pé de pessoas com diabetes<sup>1</sup> é caracterizado pela presença de infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e diversos graus de doença vascular periférica (DVP) nos membros inferiores (IWGDF, 2023). As lesões que afetam o pé de pessoas com diabetes podem

---

<sup>1</sup> Neste estudo, os termos identificados na literatura consultada, como "pacientes", "diabéticos", "pé diabético", "portador", "amputados" e "doença", foram substituídos por expressões mais neutras e inclusivas, como "pessoas", "pessoas com diabetes", "pé de pessoas com diabetes", "pessoas com amputação" e "condição de saúde", respectivamente. Essa escolha terminológica, adotada pela pesquisadora, visa assegurar uma abordagem mais humanizada e alinhada às recomendações atuais (Barone *et al.*, 2022; Steffen *et al.*, 2024).

variar desde úlceras superficiais até infecções graves e gangrena, frequentemente resultando na necessidade de amputação do membro afetado (Armstrong; Boulton; Bus, 2017; Costa *et al.*, 2017a). O atraso no diagnóstico e no tratamento adequado aumenta o risco de infecção profunda, osteomielite e gangrena, resultando em taxas elevadas de amputação e mortalidade (Armstrong *et al.*, 2017; Boulton; Armstrong; Löndahl, 2022). Essa complicação representa um desafio significativo tanto para as pessoas afetadas por essa condição quanto para os sistemas de saúde em todo o mundo. Desde 1999, o *International Working Group on The Diabetic Foot* - IWGDF (2023) tem sido fundamental na elaboração de diretrizes baseadas em evidências para prevenir e gerenciar essa condição. Em 2019, todas as Diretrizes do IWGDF foram minuciosamente atualizadas, enriquecendo assim o corpo de conhecimento sobre este tema tão relevante.

O gerenciamento e manejo das complicações no pé de pessoas com DM é um processo complexo e requer, não apenas uma abordagem multidisciplinar, mas também o engajamento das pessoas com relação ao autocuidado. A união desses esforços é essencial para assegurar uma gestão eficaz e preventiva, que inclui cuidados especializados com os pés, controle rigoroso da glicemia, tratamento de infecções e melhoria da circulação sanguínea. É importante incentivar pessoas com diabetes a realizarem o autocuidado através de inspeções diárias dos seus pés para detectar sinais de lesões ou infecções, além de adotar medidas preventivas, como o uso de calçados adequados e a manutenção da higiene dos pés. Essas medidas desempenham um papel significativo na prevenção e controle das complicações associadas, contribuindo assim para a melhoria na qualidade de vida das pessoas afetadas (IWGDF, 2023). Cisneros (2005) em sua pesquisa doutoral, reportou que um programa educativo para prevenir complicações nos pés de pessoas com DM precisa ser desenvolvido através do diálogo entre profissionais de saúde e as pessoas afetadas, considerando suas diferenças e semelhanças durante o planejamento. Ressalta que a inclusão da família é essencial, pois muitos dependem de assistência para os cuidados com os pés. Finalizou destacando que “[...] educação em saúde deve dirigir-se também aos familiares/cuidadores” (Cisneros, 2005, p.99).

Apesar do conhecimento acumulado sobre os impactos do diabetes mellitus, como o declínio funcional, hospitalizações recorrentes e prolongadas, risco de amputação e morte prematura, e dos esforços atuais para melhorar a qualidade do atendimento a essa população, os resultados não têm consistentemente reduzido as

taxas de morbimortalidade (McDermott *et al.*, 2023; Ziegler *et al.*, 2020). Entretanto, muitos casos de diabetes podem ser prevenidos ou retardados através da adoção de medidas adequadas de prevenção, como manter uma dieta e estilo de vida saudáveis, praticar atividade física regular, cessar o tabagismo, moderar o consumo de álcool e manter um estilo de vida saudável (ADA, 2019b). Essas medidas podem reduzir significativamente o risco de desenvolver diabetes, mas não garantem a prevenção completa da doença. Segundo a *International Diabetes Federation* (IDF), sem a implementação dessas medidas o número de casos de diabetes pode aumentar consideravelmente, atingindo uma estimativa de 783,2 milhões até 2045 (IDF, 2021).

Conviver com diabetes é um grande desafio, pois exige mudanças significativas no estilo de vida, incluindo alimentares e comportamentais, além de um manejo consistente de autocuidado. No entanto, muitas pessoas enfrentam dificuldades nesse processo, seja pela complexidade do tratamento e gerenciamento, seja pela falta de acesso a cuidados adequados. Além de aumentar o risco de diversas complicações, como doenças cardiovasculares, renais, oculares e neuropáticas (SBD, 2019), o diabetes está diretamente associado a uma das complicações mais temidas: a amputação de membro inferior. Essa condição, geralmente decorrente da neuropatia diabética e da doença arterial periférica, aumenta o risco de infecções graves e reamputações<sup>2</sup>. Estima-se que 30 a 50% das pessoas com amputação, vão necessitar de uma amputação adicional entre um e três anos (IDF, 2021).

## 2.2 AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR SECUNDÁRIA AO DIABETES MELLITUS

Na literatura científica, a amputação é comumente definida como a remoção parcial ou total de um membro ou segmento corporal, decorrente de traumas, infecções, neoplasias ou doenças crônicas degenerativas, sendo o diabetes mellitus e a doença vascular periférica as principais causas não traumáticas, embora possa estar relacionada as condições congênitas associadas a deficiências esqueléticas (Brasil, 2013b; Dillingham; Pezzin; Mackenzie, 2002). Ao longo da história, o procedimento de amputação tem suas origens nos primeiros tempos da humanidade,

---

<sup>2</sup> Termo utilizado na literatura médica para se referir a um novo procedimento cirúrgico de amputação em um membro previamente amputado ou no membro oposto (Figueirôa, 2003; Liu *et al.*, 2021; Ratliff; Shibuya; Jupiter, 2021)

sendo utilizado como medida extrema para preservar a vida. No entanto, na maioria das vezes, o objetivo final não era alcançado devido a complicações durante ou após a cirurgia, como hemorragias e choque séptico (Markatos *et al.*, 2019). Apesar dos avanços nos cuidados primários e procedimentos de revascularização, em alguns casos a amputação permanece como a melhor opção, mantendo sua incidência mundial em níveis indesejáveis.

O termo amputação também carrega um intenso significado simbólico, associado à perda e mutilação. De acordo com Horgan e MacLachlan (2004), a amputação vai além da perda anatômica, representando uma ruptura na integridade corporal que afeta a identidade, a funcionalidade e a autoimagem. Esse processo impõe desafios emocionais e sociais, demandando adaptação e ressignificação para a reconstrução da autonomia e do bem-estar. Essa representação simbólica da amputação foi expandida pelo escritor José Saramago em seu discurso no ano de 1999, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ele transcende o sentido literal do termo, para refletir sobre as diversas formas de amputação que podem afetar a vida de uma pessoa. Para além da perda física de um membro, Saramago associa a amputação à privação de direitos e à negligência, evidenciando suas dimensões simbólicas e sociais. Frequentemente, a perda de um membro não ocorre de forma isolada, mas se entrelaça a outras perdas invisíveis ou intangíveis, afetando não apenas a pessoa submetida ao procedimento cirúrgico, mas também sua família. Abaixo está transcrito parte do discurso proferido por Saramago.

Aos que conhecem a obra de Francisco Stockinger não surpreenderá que se trate de figuras humanas mutiladas. O homem tem o braço direito reduzido a um coto, com o qual levanta uma espécie de lança. O braço esquerdo também está amputado. E, tal como o homem, a mulher tem ambos os braços mutilados. Quando olhei estas figuras lembrei-me de que talvez a questão mais importante que deveríamos discutir, não só agora, mas todos os dias, não só aqui, mas em toda parte, seria averiguar se somos, de facto, seres mutilados e, se reconhecemos sê-lo, até que ponto e em quê o somos (Saramago, 1999, s.p).

Com os avanços da medicina, a amputação de membro inferior (AMI) tornou-se uma conduta terapêutica planejada conforme as necessidades e condições clínicas de cada pessoa, realizada apenas quando todas as tentativas de salvar o membro ou parte dele se esgotaram. Apesar desse progresso, ainda é um procedimento realizado em proporções indesejáveis.

A Declaração de *St. Vincent*, de 1989, estabeleceu metas para aprimorar o cuidado de pessoas com diabetes mellitus, com foco na redução de suas complicações. Fruto de uma conferência internacional em St. Vincent, Itália, a declaração reuniu representantes de saúde governamentais, organizações de pessoas com DM e especialistas, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e IDF. Dentre as metas, destacou-se a redução de 50% nas amputações de membros inferiores em cinco anos. A declaração impulsionou programas nacionais para controle e prevenção de complicações do diabetes, fomentando políticas públicas para reduzir amputações e outras complicações (Kong; Gregory, 2014). Apesar dos esforços, esse procedimento continua sendo realizado com elevada frequência. Um estudo de análise agrupada, conduzido para estimar a incidência global de amputações de membros inferiores associadas ao diabetes mellitus no período de 2010 a 2020, revelou uma taxa de 234.70 casos por 100.000 pessoas com diabetes. Observou-se que a incidência foi mais do que o dobro em homens em comparação com mulheres (Ezzatvar; García-Hermoso, 2023). Estima-se que até 85% das amputações de membro inferior em pessoas com diabetes poderiam ser evitadas com medidas preventivas através de detecção precoce, rápida intervenção nas úlceras que afetam os pés e acompanhamento adequado (ADA, 2019b).

No Brasil, dados da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (2023) revelam que, entre janeiro de 2012 e maio de 2023, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou mais de 282 mil cirurgias de amputação. Somente em 2022, foram registradas 31.190 amputações, correspondendo a uma média diária de 85 cirurgias na rede pública, tornando esse o pior ano da série histórica iniciada em 2012. Até maio de 2023, as regiões com os maiores números absolutos de AMI foram o Sudeste, com 118.962 procedimentos, e o Nordeste, com 92.265 (SBACV, 2023). Ao se adotar uma análise comparativa baseada em dados relativos — mais apropriada para avaliar a magnitude do problema em diferentes contextos populacionais — observa-se que, apesar do Sudeste apresentar o maior número absoluto de amputações, sua taxa ajustada foi de 126,3 amputações por 100.000 habitantes, considerando uma população estimada de 88.617.693 pessoas. Por outro lado, o Nordeste, com um quantitativo absoluto inferior, registrou uma taxa relativa significativamente mais elevada, de 161,7 amputações por 100.000 habitantes, tendo como base populacional 57.071.564 pessoas. Esses achados revelam um cenário proporcionalmente mais preocupante no Nordeste, indicando disparidades regionais no acesso, prevenção e

manejo das complicações do diabetes mellitus. Tais evidências reforçam a urgência na formulação e implementação de políticas públicas mais eficazes e regionalmente sensíveis, voltadas à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno das complicações que podem levar à amputação.

Segundo o *International Working Group on the Diabetic Foot* (2023), a cada 20 a 30 segundos uma amputação de membro é realizada, com o diabetes mellitus como sua principal causa. O risco de amputação em indivíduos com diabetes é de 10 a 20 vezes maior em comparação àqueles sem esta condição (Carmona *et al.*, 2005; Wierzba *et al.*, 2020). Alguns fatores foram determinantes para essa elevada taxa entre pessoas com diabetes, como a neuropatia periférica, a vasculopatia, as lesões infectadas nos pés e o mau controle glicêmico (Anwar; Khurshis; Sultan, 2019; Assumpção *et al.*, 2009; Costa *et al.*, 2017b).

Estudos indicam uma maior incidência de amputação de membro inferior entre homens (Assumpção *et al.*, 2009; Milman *et al.*, 2001) e na faixa etária de 60 a 65 anos (Pitta *et al.*, 2005; Tavares *et al.*, 2009;). Além disso, o nível socioeconômico foi um fator considerado como relevante na ocorrência dessas amputações. A pesquisa de Awori e Atinga (2007) destacou que condições socioeconômicas desfavoráveis, aliadas ao acesso limitado aos serviços de saúde, aumentam significativamente o risco de AMI, evidenciando a desigualdade no atendimento e na prevenção de complicações que levam ao procedimento.

Dados relacionados à renda são cruciais para compreender os fatores precipitantes da amputação, como a falta de adesão ao tratamento do diabetes mellitus. Rendas mais baixas, frequentemente associadas a dificuldades econômicas, podem limitar o acesso a cuidados médicos adequados e a recursos essenciais para o manejo da doença. Além disso, a baixa escolaridade, variável frequentemente utilizada como *proxy* de renda, representa um obstáculo significativo ao acesso à informação e à assimilação de conhecimentos sobre os cuidados em saúde necessários à prevenção de complicações, como a amputação (Tavares *et al.*, 2009).

A definição do nível no qual a amputação será realizada deve ser cuidadosamente planejada, considerando fatores como a causa e a extensão da lesão, as condições de vascularização do membro acometido e a presença de infecção. Além disso, é essencial avaliar a viabilidade funcional do membro residual<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Membro residual, comumente denominado de “coto”, refere-se à porção do membro que permanece após a amputação (Broomhead *et al.*, 2016).

e sua compatibilidade com as próteses disponíveis. As amputações de membro inferior são classificadas em "menores" quando realizadas abaixo do tornozelo, envolvendo os pododáctilos (dedos do pé) ou o pé, e em "maiores" quando ocorrem acima do tornozelo, a exemplo das amputações transtibial e transfemoral, realizadas na perna e na coxa, respectivamente. As amputações de membros inferiores são classificadas como *menores* quando realizadas distalmente ao tornozelo e como *maiores* quando ocorrem acima do tornozelo, a exemplo das amputações transtibial (perna) e transfemoral (coxa). Em pessoas com diabetes mellitus, a amputação frequentemente ocorre nos pododáctilos sendo a transtibial a segunda mais comum. No entanto, é recorrente a necessidade de uma nova amputação em um nível mais proximal, como o transfemoral (Cardoso *et al.*, 2018; Carvalho *et al.*, 2005).

Quanto mais proximal for o nível da amputação, maior será o gasto energético, a incapacidade física resultante e o risco de óbito (Cardoso *et al.*, 2018; Jesus-Silva *et al.*, 2017; Leandro *et al.*, 2018; Van Netten *et al.*, 2016). A presença de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus, tem um impacto significativo na sobrevida de indivíduos submetidos à amputação. Aproximadamente 10% dos indivíduos que são submetidos a esse procedimento morrem no período perioperatório e o risco aumenta progressivamente com o tempo decorrido após o procedimento, evidenciando a gravidade do quadro clínico (Cardoso *et al.*, 2018; Rolim *et al.*, 2015). Estudos indicam que a taxa de mortalidade pode atingir 11% nos primeiros 30 dias (Gurney *et al.*, 2018), aumentando para 22% nesse mesmo período em outras coortes analisadas (Fortington *et al.*, 2013; Van Netten *et al.*, 2016). Após dois anos, esse índice pode atingir 47% (Carmona *et al.*, 2005) e, em cinco anos, chegar a alarmantes 77% (Fortington *et al.*, 2013). Os fatores identificados como significativamente associados à mortalidade pós-operatória precoce foram a amputação no nível transfemoral e a idade avançada. Esses dados ressaltam a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar rigoroso, tanto para a prevenção de complicações quanto para a promoção da qualidade de vida dessa população.

O estudo conduzido por Carmona *et al.* (2005) identificou um aumento progressivo na idade das pessoas submetidas à amputação, especialmente entre aquelas com diabetes mellitus. Observou-se que, nessa população, a idade média no

---

momento do procedimento aumentou em mais de seis meses a cada ano, sugerindo que estratégias de manejo clínico e cuidados preventivos com os pés podem ter contribuído para postergar a necessidade da amputação. No entanto, na ausência de intervenções preventivas eficazes e políticas de promoção à saúde mais abrangentes, o diabetes mellitus e a doença arterial periférica, isoladamente ou em conjunto, continuarão a representar fatores de risco significativos para a amputação de membros inferiores (McDermott *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2016).

Para finalizar esta seção, é essencial destacar a relevância da abordagem interdisciplinar em todas as etapas do processo de amputação, incluindo o período pré-operatório. A atuação conjunta de profissionais de diferentes áreas é indispensável para otimizar os desfechos funcionais e promover a autonomia de pessoas que passaram por amputação. Essa equipe deve incluir profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos e protéticos, garantindo uma assistência abrangente e personalizada. Além disso, o envolvimento da família desempenha um papel essencial no processo de reabilitação, contribuindo para a adaptação da pessoa e fortalecendo sua adesão às intervenções terapêuticas. A reabilitação dessa população vai além do conhecimento técnico e dos recursos terapêuticos, exigindo uma abordagem humanizada que envolva tanto os profissionais de saúde quanto a família. A participação ativa dos familiares no processo de reabilitação é essencial para proporcionar suporte emocional, fortalecer a adesão ao tratamento e favorecer a adaptação à nova realidade. O compromisso, a empatia e a individualização do cuidado são elementos fundamentais para transformar desafios em oportunidades, promovendo não apenas a recuperação funcional, mas também a reintegração social plena e o fortalecimento dos vínculos familiares.

### 2.3 CORPOREIDADE: EXISTÊNCIA E PERTENCIMENTO

A intrínseca relação entre corpo e a existência tem sido amplamente explorada tanto na filosofia quanto nas ciências humanas, especialmente no campo da fenomenologia. Essa relação permeia investigações sobre a natureza humana, a vivência do ser no mundo e a busca por sentido na vida. A corporeidade, compreendida como dimensão experiencial do corpo, transcende sua simples

definição como um objeto físico, configurando-se como um modo de ser no mundo que molda a existência de maneira profunda e multifacetada.

Em sua obra *Fenomenologia da Percepção*, Merleau-Ponty afirma que "o corpo não é um objeto, mas um meio de comunicação com o mundo" (Merleau-Ponty, 1999, p. 45). Ao introduzir o conceito de esquema corporal, o autor destaca o papel fundamental do corpo na percepção e interação com o ambiente. Argumenta que é através do corpo que nos relacionamos com o mundo, o experienciamos e nos constituímos como sujeitos. Para o autor, a corporeidade é a base da subjetividade e da consciência, indicando que nossa existência é sempre corporalmente situada. Heidegger (2012), por sua vez, aborda a existência humana sob a perspectiva do "Dasein", enfatizando que o ser-no-mundo é, de forma irremediável, um ser corporal. O autor sugere que o corpo não deve ser visto como uma entidade separada da existência, mas como uma expressão fundamental da maneira como nos relacionamos com o mundo e com os outros. Portanto, essa existência é dinâmica, relacional e condicionada pelo tempo, desafiando visões mecanicistas ou essencialistas do ser. Ambas as abordagens convergem para a ideia de que a compreensão da existência humana não pode ser dissociada da experiência corporal, em que o corpo não se limita a um instrumento, mas constitui a própria essência do ser, influenciando percepções, interações e a compreensão do mundo.

Le Breton (2007) analisa como, ao longo da modernidade ocidental, a experiência do corpo foi progressivamente subordinada à razão e ao intelecto. O autor aponta que essa transformação foi impulsionada pelo fortalecimento do individualismo, pela ascensão do conhecimento racional e laico e pelo declínio das tradições populares frente à medicina. Nessa perspectiva, o corpo é concebido como uma construção simbólica, frequentemente reduzida a um objeto de controle e aprimoramento, o que enfraquece sua centralidade na identidade e na experiência humana. No entanto, ressalta a persistência da dimensão subjetiva do corpo, expressa por meio de emoções, sensações e vivências. A corporeidade, assim, constitui um espaço de resistência e reapropriação da experiência humana, promovendo a reconexão com o mundo e consigo mesmo. A construção da identidade, portanto, está intrinsecamente ligada ao corpo, que abarca sensações, capacidades, limitações, memórias, transformações, desejos e a consciência da mortalidade, evidenciando a complexa relação entre a experiência física e a subjetividade.

A concepção de um corpo coextensivo ao mundo implica que a nossa experiência não se limita àquilo que está dentro dos limites do nosso corpo, mas se estende ao mundo que nos rodeia. O corpo, nesse sentido, funciona como um mediador entre o sujeito e o mundo, permitindo que a experiência se dê, ou seja, a experiência de perceber, ver e locomover-se é intrinsecamente ligada à existência de um corpo. Essa perspectiva destaca que o corpo não é um mero objeto passivo no mundo, mas sim o ponto de partida e o meio fundamental através do qual interagimos com a realidade. É através do corpo que nos situamos no espaço e no tempo, que sentimos, percebemos e interagimos com o ambiente que nos cerca. A percepção, portanto, não é um processo abstrato e descorporificado, mas sim uma atividade concreta e situada, que se manifesta através do corpo.

Essa perspectiva tem implicações importantes para a compreensão da subjetividade e da consciência. Se a percepção é sempre corporalmente situada, então a nossa experiência do mundo é sempre mediada pelo nosso corpo, pelas nossas sensações, emoções e movimentos. A subjetividade, nesse sentido, não é uma entidade separada do corpo, mas sim uma expressão da nossa corporeidade. Segundo Le Breton (2007, p.8),

Pela corporeidade, o homem faz do mundo a extensão de sua experiência; transforma em tramas familiares e coerentes, disponíveis à ação e permeáveis à compreensão. Emissor ou receptor, o corpo produz sentidos continuamente e assim insere o homem, de forma ativa, no interior de dado espaço social e cultural.

Como destacado por Merleau-Ponty (1999), o corpo se configura como o meio fundamental de interação com a realidade, de modo que qualquer modificação corporal implica em uma alteração nesta relação. No contexto de uma amputação, o corpo se transforma em um espaço de ausência e reconfiguração, exigindo um processo contínuo de ressignificação e reconstrução da identidade e das adaptações físicas e emocionais. A parte do corpo antes integrante do eu, se torna memória, uma presença invisível que ressoa na experiência cotidiana de quem sofre a amputação. Essa perda transcende o âmbito biológico; ela carrega um simbolismo profundo, representando a ruptura com um estado anterior de completude e o início de uma nova forma de estar no mundo (Desenho 1).

**Desenho 1** - Idosa com amputação transtibial sentada na cadeira de rodas na porta da sua residência.



Desenhista: César Figueirôa, 2025.

Ao longo da vida, os indivíduos desenvolvem seu esquema corporal, um constructo dinâmico que integra percepções sensoriais, experiências motoras e significações atribuídas ao próprio corpo. No entanto, quando uma pessoa adquire uma deficiência, sua percepção sobre o próprio corpo passa por uma ressignificação, pois sua vivência passa a ser influenciada por uma nova condição física. Nesse cenário, surge a reflexão sobre se os significados anteriormente atribuídos ao corpo permanecem os mesmos ou se são reformulados com base na nova experiência corporal (Silveira *et al.*, 2012). Essa reflexão é essencial para compreender os desafios psicossociais e a adaptação funcional de indivíduos que enfrentam mudanças corporais significativas.

A questão da corporeidade, central na relação entre corpo e identidade, é profundamente afetada pela amputação, especialmente no contexto do diabetes, uma condição de saúde já temida. O receio é intensificado pelo fato de que a amputação decorrente do diabetes não raramente se limita a um único evento, uma vez que há um risco significativo de uma nova amputação, seja no mesmo membro residual ou

no contralateral. Essa possibilidade de reamputações sucessivas agrava o impacto psicológico e emocional, fazendo com que a amputação seja frequentemente apontada como um dos maiores temores de pessoas com diabetes, ao se discutirem os riscos desta doença. Curiosamente, esse medo não se restringe apenas àqueles que vivem com essa condição, mas também está presente entre os que não a possuem, refletindo o temor de um diagnóstico positivo e o impacto social dessa complicação. A amputação, portanto, transcende a questão de saúde, constituindo uma experiência existencial que ressignifica a corporeidade e a percepção do corpo como vetor de conexão com a realidade.

Para finalizar esta seção, destaco um trecho citado por Nista-Piccolo e Moreira (2012), no qual fica evidente que a corporeidade é um conceito complexo e multifacetado, que não pode ser reduzido ou simplificado, pois ela,

[...] não é um objeto específico de estudo de alguma área de conhecimento científico [...] é mais que um conceito, é uma atitude perante a vida. É viver o próprio corpo na relação consigo mesmo, com as outras pessoas e com as coisas presentes no mundo (Nista-Piccolo; Moreira, 2012, p. 39).

## 2.4 A DEFICIÊNCIA FÍSICA ADQUIRIDA E O ESTIGMA

“A inclusão acontece quando se aprende com as diferenças e não com as igualdades”  
(Paulo Freire)

A presente seção tem como objetivo explorar aspectos relacionados a deficiência e mais especificamente as adquiridas, buscando compreender como as percepções sociais moldam a experiência das pessoas com deficiência<sup>4</sup> e como elas as enfrenta. Inicialmente, apresento dados atualizados sobre a prevalência de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil. Em seguida, aprofundo a discussão sobre a deficiência, refletindo criticamente sobre os impactos da busca pela conformidade a padrões idealizados de normalidade, os quais ainda estruturam a

---

<sup>4</sup> A terminologia “pessoa com deficiência” tem sido empregada, em substituição a “pessoa portadora de deficiência”, por ser considerada mais adequada, diante das mudanças sócio-históricas ocorridas ao longo do tempo. Essa denominação foi oficializada pela Portaria nº 2.344, de 3 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010b). Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006).

sociedade contemporânea e influenciam diretamente a experiência das pessoas com deficiência. A partir dessa análise, aprofundo-me na especificidade da deficiência, investigando seus desdobramentos na interação entre corpo, funcionalidade e pertencimento social. Em seguida, direciono o enfoque para os impactos da deficiência física adquirida e o estigma a ela associado. Busco refletir sobre como as construções sociais e simbólicas da deficiência influenciam a experiência subjetiva dos indivíduos, moldando sua identidade, autonomia e participação na sociedade.

#### **2.4.1 Deficiência**

Os dados mais recentes sobre a prevalência de pessoas com deficiência no Brasil são provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua realizada no ano de 2022 (IBGE, 2023b). A pesquisa considera pessoas com deficiência aquelas com algum tipo de limitação física, mental, intelectual ou sensorial que dificulta a realização de atividades cotidianas. De acordo com essa pesquisa, o Brasil possui aproximadamente 18,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa 8,9% da população de 2 anos ou mais de idade. Dentre as limitações funcionais associadas às deficiências, a dificuldade para caminhar ou subir degraus foi a mais prevalente, afetando 3,4% da população, seguida pela dificuldade visual, relatada por 3,1%. Os dados também indicam que aproximadamente 47,2% das pessoas com deficiência têm 60 anos ou mais, sendo a maioria composta por mulheres.

Segundo Diniz (2007), a construção social da normalidade funciona como um mecanismo que delimita quem é considerado adequado ou inadequado dentro da sociedade, especialmente no que se refere às pessoas com deficiência. Essa divisão dicotômica entre “normal” e “anormal” estabelece hierarquias que reforçam a exclusão social, atribuindo estigmas e limitando o reconhecimento da diversidade corporal e funcional. Tal estrutura impõe um modelo hegemônico de corpo ideal, produtivo e autônomo, o que intensifica a marginalização e a vulnerabilidade das pessoas que não se enquadram nesse padrão. Essa perspectiva reforça estigmas e práticas discriminatórias, colocando as pessoas com deficiência em posições de vulnerabilidade social, ao classificá-las como desviantes de um ideal de corpo são, produtivo e autônomo.

A perspectiva social e relacional da deficiência entende que as categorias de normalidade e anormalidade são construções sociais historicamente e culturalmente situadas. Essa abordagem desloca o foco da deficiência como uma condição individual para compreendê-la como resultado das interações entre características corporais e barreiras impostas pelo meio físico, social e institucional. Com isso, promove o reconhecimento das variações corporais, sensoriais e cognitivas como expressões legítimas da diversidade humana, afastando-se de concepções excludentes e estigmatizantes (Freitas, 2012).

Sob essa ótica, amplia-se o escopo das políticas públicas e das práticas sociais, contribuindo para o fortalecimento da autonomia, da cidadania e da participação plena das pessoas com deficiência. A crítica às normas corporais idealizadas também permite mitigar os efeitos psicológicos deletérios associados à tentativa de adequação a padrões rígidos, frequentemente geradores de sofrimento subjetivo. A desconstrução dessas concepções normativas é, portanto, fundamental para a promoção da equidade e do bem-estar psicossocial (Corrêa; Lockmann, 2024).

Ademais, a normatividade corporal atua não apenas como barreira física, mas como dispositivo simbólico que organiza as relações de poder e regula os modos de inserção social de pessoas com deficiência. Portanto, a análise crítica desses processos torna-se essencial para compreender como a identidade, a autonomia e a agência dessas pessoas são condicionadas, orientando estratégias que assegurem acessibilidade, reconhecimento social e valorização de suas experiências singulares.

O conceito de deficiência carrega consigo uma construção epistemológica e política em constante transformação, atravessada por diferentes modelos e perspectivas históricas, sociais e filosóficas. Inicialmente, a deficiência era compreendida sob o paradigma biomédico, que predominou no campo da saúde e da reabilitação durante grande parte do século XX. Esse modelo caracterizava a deficiência como uma condição estritamente individual, definida pela ausência ou disfunção de uma capacidade física ou cognitiva em relação a um padrão normativo de funcionamento (Foucault, 1979, *apud* Martins, 2015). Sob essa perspectiva, a experiência da pessoa com deficiência era reduzida a um desvio biológico, desconsiderando os fatores sociais e culturais que influenciam sua vivência e participação na sociedade.

O Modelo Social da Deficiência, desenvolvido por Oliver (2013) no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, no Reino Unido, emergiu como uma crítica ao modelo biomédico, deslocando o foco da limitação individual para as barreiras impostas pelo meio social. Segundo essa concepção, a deficiência não reside no corpo da pessoa, mas nas estruturas excludentes que dificultam sua participação plena e igualitária na sociedade, devido à chamada "cultura da normalidade" (Diniz; Barbosa; Santos, 2009). A transição do modelo biomédico para abordagens que enfatizam a dimensão sociocultural da deficiência representa um avanço conceitual fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias inclusivas. Ao reconhecer a deficiência como um fenômeno relacional, que emerge da interação entre as características individuais e as barreiras ambientais e atitudinais, torna-se possível construir uma sociedade mais justa, onde o pertencimento e a autonomia sejam garantidos a todas as pessoas, independentemente de suas diferenças funcionais.

A experiência da deficiência é vivenciada de maneira única por cada membro da família ou indivíduo próximo, desencadeando uma variedade de sentimentos e reações. Esse processo pode gerar uma crise que afeta toda a dinâmica familiar, cuja intensidade dependerá de variáveis como: crenças, valores, significados atribuídos à deficiência e a disponibilidade de recursos emocionais e materiais para lidar com a situação. A reconfiguração dessa dinâmica diante da deficiência constitui um processo complexo que exige transformações em vários âmbitos. Para que a família restabeleça o equilíbrio e continue a oferecer suporte aos seus integrantes, são necessárias adaptações, redistribuição de funções, apoio emocional e social, além da capacidade de atribuir um novo significado à experiência (Sá; Rabinovich, 2006).

Martins e Barsaglini (2011) investigaram a construção da identidade em pessoas com deficiência física, analisando a influência das categorias "ser deficiente" e "sentir-se deficiente", bem como do estigma. O estudo revelou a discrepância entre a definição médica restritiva e a experiência cotidiana da deficiência, destacando o impacto do estigma corporal na interação social e autoimagem. Os autores enfatizaram a distinção entre "ser deficiente", condição objetiva e socialmente reconhecida, e "sentir-se deficiente", experiência subjetiva e percepção individual. Essa construção é influenciada pela autoimagem, autoestima, desempenho de papéis sociais, estigma e interações sociais e familiares. Ambos os aspectos, interligados, são cruciais para a adaptação à nova condição de vida.

A concepção de deficiência não pode ser reduzida a uma definição estática, uma vez que sua compreensão evolui em consonância com mudanças sociais, políticas e culturais. O debate sobre o tema permanece dinâmico, incorporando contribuições do ativismo, das ciências humanas e das experiências vivenciadas pelas próprias pessoas com deficiência. Nesse contexto, o modelo dos direitos humanos da deficiência, integra elementos do modelo médico e do modelo social, enfatizando que a deficiência deve ser compreendida dentro de um arcabouço de direitos humanos, focando na dignidade, na autonomia e na plena participação das pessoas com deficiência na sociedade (Quinn; Degener, 2002).

Ao reconhecer a deficiência como uma questão que transcende o aspecto biomédico e se insere no campo dos direitos humanos, torna-se possível formular políticas públicas e implementar práticas mais equitativas e acessíveis. No entanto, a transição para essa perspectiva enfrenta desafios estruturais e culturais. A desconstrução de estereótipos e preconceitos, o enfrentamento do capacitismo e a valorização da diversidade humana são aspectos essenciais para consolidar uma sociedade verdadeiramente inclusiva e comprometida com a equidade.

#### **2.4.2 A deficiência física adquirida**

A deficiência adquirida refere-se à perda ou limitação de funções físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais que se desenvolvem ao longo da vida, geralmente em decorrência de doenças, lesões ou condições degenerativas. Quando essa condição se manifesta na forma de uma deficiência física, visível e frequentemente incapacitante, suas repercussões variam significativamente, sendo moduladas por fatores como a idade da pessoa, o contexto social em que está inserida e a natureza específica da limitação funcional. Particularmente nos casos em que a deficiência é adquirida de forma abrupta, ela tende a representar uma ruptura significativa na trajetória individual, alterando profundamente a rotina, os papéis sociais e a percepção de si. Esse impacto não se restringe a pessoa afetada, estendendo-se à dinâmica familiar, que frequentemente necessita de reestruturações funcionais, emocionais e práticas para lidar com as novas demandas do cuidado e da convivência. Assim, a deficiência adquirida constitui-se não apenas como um desafio clínico, mas também como um processo complexo de reorganização psicossocial no âmbito individual e coletivo.

Desmond e MacLachlan (2006), em estudo com veteranos idosos com deficiência adquirida por amputação de membro inferior, identificaram que fatores como idade, tipo de amputação e estratégias de enfrentamento influenciam significativamente a adaptação psicossocial. Estratégias ativas, como a resolução de problemas, favorecem a aceitação da nova condição, enquanto estratégias de fuga agravam sintomas como ansiedade e depressão. Esses achados destacam que, no caso da deficiência adquirida em idosos, a adaptação depende não apenas de variáveis clínicas, mas também dos recursos psicológicos disponíveis, o que reforça a necessidade de intervenções que integrem reabilitação funcional e suporte emocional.

Quando a deficiência física ocorre na vida adulta, representa um impacto que afeta a autonomia, a autoestima e diversos aspectos psicológicos relacionados às relações familiares, sociais, afetivas, profissionais e à sexualidade (Oliveira; Paraná, 2021). A deficiência adquirida por um dos parceiros pode levar a redefinições nos papéis familiares e conjugais, exigindo adaptações e estratégias de enfrentamento conjuntas. A reabilitação e o suporte psicológico desempenham papéis cruciais nesse processo, auxiliando na manutenção do vínculo afetivo e na construção de novos projetos de vida a dois (Emidio; Silva, 2021).

Neri; Bucher-Maluschke; Bezerra (2021) apontaram que esse tipo de evento atua como um “divisor de águas” nas relações familiares, demandando adaptações nas rotinas, na redistribuição de papéis e na redefinição de expectativas. Embora o estudo em questão tenha sido realizado com famílias de crianças que sofreram traumatismo cranioencefálico, seus achados são pertinentes também para a compreensão das repercussões familiares da deficiência física adquirida em idosos submetidos à amputação. Nesse contexto, observa-se que a perda de um membro inferior acarreta não apenas impactos funcionais e emocionais ao idoso, mas também impõe à família o desafio de reestruturar-se para dar suporte às novas demandas de cuidado e convivência, frequentemente implicando redistribuição de responsabilidades e ressignificação das relações de dependência e autonomia.

Bossardi *et al.* (2021) investigaram o impacto da deficiência adquirida no funcionamento familiar, revelando diferenças significativas entre os sexos. Nesse estudo, que envolveu 144 participantes com idades entre 14 e 93 anos, as mulheres relataram uma elevada disfunção familiar em comparação aos homens. Esses achados sugerem que as mulheres podem perceber ou vivenciar maiores desafios no

funcionamento familiar após a aquisição de uma deficiência. A discrepância entre os sexos no impacto da deficiência adquirida no funcionamento familiar, conforme observado pelos autores, pode ser atribuída a diversos fatores socioculturais e psicológicos. As mulheres frequentemente acumulam múltiplos papéis, como cuidadoras, profissionais e gestoras do lar, o que pode aumentar a percepção de sobrecarga quando enfrentam a necessidade de adaptação a uma deficiência. Além disso, expectativas sociais relacionadas ao gênero podem influenciar a maneira como homens e mulheres percebem e relatam a funcionalidade familiar. As mulheres podem sentir uma maior responsabilidade em manter a coesão e o bem-estar da família, tornando-as mais sensíveis às disfunções nesse contexto. Essas diferenças ressaltam a importância de intervenções familiares sensíveis ao gênero, que considerem as particularidades das experiências de homens e mulheres na adaptação à deficiência adquirida.

Quando a ocorrência acomete idosos, tem repercussões significativas que afetam intensamente a dinâmica familiar e esta é uma situação que não pode ser negligenciada, especialmente pelo aumento significativo do número de idosos no Brasil. De acordo com os dados do Censo Demográfico 2022, divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023c), a população brasileira com 60 anos ou mais atingiu 32.113.490 pessoas, representando 15,6% do total, um aumento de 56% em relação a 2010. Esse envelhecimento populacional está associado a uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus e doença arterial periférica, que são preditoras de complicações graves, a exemplo das amputações de membros inferiores.

A perda de um membro inferior é uma deficiência adquirida irreversível, e quando realizada em níveis mais proximais no membro compromete significativamente a mobilidade, levando a um aumento substancial na dependência funcional e na necessidade de suporte familiar. Essa condição não apenas impacta a capacidade física, mas também influencia a percepção da pessoa sobre si mesma, afetando sua identidade e seu papel na sociedade. Compreender essas mudanças é essencial para desenvolver estratégias de apoio psicológico e social que promovam a inclusão e o bem-estar dos idosos com deficiência adquirida.

A experiência da deficiência física na população idosa exige uma adaptação significativa, tanto da pessoa quanto de sua rede de apoio, para enfrentar as novas demandas impostas pela condição. A atenção integral à saúde das pessoas com

deficiência e suas famílias exige uma abordagem mais humanizada, que considere não apenas os aspectos clínicos, mas também os desafios emocionais e sociais inerentes à condição. Nesse contexto, o suporte social e psicológico emerge como pilar fundamental, auxiliando a família na adaptação e na promoção do bem-estar de todos os seus membros. O bom funcionamento familiar, caracterizado por relações saudáveis, comunicação eficaz e apoio mútuo, atua como fator protetivo e de promoção de saúde, sendo crucial para a inclusão social de pessoas com deficiência. Ao reconhecer a importância do contexto familiar, as políticas públicas podem ser direcionadas para fortalecer os laços familiares, promover a autonomia e garantir a participação plena das pessoas com deficiência na sociedade.

### **2.4.3 O estigma**

A definição de estigma proposta por Goffman (2004) é fundamental para compreendermos as dinâmicas sociais que envolvem pessoas com deficiência. Ele explora o conceito de estigma, definido como um atributo que desvia um indivíduo ou grupo do padrão socialmente esperado, resultando em desvalorização e exclusão. Historicamente, o estigma manifestava-se através de marcas corporais, como as utilizadas na Grécia Antiga para identificar escravos e criminosos. No entanto, Goffman demonstra que o estigma transcende a dimensão física, abrangendo também atributos sociais e comportamentais. Ele categoriza o estigma em três tipos principais: abominações do corpo (deficiências físicas, doenças visíveis), culpas de caráter (comportamentos desviantes) e estigmas tribais (raça, religião, nacionalidade).

Goffman (2004) argumenta que o estigma não é inerente ao indivíduo ou ao grupo, mas sim uma construção social que emerge da interação entre atributos e contextos específicos. A sociedade, através de suas normas e valores, define o que é considerado "normal" e, conseqüentemente, o que é estigmatizado. Um atributo que estigmatiza em um contexto pode ser irrelevante em outro. O estigma também não é estático, podendo variar ao longo do tempo e em diferentes situações. A "gestão da impressão", conceito central na obra de Goffman, refere-se às estratégias que os indivíduos utilizam para lidar com o estigma, seja ocultando atributos estigmatizados ou buscando aceitação social. Dessa forma, a análise de deste autor sobre o estigma é fundamental para compreendermos as experiências de grupos minoritários e marginalizados, especialmente em sociedades plurais e multiculturais. Seus insights

nos convidam a refletir sobre como as relações sociais moldam nossas percepções e como podemos construir uma sociedade mais inclusiva e equitativa

Com relação a deficiência física, o estigma é um aspecto central. Ele se manifesta como julgamentos negativos baseados em diferenças físicas visíveis, afetando e potencialmente deteriorando a identidade do indivíduo que pode levar a comportamentos sociais defensivos ou isolamento social (Martins; Barsaglini, 2011). A antecipação do julgamento negativo e o sentimento de ser constantemente observado são preocupações significativas para pessoas com deficiência física e para mitigar os impactos, as pessoas com deficiência podem adotar comportamentos compensatórios ou ocultando informações que revelam sobre sua condição.

Fernandes e Denari (2017) analisaram a representação midiática das pessoas com deficiência e constataram que, apesar dos avanços legislativos e dos direitos adquiridos, essas pessoas ainda enfrentam situações constrangedoras e excludentes. Nos vídeos analisados, elas são frequentemente retratadas de maneira ridicularizada e desrespeitosa. O estudo também argumenta que a convivência por si só não elimina o preconceito, pois as expectativas sociais negativas persistem. Lisboa (2020) investigou a persistência do preconceito contra pessoas com deficiência no contexto brasileiro, ressaltando a importância de estratégias para a promoção da inclusão e a garantia da dignidade dessa população. Tais estratégias incluem a conscientização social, a efetiva implementação de legislação pertinente e a participação ativa da sociedade civil.

Manifestação de piedade e a oferta de auxílio não solicitado frequentemente são interpretadas como formas de desvalorização, ressaltando as percepções de imperfeição, incapacidade e desvantagem da pessoa. As tecnologias assistivas, embora projetadas para otimizar a funcionalidade, apresentam uma relação ambígua com o estigma, pois a visibilidade desses dispositivos pode acentuar a percepção da diferença, transformando-os em fontes de estigma. Dessa forma, a aceitação do uso dessas tecnologias não se restringe a sua eficácia, mas da aceitação e uso consistente pela pessoa, influenciada por fatores simbólicos (Martins; Barsaglini, 2011). Na prática clínica da Fisioterapia, observa-se que adolescentes com escoliose frequentemente relutam em utilizar coletes ortopédicos, especialmente modelos mais visíveis como o Milwaukee. Essa resistência tem levado à substituição desses coletes por opções mais discretas e esteticamente aceitáveis. De forma semelhante, muitos idosos recusam o uso de bengalas por associá-las a um símbolo de velhice. Essas

atitudes refletem um desejo de evitar a estigmatização social e a discriminação associada ao uso de dispositivos de assistência visíveis. Além disso, indivíduos com amputações menores, como a perda de dedos das mãos ou dos pés, frequentemente buscam próteses estéticas para ocultar a deficiência, visando minimizar a visibilidade da deficiência adquirida.

A experiência da deficiência física é diversa, influenciada por contextos sociais, valores culturais e trajetórias pessoais. Esses fatores podem levar à desvalorização da pessoa, dificultando sua aceitação social e a formação de vínculos significativos. O estigma, o preconceito e a discriminação relacionados à deficiência física estão profundamente entrelaçados com as desigualdades estruturais presentes na sociedade, dificultando a inclusão e impactando negativamente a saúde mental e o bem-estar das pessoas com deficiência. Esses fatores atuam como barreiras que restringem o acesso a direitos e serviços essenciais, tornando ainda mais desafiadora a plena participação social desse grupo.

A compreensão do estigma e de suas nuances é essencial para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa, onde a diversidade seja valorizada e respeitada (Martins; Barsaglini, 2011). Além disso, reconhecer e enfrentar essas barreiras é fundamental para abordar os desafios de saúde pública e reduzir o sofrimento humano de maneira eficaz (Parker, 2013).

Nesse cenário, é fundamental adotar uma abordagem multidimensional para enfrentar as barreiras impostas às pessoas com deficiência. Isso implica na desconstrução de estigmas, na promoção da inclusão social e no fortalecimento da autonomia por meio de políticas públicas integradas. Dentre essas ações, destacam-se a oferta de moradias acessíveis e a implementação de estratégias que assegurem participação equitativa na vida cotidiana, respeitando a diversidade sem reproduzir desigualdades. O suporte familiar, aliado a políticas públicas eficazes e à sensibilização da sociedade, constitui um alicerce para a inclusão efetiva. Assim, a articulação entre políticas inclusivas, educação e conscientização social configura-se como caminho essencial para a promoção da equidade e da justiça social.

### **3. REPERCUSSÕES DA AMPUTAÇÃO MAIOR DE MEMBRO INFERIOR: EM SI E NOS SEUS**

Este capítulo foi estruturado em duas seções que abordam as repercussões da amputação maior de membro inferior considerando tanto a perspectiva do idoso acometido quanto do familiar que assume os cuidados. Na primeira seção, serão abordados os desafios do pós-operatório, as limitações impostas pela nova condição e as implicações físicas e psicossociais decorrentes dessa realidade para o idoso acometido. Na seção seguinte, o foco recai sobre a família, onde serão discutidos o ônus e o bônus associado ao cuidado.

#### **3.1 REPERCUSSÕES PARA A PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS**

O processo que envolve uma cirurgia de amputação é complexo em todas as suas fases. Desde o período pré-operatório até a fase de reabilitação, esse processo é permeado por incertezas relacionadas à adaptação à nova condição, ao luto pelo membro perdido, ao temor diante dos desafios futuros e à angústia quanto à possibilidade de complicações que possam levar ao óbito precoce (Gabarra; Crepaldi, 2009; Singh *et al.*, 2009; Stoddard *et al.*, 2005). Paralelamente a esses sentimentos de medo e vulnerabilidade, há também a expectativa de alívio, pois a amputação pode representar a interrupção de um ciclo de dor crônica, internações frequentes e altos custos médicos, o que suscita uma ambivalência emocional entre o sofrimento e a esperança de uma melhor qualidade de vida (Chini; Boemer, 2007).

Quando a amputação acomete idosos, frequentemente é decorrente de doenças crônicas não transmissíveis e apresenta uma complexidade que transcende as implicações observadas em indivíduos mais jovens. Essa complexidade deriva do próprio processo de envelhecer. O envelhecimento biológico, tem singularidades para cada pessoa, sendo influenciado por diversos fatores, como gênero, etnia, estilo de vida, condições socioeconômicas e a presença de doenças crônicas, que podem acelerar ou atenuar as transformações fisiológicas ao longo do tempo (Teixeira *et al.*, 2019). Esses fatores geralmente comprometem, em graus variados, diversos órgãos e sistemas, resultando na diminuição da capacidade funcional e no aumento da vulnerabilidade física, que podem ser agravadas por eventos adversos incapacitantes

(Esquenazi; Silva; Guimarães, 2014). Dessa forma, quando a amputação ocorre nessa faixa etária, ela coexiste com comorbidades pré-existentes, incluindo a fragilidade musculoesquelética, decorrente da sarcopenia<sup>5</sup> e alterações articulares degenerativas, além de doenças crônicas como diabetes mellitus e doença vascular periférica, que contribuem para o agravamento do quadro clínico. A perda de um membro, impõe ao membro remanescente<sup>6</sup> a necessidade de sustentação do peso corporal. No entanto, a redução da força muscular e a degeneração articular comprometem essa adaptação, dificultando o processo de reabilitação, limitando a funcionalidade e restringindo a participação social do indivíduo. Adicionalmente, a natureza sistêmica do diabetes mellitus aumenta a risco de comprometimento sensório motor e vascular no membro remanescente, exacerbando as dificuldades associadas à recuperação funcional (Figueirôa, 2022).

As consequências de uma amputação vão além da aparência física e da percepção corporal, afetando também a autoestima e provocando mudanças substanciais na vida pessoal, nas relações sociais e no ambiente profissional. Aspectos emocionais, como ansiedade, depressão, estratégias de enfrentamento, autoimagem e reintegração corporal, devem ser considerados e demandam um cuidado prolongado e especializado, conduzido por uma equipe multiprofissional capacitada. Padovani *et al.* (2015) avaliaram fatores emocionais e qualidade de vida em pessoas com dor crônica pós-amputação, constatando que a depressão era mais prevalente entre os idosos (60 a 80 anos) e que o comprometimento da qualidade de vida e da imagem corporal afetavam a adesão ao programa de reabilitação e o prognóstico funcional.

Gabarra e Crepaldi (2009) conduziram uma revisão da literatura sobre os aspectos psicológicos da cirurgia de amputação, destacando sentimentos de ansiedade e medo antes do procedimento, associados às expectativas sobre as consequências da amputação, como dor, incapacidade funcional, perda de independência, separação da família e afastamento do trabalho. Resultados semelhantes foram descritos por Singh *et al.* (2009), que identificaram incidência de ansiedade (19,1%) e depressão (17,6%) após a amputação, especialmente quando

---

<sup>5</sup> A sarcopenia é uma síndrome caracterizada pela perda progressiva e generalizada de massa muscular, juntamente com diminuição da força ou do desempenho físico, frequentemente associada ao envelhecimento (Esquenazi; Silva; Guimarães, 2014).

<sup>6</sup> Membro remanescente corresponde membro contralateral que não sofreu a amputação.

os indivíduos careciam de acompanhamento ou suporte de uma rede de apoio. Esses sentimentos impactam de forma significativa o processo de reabilitação após a amputação, especialmente quando associados à necessidade de manejo da ferida operatória, à dor no membro amputado e à perda de independência. Esses fatores podem comprometer tanto a adesão aos cuidados necessários quanto a qualidade de vida (Stoddard *et al.*, 2005).

Passar por uma amputação é um desafio árduo, e apesar do impacto emocional começar antes mesmo da cirurgia, é na fase pós-operatória que os sentimentos pela perda do membro se tornam mais evidentes e difíceis de serem superados. Sentimentos como tristeza e medo são comuns entre as pessoas afetadas, tanto no período pré, quanto no pós-amputação, principalmente devido às incertezas em relação ao futuro. Questões como a intensidade da dor, a reconstrução da identidade sem uma parte do próprio corpo, a adaptação à perda de independência, as implicações na rotina e nas relações familiares, além do temor de uma nova amputação, tornam-se preocupações centrais nesse processo. Esses sentimentos e incertezas podem evoluir para quadros de ansiedade e depressão, especialmente quando a pessoa não tem um suporte adequado. Além disso, o processo de reabilitação traz desafios como o cuidado com a ferida operatória, a dor fantasma<sup>7</sup> no membro amputado e a adaptação a uma nova realidade, o que pode afetar tanto a recuperação quanto a qualidade de vida.

Estudos demonstram que o apoio emocional e a assistência especializada fazem toda a diferença para que a pessoa consiga superar os obstáculos, se adaptar à nova condição de vida e ter mais autonomia (Chini; Boemer, 2007; Gabarra; Crepaldi, 2009; Singh *et al.*, 2009; Stoddard *et al.* 2005). Uma outra questão é o alto custo das próteses para membro inferior. Para muitos, adquiri-las sem ajuda financeira é simplesmente impossível, o que gera preocupação e frustração. Afinal, a falta da prótese pode atrasar sua volta ao convívio social, colocando-os em desvantagem em relação a quem tem condições de pagar. Essa realidade foi destacada em estudo realizado por Chini e Boemer (2007).

Do ponto de vista emocional, os idosos também enfrentam desafios significativos. A solidão e o isolamento social são comuns entre os idosos, especialmente aqueles que vivem sozinhos ou que têm poucas interações sociais.

---

<sup>7</sup> Dor fantasma corresponde a uma condição neurológica na qual a pessoa sente dor ou outras sensações em um membro ou segmento de membro que foi amputado (Flor; Nikolajsen; Jensen, 2006).

Esses fatores podem aumentar o risco de depressão, ansiedade e outras condições de saúde mental, afetando negativamente o bem-estar emocional e psicológico dos idosos. Adicionalmente, a vulnerabilidade emocional dos idosos pode ser agravada por eventos estressantes da vida, como a perda de entes queridos e até mesmo situações de abuso, tanto emocional quanto físico, que também repercutem negativamente na sua condição de vida (Brito, 2023).

Ao contextualizar toda a situação previamente descrita com o surgimento de um agravante, como a amputação de um membro inferior, é importante ressaltar que as consequências não se limitam apenas à imagem e ao esquema corporal, decorrentes da deficiência adquirida. Elas também reverberam em uma ampla gama de sentimentos, que desencadeiam mudanças significativas na vida da pessoa afetada (Batista; Luz, 2012). Isso se deve ao fato de que é por meio do corpo que estabelecemos relações sociais, profissionais e com o mundo ao nosso redor. Essa condição pode evocar sentimentos ambíguos na pessoa, que oscilam entre a perda da autoestima, o medo de se tornar incapaz ou de morrer, e a esperança de solucionar o problema que lhe causa dor física e estigma social (Chini; Boemer, 2007).

A espiritualidade emerge como um fator relevante no enfrentamento de adversidades que comprometem a saúde, especialmente entre pessoas idosas. Nesse contexto, a religião frequentemente desempenha um papel central, oferecendo suporte emocional e psicológico para lidar com esses desafios. De acordo com Costa (2008), essa busca visa a restauração da saúde, dentro de comunidades religiosas, especificamente através de práticas como libertação ou exorcismo. No entanto, a autora destacou que essa restauração não se limita apenas a dimensão emocional; ela requer também um compromisso efetivo e racional por parte da pessoa. Isso inclui a adoção de um estilo de vida alinhado aos valores e princípios da fé, os quais são definidos e reforçados pela própria comunidade religiosa. Segundo Boff (2006), a espiritualidade atua como uma força motriz para a transformação pessoal e social. Ela transcende as religiões institucionalizadas, manifestando-se na capacidade humana de se conectar com o significado mais profundo da existência. Nesse sentido, a espiritualidade rompe com paradigmas ao superar o individualismo e o materialismo, promovendo uma consciência baseada no cuidado, na compaixão e na responsabilidade para com o planeta e os demais seres humanos.

Amoah *et al.* (2018) exploraram as vivências de pessoas que passaram pelo processo de amputação em decorrência do diabetes, revelando uma complexa teia

de experiências que vão além dos desafios físicos, estendendo-se ao impacto emocional e social. Entre os relatos, emergiu uma perspectiva de entrega à vontade Divina, na qual alguns participantes expressaram a crença de que os acontecimentos estavam predestinados e que suas possibilidades de intervenção eram limitadas. Nesse contexto, a fé religiosa e o autoconsolo se destacaram como formas essenciais de enfrentamento, proporcionando suporte emocional e ressignificação diante das adversidades vivenciadas.

### 3.2 REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA

Esta seção discute o impacto do adoecimento crônico na dinâmica familiar, com ênfase nas consequências do cuidado prestado a um idoso com amputação maior de membro inferior. A família, ao longo da história, tem sido considerada um pilar essencial da sociedade, desempenhando um papel na proteção, promoção do bem-estar e transmissão de valores. É o lugar de aprendizagem da convivência. Essa visão idealizada destaca a capacidade da família de acolher, educar e prover cuidado aos seus membros (Biasoli-Alves, Moreira, 2007). Nesse sentido, a família é vista como um agente emocional e econômico que contribui para a coesão social e o desenvolvimento humano. No entanto, é fundamental destacar que, devido à sua complexidade e às transformações que sofreu ao longo da história, a família também pode ser um espaço de padrões disfuncionais de interação, dependendo do contexto em que está inserida (Souza *et al.*, 2012). Petrini e Dias (2015) identificaram uma associação entre diversos problemas sociais que afetam crianças e adolescentes, como o envolvimento com drogas, repetência e evasão escolar, e contextos familiares disfuncionais, bem como ambientes socioeconômicos adversos. Outros fatores como rigidez nos papéis familiares, dificuldades na comunicação, a presença de uma doença crônica em um dos membros e a ausência de suporte afetivo podem comprometer o desenvolvimento saudável de seus integrantes. Donati (2011, p.31) argumenta que,

os problemas da família nascem nas relações e não nos indivíduos. Os problemas implicam comportamentos e reações individuais, mas se situam no espaço das relações. Quando se tomam os indivíduos como ponto de partida, não se chega às relações. Pelo contrário, partindo das relações, encontram-se os indivíduos.

De acordo com Bronfenbrenner (1996), a família constitui um dos principais microssistemas de socialização, influenciando a formação da identidade, valores e bem-estar psicológico. Contudo no contexto da sociedade contemporânea, a estrutura familiar tem passado por transformações significativas e enfrenta desafios complexos, influenciados por fatores como urbanização, redução do tamanho das famílias, maior participação da mulher no mercado de trabalho, aumento da longevidade e dispersão geográfica dos parentes. Famílias extensas e redes de apoio bem estruturadas desempenham um papel essencial no suporte aos idosos e seus cuidadores, contribuindo para a redução da sobrecarga associada ao cuidado. No entanto, a fragmentação das relações familiares, a diminuição do convívio intergeracional e as múltiplas demandas da vida profissional podem dificultar a oferta de suporte adequado, concentrando a responsabilidade do cuidado em um único indivíduo e comprometendo a qualidade da assistência prestada (Neri, 2007).

Para garantir um suporte integral e sustentável, é essencial estabelecer um equilíbrio entre o papel da família e o suporte oferecido pelo Estado e pela comunidade. Serapione (2005) propõe uma ressignificação do papel da família no cuidado, afastando a ideia de transferir-lhe o ônus das falhas do sistema estatal. Em vez disso, o autor defende a construção de uma sinergia entre os serviços públicos e as práticas de cuidado informais, valorizando a contribuição feminina nessa esfera e promovendo a inclusão de outros membros familiares, notadamente os homens, como agentes de cuidado. Petrini e Dias (2015) enfatizam que a família não apenas constitui a base do suporte individual, mas também desempenha um papel estruturante para a sociedade como um todo. Conforme os autores, a família viabiliza respostas a necessidades cotidianas e exerce funções que, se assumidas exclusivamente pelo Estado ou outras instituições, poderiam comprometer a estabilidade social e econômica.

### **3.2.1 O adoecimento crônico na família**

O aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representa um desafio crítico tanto para os sistemas de saúde globais quanto para as famílias, sendo impulsionado pelo envelhecimento populacional, pela redução da natalidade, pelas transformações nos arranjos familiares tradicionais e pela transição demográfica, que reduziu a prevalência de doenças infectocontagiosas e elevou a incidência de

condições crônicas (Brasil, 2019a). No Brasil, as DCNT, como as cardiovasculares, neoplasias, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas, são responsáveis por uma parcela significativa da mortalidade, com destaque para a doença cardíaca isquêmica e o acidente vascular cerebral entre as principais causas de óbito (Malta *et al.*, 2017). Em 2016, essas condições foram responsáveis por 57% óbitos no Brasil e, em 2019, totalizaram mais de 734 mil mortes, das quais 41,8% ocorreram prematuramente em indivíduos de 30 a 69 anos. O diabetes mellitus ocupou a sexta posição entre as principais causas de morte, destacando-se como uma das enfermidades com maior aumento na taxa de mortalidade entre 1990 e 2015, evidenciando seu impacto crescente na saúde pública (BRASIL, 2019b). Esses dados reforçam a necessidade de estratégias efetivas de prevenção e controle para mitigar o impacto das DCNT no cenário epidemiológico nacional.

O suporte familiar é essencial no cuidado de pessoas com doenças crônicas, sendo, na maioria dos casos, a principal rede de apoio disponível (Broto; Guimarães, 2017; Rocha; Pacheco, 2013; Santos, 2014; Santos; Alves; Oliveira, 2011). A progressão da patologia e a necessidade constante de acompanhamentos específicos de saúde provocam mudanças significativas na rotina da pessoa e de sua família, que assume o papel no cuidado contínuo (Reis; Trad, 2015; Silva *et al.*, 2002). A adaptação a essa nova realidade exige ajustes financeiros, logísticos e emocionais, impactando diretamente a qualidade do cuidado e o bem-estar de todos os envolvidos. A efetividade desse suporte depende de fatores como valores familiares, condições socioeconômicas e nível educacional dos cuidadores (Broto; Guimarães, 2017). Um suporte inadequado pode comprometer o controle clínico, aumentando o risco de descompensações e hospitalizações, evidenciando a necessidade de estratégias para fortalecer o envolvimento familiar no cuidado.

Diversos estudos têm investigado o impacto do apoio familiar na adesão ao tratamento do diabetes. Zaneti *et al.* (2008) analisaram os efeitos de um programa educativo sobre diabetes no contexto familiar e concluíram que a participação da família favorece a adesão terapêutica. Da mesma forma, o estudo de Santos (2014), ao investigar o impacto do suporte familiar no manejo do diabetes, demonstrou a eficácia percebida desse suporte, resultando na criação de um ambiente familiar positivo, caracterizado por acolhimento e gratidão. No entanto, Santos *et al.* (2011), ao investigarem as representações sociais do suporte familiar em pessoas com diabetes, observaram que, embora a assistência fosse valorizada, o controle

excessivo dos familiares podia comprometer a autonomia da pessoa, gerando sentimentos ambivalentes. De forma complementar, Reis e Trad (2015) destacam que a falta de conhecimento das famílias sobre os cuidados necessários ao idoso dependente pode resultar em impactos negativos tanto na qualidade do suporte prestado quanto nas relações familiares. Dessa forma, observa-se que, enquanto a presença familiar é um fator essencial no cuidado, sua efetividade depende de um equilíbrio entre apoio e respeito à autonomia do indivíduo, bem como da capacitação dos cuidadores para oferecer uma assistência adequada e humanizada.

A complexidade do manejo de condições crônicas exige uma análise meticulosa da dinâmica familiar, das demandas específicas de cuidado, das particularidades inerentes a condição de saúde e da disponibilidade de suporte profissional especializado, visando compreensão e coconstrução no enfrentamento e resolução dos problemas associados (Karsch, 2003; Montefusco *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2002). O cuidado integral ao indivíduo com condições crônicas demanda a articulação de uma rede de suporte abrangente que envolva a família, profissionais de saúde, instituições governamentais e a sociedade civil. Nesse sentido, a transferência exclusiva dessa responsabilidade para o núcleo familiar, revela-se inadequada.

A função do cuidado de pessoas com comorbidades crônicas, é uma tarefa exigente que pode afetar a saúde de familiares previamente saudáveis. Essa sobrecarga pode resultar em exaustão, estresse e até síndrome de *burnout*<sup>8</sup> dos cuidadores, sobretudo os informais. O enfrentamento a essa sobrecarga pode ser minimizado com suporte social, acesso a serviços de saúde, a prática de lazer, participação em treinamentos e a espiritualidade (Pereira; Soares, 2015). Nesse contexto, é crucial implementar estratégias de enfrentamento adequadas para todos os envolvidos, a fim de garantir um processo de reabilitação eficaz (Del-Pino-Casado; Pérez-Cruz; Frías-Osuna, 2014; Souza *et al.*, 2015).

Um estudo conduzido por Almeida (2020), com pessoas com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal, identificou piora na qualidade de vida dos participantes após o diagnóstico e início do tratamento. Para enfrentar os desafios e reorganizar a vida pessoal, familiar e social, os participantes buscaram apoio na

---

<sup>8</sup> Burnout, também conhecida como síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico caracterizado pelo esgotamento físico, emocional e mental, resultante do estresse crônico no ambiente de trabalho (Maslach; Schaufeli; Leiter, 2001).

espiritualidade, religiosidade, esperança e no suporte de familiares, amigos e profissionais de saúde. Esses achados reforçam a importância das redes de apoio na adaptação à nova condição de vida e no enfrentamento das doenças crônicas. Brito (2023) destaca a necessidade de um acompanhamento integral do cuidador, abrangendo capacitação técnica especializada em procedimentos de cuidado, suporte psicológico para o manejo do estresse e o fomento de redes de suporte social para a troca de experiências e o auxílio mútuo. A autora enfatiza a relevância da sinergia entre supervisores de cuidadores familiares, instituições de longa permanência e cuidadores profissionais, como mecanismo para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência prestada.

Segundo Santana; Santos; Caldas (2005), cuidadores familiares podem enfrentar dificuldades com a falta de conhecimento sobre cuidados específicos, com uma comunicação ineficaz com o idoso sob sua responsabilidade, além de sofrerem com o desgaste físico e emocional. As autoras ressaltam a importância de ações educativas para melhorar a qualidade do atendimento ao idoso e fornecer suporte adequado aos familiares. Dessa forma, a implementação de políticas públicas efetivas, que promovam o acesso a serviços de saúde adequados, o fortalecimento de redes de suporte social e a capacitação de cuidadores, torna-se crucial para garantir melhores condições de vida e o bem-estar da população afetada.

### **3.2.2 Amputação de membro inferior: ônus e bônus do cuidado familiar**

A amputação de membro inferior impõe desafios significativos que repercutem em toda a dinâmica familiar. A adaptação a essa nova realidade exige reorganização e reestruturação da rotina cotidiana, impactando especialmente na pessoa que assume a função de cuidador dentro da família (Figueirôa; Ramos; Sá, 2025). O nível no qual a amputação foi realizada influencia diretamente a sobrecarga do cuidador, especialmente em casos de amputações proximais, como as transfemorais e transtibiais, que comprometem significativamente a funcionalidade e aumentam a dependência para atividades básicas da vida diária (Çamur; Batibay; Bayham, 2020; Rodrigues *et al.*, 2024). Além das demandas físicas, esses casos exigem cuidados mais complexos, abrangendo aspectos emocionais e psicológicos da pessoa acometida pela amputação e do seu cuidador. A adaptação à nova condição, o manejo da dor e o risco de complicações podem intensificar o estresse, a ansiedade e a

depressão em ambos, tornando essencial um suporte multidimensional no processo de reabilitação.

A sobrecarga decorrente do cuidado prolongado pode gerar impactos negativos tanto para o cuidador quanto para o idoso, aumentando o risco de conflitos familiares, com redução da tolerância e da capacidade de manter um ambiente seguro para o idoso. Essa situação aumenta o risco de abuso físico, psicológico ou por negligência contra o idoso (Costa *et al.*, 2020a; Santana *et al.*, 2005). Além disso, a reorganização da dinâmica familiar pode resultar em conflitos, sentimentos de exaustão e isolamento social entre os responsáveis pelo cuidado, evidenciando a necessidade de estratégias que promovam suporte adequado tanto para o idoso quanto para seus cuidadores (Broto; Guimarães, 2017; Camarano; Fernandes, 2023; Schulz; Eden, 2016).

### 3.2.2.1 O ônus do cuidado familiar

A literatura científica tem reportado sobre os fatores que contribuem para o ônus enfrentado pelos cuidadores familiares de idosos submetidos à amputação de membro inferior, assim como as estratégias adotadas para lidar com essa nova realidade, tanto para a família quanto para a pessoa assistida (Costa *et al.*, 2021; Doss; Popejoy, 2023; Rodrigues *et al.*, 2024). Essas pesquisas ressaltam a importância de avaliar e compreender as necessidades dos cuidadores antes e após a alta hospitalar, garantindo sua capacitação adequada para os cuidados com os familiares amputados. Além disso, foi identificado que a falta de suporte social, o aumento da angústia e a percepção dos cuidadores sobre o impacto do cuidado na dinâmica familiar são fatores determinantes da sobrecarga (Costa *et al.*, 2020a). A sobrecarga imposta aos cuidadores pode prejudicar sua capacidade de responder de forma empática e calma às exigências do cuidado, comprometendo o ambiente de suporte e segurança necessário para o idoso (Schulz; Sherwood, 2008).

Estudo conduzido por Costa *et al.* (2021) investigou o papel mediador do estresse traumático na relação entre o estresse percebido pelos cuidadores informais e a sobrecarga e qualidade de vida, em três momentos distintos após a amputação: um mês, sete meses e dez meses. Os resultados indicaram que o estresse inicial do cuidador não necessariamente piora com o tempo e a continuidade do cuidado. No entanto, aqueles que experimentam maior estresse no primeiro mês após a amputação tendem a sofrer mais com os efeitos do estresse traumático, o que pode

resultar em piora da qualidade de vida e maior sobrecarga após dez meses. Esses achados ressaltam a importância de intervenções precoces para prevenir que o estresse evolua para um problema persistente. A compreensão da progressão temporal das etapas do processo de adoecimento, aliada à intervenção multiprofissional precoce, configura-se como estratégia fundamental para a mitigação dos desafios enfrentados pelas pessoas afetadas.

É essencial implementar ações que apoiem a transição para o papel de cuidador, com foco no fortalecimento do suporte social e psicológico, na promoção do bem-estar físico e mental, e no incentivo à atividade física. Tais medidas podem facilitar a adaptação do cuidador ao novo papel, reduzir o estresse e a sobrecarga, mitigar os efeitos negativos do cuidado e diminuir as readmissões hospitalares. A fadiga física e emocional, decorrente da sobrecarga assistencial, pode resultar na diminuição da empatia, paciência e da capacidade de manter um ambiente seguro e estimulante para o idoso. Essa dinâmica aumenta a vulnerabilidade do idoso afetado a situações de abuso, que podem se manifestar de maneira física, psicológica ou por negligência (Brito, 2023). Para minimizar esses riscos, é fundamental a formulação e implementação de políticas públicas de saúde que ofereçam estratégias de suporte aos cuidadores, incluindo treinamento especializado, apoio psicológico e o fortalecimento das redes de suporte social, visando o enfrentamento das incertezas, do estresse e das limitações decorrentes da nova condição de vida e saúde (Brito, 2023; Costa *et al.*, 2020b).

Apesar da sobrecarga inerente ao cuidado familiar, especialmente para aqueles que desempenham essa função de forma mais direta, a família assume, na maioria dos casos, a responsabilidade pelo cuidado contínuo do idoso. Esse cenário é influenciado pela oferta limitada e pelo alto custo dos serviços de suporte domiciliar especializado, bem como pelas despesas associadas à acolhimento em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (Gaugler; Kane 2015).

### 3.2.2.2 O bônus do cuidado familiar

O cuidado familiar informal<sup>9</sup> prestado a idosos submetidos à amputação também é capaz de promover benefícios significativos, tanto para o cuidador quanto

---

<sup>9</sup> O cuidado familiar informal refere-se à assistência prestada sem remuneração, sendo realizado por familiares, amigos e membros da comunidade (Gueda *et al.*, 2006).

para a pessoa assistida. Um dos principais aspectos positivos é a proximidade emocional que se desenvolve entre o cuidador e o idoso afetado, o que fortalece os laços familiares e proporciona um sentido de propósito. Além disso, o cuidador tende a aprimorar habilidades como empatia, paciência e resiliência, competências que podem ser aplicadas em várias áreas da vida. Em muitos casos, o cuidado também representa uma fonte de realização pessoal, especialmente quando o cuidador observa melhorias no estado de saúde do familiar. Schulz e Sherwood (2008) apontam que muitos cuidadores relatam satisfação ao proporcionar conforto, dignidade e qualidade de vida aos seus entes queridos, mesmo diante das dificuldades associadas à tarefa.

A adaptação a próteses ou outras tecnologias assistivas, por exemplo, pode gerar grande satisfação ao cuidador, que se sente motivado pela evolução e recuperação do familiar, reforçando seu senso de propósito e sua contribuição para o bem-estar do outro (Figueirôa; Ramos; Sá, 2025). No entanto, é importante destacar que os benefícios do cuidado informal variam conforme o contexto individual, sendo influenciados por fatores como o grau de dependência do familiar, a disponibilidade de suporte social e as características pessoais do cuidador (Pinquart; Sörensen, 2003).

Brier *et al.* (2018) investigaram a relação da dinâmica de suporte e o conflito específico do cuidador nos desfechos psicossociais de pessoas submetidas à primeira amputação de membro inferior, decorrente de doença arterial periférica ou diabetes. Os resultados indicaram que um maior suporte do cuidador estava associado a níveis mais elevados de satisfação com a vida, enquanto a presença de conflitos na relação entre os envolvidos esteve correlacionada a uma menor satisfação e a um aumento dos sintomas depressivos. O estudo destaca a relevância da dinâmica relacional entre a pessoa com amputação e seu cuidador como fator determinante para o bem-estar da pessoa com amputação. Os autores propõem a implementação de intervenções direcionadas ao fortalecimento do suporte e à mitigação de conflitos na díade cuidador - pessoa acometida, visando otimizar os resultados psicossociais em idosos afetados.

---

Estratégias de *coping*<sup>10</sup> auxiliam na adaptação à nova condição de vida. Além de minimizar o impacto emocional causado pela perda do membro, é fundamental promover mecanismos de enfrentamento tanto para a pessoa com amputação quanto para o próprio cuidador, garantindo um processo de reabilitação mais eficaz e menos desgastante (Del-Pino-Casado; Pérez-Cruz; Frías-Osuna, 2014; Rosca *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2015). Dessa forma, torna-se evidente que o cuidado informal, embora desafiador, pode oferecer oportunidades significativas de crescimento pessoal e fortalecimento da autoestima para o cuidador. A experiência de auxiliar um familiar em sua recuperação e adaptação a nova condição de vida pode gerar um sentimento de realização e propósito. No entanto, é crucial reconhecer que os benefícios do cuidado informal são altamente variáveis, sendo influenciados por uma complexa interação de fatores individuais e contextuais. Para otimizar os resultados do cuidado informal, é fundamental que as políticas de saúde considerem a diversidade de experiências dos cuidadores, oferecendo suporte personalizado e recursos que atendam às suas necessidades específicas.

---

<sup>10</sup> O *coping* refere-se às estratégias cognitivas e comportamentais adotadas para lidar com situações desafiadoras, reduzir o estresse e gerenciar as emoções negativas decorrentes desses eventos. (Ramos, 2004).

## 4. CONDIÇÕES DE VIDA EM CONTEXTO

Discutir as condições de vida exige a compreensão de um conjunto de fatores interdependentes que, quando adequadamente atendidos, promovem o bem-estar físico, psicológico e social da população. A primeira seção deste capítulo apresenta os fundamentos teórico-conceituais sobre condições de vida, bem como as abordagens metodológicas empregadas nos estudos analisados. Na seção seguinte, são examinados os dados empíricos que evidenciam as desigualdades no Brasil, destacando tanto os avanços e os retrocessos ao longo do tempo, quanto os desafios para a construção de uma sociedade mais inclusiva e sustentável, capaz de assegurar melhores condições de vida para a maioria da população.

### 4.1 FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

A revisão da literatura indicou que a maioria dos estudos analisados não aborda diretamente as condições de vida. No entanto, ao investigarem fatores determinantes da desigualdade e seus impactos sobre os segmentos mais vulneráveis da população, especialmente no âmbito socioeconômico, esses estudos acabam, indiretamente, tratando das condições de vida. Em contrapartida, observa-se uma predominância de pesquisas voltadas à qualidade de vida, área em que existem mais instrumentos validados para mensuração e análise. Esse contraste evidencia uma lacuna importante na literatura: embora muitos estudos abordem fatores relacionados à desigualdade, há pouca ênfase explícita nas condições de vida como categoria central de análise. Nesse sentido, os aportes teóricos de Paim (1997) contribuem significativamente para preencher essa lacuna, ao oferecer um arcabouço que relaciona de forma direta as condições de vida às condições de saúde, ampliando a compreensão dos determinantes sociais no contexto das desigualdades estruturais.

Paim (1997) discute como as condições de saúde estão intrinsecamente ligadas às condições de vida, as quais são moldadas por estruturas socioeconômicas, processos históricos e fatores espaciais. O autor revisa a evolução das abordagens teóricas para o estudo dessa relação complexa, destacando a transição de modelos centrados na causalidade individual para perspectivas que enfatizam os determinantes sociais e econômicos mais amplos. Enfatiza, ainda, a necessidade de

analisar as condições de saúde no contexto da reprodução social e das desigualdades inerentes às sociedades capitalistas. Segundo o autor,

O estudo das condições de vida de determinados grupos sociais deve levar em conta não só a distribuição da renda e o poder aquisitivo na esfera do consumo individual, mas também certas ações estatais que buscam garantir o atendimento de necessidade consideradas básicas para a sobrevivência, como, por exemplo, saúde, saneamento, educação, alimentação e nutrição, lazer, segurança, entre outras. (Paim, 1997, p.7)

Minayo; Hartz; Buss (2000) reforçam essa perspectiva ao destacarem a existência de uma relação histórica entre condições de vida, qualidade de vida e saúde. Segundo os autores, essa articulação remonta ao surgimento da medicina social nos séculos XVIII e XIX, quando começaram a ser realizadas investigações sistemáticas sobre os determinantes sociais da saúde com o objetivo de fundamentar políticas públicas. Essa abordagem clássica encontra ressonância no debate contemporâneo, especialmente nas propostas de promoção da saúde, que reconhecem as condições de vida como elementos estruturantes para a equidade em saúde.

Nesse contexto, entende-se que as condições de vida englobam um conjunto de fatores socioeconômicos, ambientais e estruturais que influenciam de forma direta o bem-estar das populações. Entre esses fatores estão o nível de renda, o acesso à moradia digna, a disponibilidade de serviços básicos, a educação, a inserção no mercado de trabalho e o meio ambiente. Esses elementos, amplamente reconhecidos como determinantes sociais da saúde (WHO, 2023), moldam as oportunidades, os estilos e as trajetórias de vida, sendo condicionados pelas estruturas sociais, políticas e econômicas que sustentam as desigualdades.

Minayo (2001) argumenta que a mensuração das condições de vida de indivíduos ou populações é limitada pela complexidade da realidade social. A objetividade e o rigor científico exigidos na análise resultam em recortes e simplificações que, embora necessários para a sistematização do conhecimento, implicam na perda de nuances e significados inerentes ao contexto social. A autora expressa esse pensamento no seguinte trecho:

A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante. Essa mesma

realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto, os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de a conter (Minayo, 2001, p15).

O estudo de Peiter (2007) avaliou as condições de vida, saúde e serviços de saúde em populações fronteiriças brasileiras, utilizando indicadores multidimensionais que englobaram aspectos econômicos, educacionais e habitacionais. Os indicadores utilizados pelo autor para avaliar as condições de vida dos participantes do estudo foram: a renda familiar per capita; o nível de escolaridade mensurado por anos de estudo; proporção de pessoas que vivem em domicílios sem água corrente e sanitário; proporção de pessoas que vivem em domicílios com mais de duas pessoas por cômodo. O autor evidenciou uma conexão significativa entre as condições de vida, a situação de saúde e o acesso aos serviços de saúde nas regiões analisadas, indicando que as disparidades socioeconômicas observadas refletiram diretamente nos indicadores de saúde. Rocha, Marin e Macias-Seda (2020) investigaram as condições de vida, trabalho e saúde mental de trabalhadores de limpeza de dois hospitais gerais públicos, um no Brasil e outro na Espanha. As autoras utilizaram os seguintes indicadores para avaliar as condições de vida: tempo de estudo, número de pessoas que residem na casa, tipo de residência, renda familiar.

Estudos têm apontado que saúde, educação e renda exercem influência significativa sobre as condições de vida, sendo determinantes essenciais para o bem-estar e a equidade social (Peiter, 2007; Reimers, 2020; Rocha; Marin; Macias-Seda, 2020). Desigualdades estruturais frequentemente resultam em disparidades no acesso aos serviços de saúde, expondo comunidades marginalizadas a maiores riscos ambientais, menor disponibilidade de cuidados preventivos e tratamentos de qualidade, o que contribui para a elevação das taxas de doenças crônicas e mortalidade. A educação, por sua vez, desempenha um papel central na mobilidade social.

Sen (2010) propõe uma concepção ampliada de desenvolvimento, que transcende os indicadores econômicos tradicionais, como crescimento do PIB, taxas de inflação e níveis de desemprego. O autor argumenta que o desenvolvimento deve ser compreendido como um processo de ampliação das liberdades individuais e coletivas, permitindo que os indivíduos superem restrições sociais, como pobreza, falta de moradia adequada, acesso precário à educação e saúde, insegurança

alimentar e exclusão social. Para Sen, a liberdade não é apenas um fim, mas também o meio pelo qual o desenvolvimento ocorre. Dessa maneira, Sen redefine o conceito de desenvolvimento ao integrá-lo a uma perspectiva multidimensional, na qual a ampliação das liberdades deve ser o objetivo central das políticas públicas e das ações voltadas à melhoria das condições de vida da população.

Em uma perspectiva similar, com ênfase na importância da educação, Reimers (2020) examina a evolução das reformas educacionais direcionadas ao desenvolvimento integral dos indivíduos. O autor destaca que, frente às transformações tecnológicas, econômicas e sociais, os governos têm investido no fortalecimento da formação acadêmica como estratégia essencial para qualificar a população e ampliar sua participação no mercado de trabalho. Nesse sentido, a educação se configura como um instrumento essencial para a promoção de melhores condições de vida e oportunidades socioeconômicas. As desigualdades também se refletem no mercado de trabalho, onde determinados grupos enfrentam discriminação e restrições de acesso a oportunidades, perpetuando disparidades salariais e limitando a ascensão social. Esse cenário contribui para a manutenção do ciclo da pobreza, reforçando a necessidade de políticas públicas que garantam equidade no acesso à educação, saúde e emprego como meios fundamentais para a redução das desigualdades e a melhoria das condições de vida.

As condições de vida no Brasil ainda enfrentam desafios significativos, como a desigualdade social, a violência, a falta de acesso a serviços básicos e a degradação ambiental. Superar esses desafios exige um esforço conjunto da sociedade, do governo e do setor privado, com investimentos em educação, saúde, infraestrutura, saneamento, segurança pública e políticas de inclusão social. O acesso a políticas públicas eficazes é um elemento central na melhoria dessas condições. Programas de transferência de renda, ampliação do acesso à educação e investimentos em infraestrutura são algumas das estratégias possíveis para minimizar as desigualdades. Dessa forma, compreender as condições de vida requer uma análise abrangente, considerando não apenas os recursos disponíveis, mas também as oportunidades e restrições impostas pelo contexto social.

## 4.2 DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA MELHORIA NAS CONDIÇÕES DE VIDA

As desigualdades socioeconômicas no Brasil permanecem como um dos principais fatores que impactam as condições de vida da população. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023b), a concentração de renda segue elevada, com a parcela de 1% mais rica da população possuindo um rendimento médio 39,2 vezes superior ao dos 40% mais pobres. Além disso, as disparidades se manifestam em diferentes dimensões, incluindo acesso à educação, saúde, infraestrutura e oportunidades de trabalho, evidenciando a necessidade de políticas públicas direcionadas à redução dessas desigualdades.

A população de baixa renda no Brasil enfrenta múltiplos desafios estruturais que restringem seu desenvolvimento e perpetuam a vulnerabilidade social, resultando na precariedade das condições de vida. A dificuldade de acesso a serviços essenciais, como saúde, educação e saneamento, compromete diretamente o bem-estar da população e amplia as desigualdades socioeconômicas. No setor da saúde, essa restrição se reflete em piores indicadores epidemiológicos, enquanto a baixa escolaridade reduz oportunidades no mercado de trabalho, favorecendo empregos informais e remunerações insuficientes, dificultando a mobilidade social. Adicionalmente, a insegurança e a violência, mais incidentes em áreas vulneráveis, agravam as restrições à liberdade e à qualidade de vida, reforçando o ciclo da exclusão social.

Essa conjuntura não se restringe ao Brasil contemporâneo, sendo amplamente documentada na literatura científica ao longo das últimas décadas. No estudo de Barros e Mendonça (1995), que examina a evolução da distribuição de renda da população economicamente ativa no Brasil entre 1960 e 1990, os resultados indicam um aumento da desigualdade ao longo desse período e uma deterioração do bem-estar entre 1980 e 1990. Embora a análise se baseie na renda per capita, sem considerar o papel redistributivo das famílias, os achados evidenciam um declínio nas condições de vida da população em maior vulnerabilidade socioeconômica. Por outro lado, Neri (2007) identificou uma redução da desigualdade de renda entre 2001 e 2005, atribuindo esse fenômeno a políticas públicas específicas, como a implementação do Programa Bolsa Família (PBF) em 2003. O PBF resultou da unificação de programas sociais anteriores, como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação

e Auxílio Gás, promovendo a ampliação do número de beneficiários e do valor médio do benefício. No entanto, sua revogação em 2021 e substituição pelo Auxílio Brasil, posteriormente renomeado de volta a Bolsa Família em 2023, evidencia a volatilidade das políticas redistributivas. Atualmente, o programa atende aproximadamente 21 milhões de famílias, sendo a principal regra para elegibilidade a renda per capita familiar de, no máximo, R\$ 218 por mês (IBGE, 2023a). Apesar da redução da desigualdade, a desaceleração desse processo em 2005 sugere limitações estruturais que demandam ações de longo prazo para garantir sua continuidade.

O caráter estrutural da desigualdade econômica no Brasil também foi evidenciado por Trovão e Dedecca (2024), que analisaram o período de 2012 a 2019 e identificaram um nível de concentração de renda substancialmente superior ao registrado por pesquisas baseadas exclusivamente na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Seus achados apontam que a estrutura tributária brasileira contribui para a perpetuação da desigualdade patrimonial, favorecendo a manutenção de um segmento restrito da população no topo da distribuição de riqueza. Fatores como a isenção de determinados rendimentos financeiros e a não tributação da distribuição de lucros e dividendos beneficiam desproporcionalmente os estratos mais altos da sociedade, aprofundando as disparidades econômicas.

Diante desse cenário, torna-se imprescindível a implementação de políticas públicas eficazes voltadas para a redução das desigualdades e a promoção de melhores condições de vida para as populações de baixa renda. Investimentos em educação, saúde, infraestrutura e programas de combate à pobreza são estratégias fundamentais nesse processo. A promoção da saúde, em especial, emerge como um requisito essencial para a melhoria da qualidade de vida, uma vez que a saúde precária compromete o acesso à educação, a produtividade laboral e a participação social efetiva. Buss *et al.* (2020) destacam que, além do acesso a serviços de saúde, é necessário atuar sobre os determinantes sociais para reduzir as desigualdades e fortalecer estratégias como "Saúde em Todas as Políticas" e "Municípios Saudáveis". Os autores ressaltam que iniciativas de gestão pública e mobilização comunitária demonstram o potencial da abordagem intersetorial para promover o desenvolvimento sustentável e a equidade em saúde, exercendo influência direta na mitigação das desigualdades sociais e na ampliação do acesso a condições de vida dignas.

A análise das condições de vida no Brasil exige uma abordagem multidimensional que considere não apenas fatores econômicos, mas também

aspectos sociais, culturais e ambientais que moldam a realidade da população. A adoção dessa abordagem integrada permite identificar com maior precisão os mecanismos que perpetuam as desigualdades e direcionar intervenções que gerem impactos sustentáveis. O fortalecimento de políticas públicas intersectoriais, aliadas ao engajamento da sociedade civil e ao compromisso do Estado, é essencial para garantir condições de vida dignas, reduzir vulnerabilidades e construir uma sociedade mais justa e equitativa.

## 5. DIREITO À SAÚDE: AS REDES DE SUPORTE SOCIAL

O direito à saúde constitui um princípio fundamental, sustentado por normativas e políticas públicas que visam garantir condições dignas de vida e bem-estar à população. No Brasil, esse direito é respaldado por dispositivos legais, sendo a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) a principal referência. Em seu artigo 196, estabelece-se que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Neste capítulo, discutem-se as redes de suporte social, estruturadas em duas dimensões complementares. A primeira seção aborda as redes informais, representadas pelos vínculos interpessoais e comunitários que viabilizam o cuidado e a humanização da assistência. A segunda seção trata das redes formais, que englobam as políticas públicas, os serviços de saúde e as instituições responsáveis pela garantia desse direito.

Canesqui e Barsagliani (2012) descrevem o suporte social como uma rede complexa de relações, abrangendo desde o suporte familiar e grupos de autoajuda até organizações formais de pessoas com condições específicas de saúde. Essa rede baseia-se em interações, obrigações e reciprocidade entre pessoas, grupos e instituições, moldando suas experiências cotidianas. O suporte social é influenciado por transformações econômicas, sociais, políticas e culturais e sua inclusão nas políticas de proteção social é essencial, embora os autores reconheçam desafios na mediação de conflitos dentro dessas redes. A interação entre essas formas de suporte revela a complexidade do cuidado em saúde, evidenciando a necessidade de estratégias que fortaleçam tanto a assistência institucional quanto o suporte social no cotidiano das pessoas.

### 5.1 O SUPORTE SOCIAL INFORMAL

O suporte social informal compreende a rede de relações interpessoais, composta por familiares, amigos, membros da comunidade e colegas de trabalho. Essa rede oferece suporte emocional, instrumental e informacional, emergindo como

um dos mais importantes fatores determinantes da saúde física e do bem-estar. É uma rede dinâmica, pois evolui e se reconfigura ao longo da vida, adaptando-se a cada fase do desenvolvimento humano (Domingues, 2004). Ampliando a compreensão sobre o suporte social, Gueda *et al.* (2006) identificam três dimensões fundamentais dessa rede de suporte. O apoio emocional manifesta-se por meio de expressões de afeto, como a escuta empática e a oferta de conselhos, transmitindo cuidado e acolhimento. O apoio instrumental, por sua vez, envolve assistência prática e material, incluindo auxílio financeiro e na realização de atividades cotidianas. Já o apoio informacional refere-se ao compartilhamento de orientações e conhecimentos, fundamentais para a tomada de decisões e a resolução de desafios. Essa tipologia ressalta a complexidade e a amplitude do suporte social, evidenciando seu potencial para prover relações de cuidado e solidariedade.

O cuidar engloba uma série de atividades voltadas para o bem-estar do próximo e abrange atividades relacionadas à saúde, sendo uma ocupação essencial em diversos contextos sociais contemporâneos. Essas práticas de cuidado são amplamente reconhecidas e estabelecidas, cada uma delas analisada por campos específicos do conhecimento (Tartuce, 2013). Dentro desse contexto, o ato de cuidar é fundamental para a promoção de melhores condições de vida de pessoas que necessitam de assistência. O cuidado humanizado implica em atenção, preocupação, responsabilidade, respeito, amor e compromisso com as necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais das pessoas sob os cuidados, acarretando para as mesmas maior satisfação, redução da ansiedade e melhor bem-estar. A essência do cuidado humanizado reside na capacidade de estabelecer uma conexão genuína com o outro, reconhecendo sua individualidade e respeitando sua dignidade (Ghanbari-Afra; Adib-Hajbaghery; Dianat, 2022).

### **5.1.1 Rede de suporte social informal: cuidado as pessoas idosas**

O “ato de cuidar” é ainda mais amplo, pois envolve não apenas prestar assistência, mas também colocar-se no lugar do outro no contexto pessoal e social, abrangendo responsabilidade, envolvimento e compreensão da diversidade do outro (Camarano; Fernandes, 2023; Holanda, 2011). No entanto, nos últimos anos, tem-se evidenciado mudanças significativas no contexto do cuidado, impulsionadas pela inclusão de uma nova ocupação no panorama dos cuidados: o de cuidadores de

idosos. Essa transformação é reflexo não apenas das mudanças no padrão demográfico das sociedades, marcadas não só pelo envelhecimento populacional, mas também pela queda na taxa de natalidade, resultando em um menor número de filhos e, conseqüentemente, na redução da disponibilidade de pessoas para assumirem a função de cuidadores. Essa realidade tem gerado uma demanda crescente por um novo modelo de atenção e cuidado (Minayo, 2019).

Em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de Saúde Pública (Karsch, 2003). Pesquisa realizada por Matus-Lopez, Chaverri-Carvajal e Jara-Males (2022) buscou investigar os programas públicos de cuidados prolongados na Costa Rica e estimar o percentual de pessoas que necessitavam de ajuda na execução das atividades básicas da vida diária. Os autores demonstraram que 13,4% dos idosos desse país demandavam auxílio e que os cuidados eram realizados principalmente por um membro da família que não era remunerado. Ao apresentarem um panorama dessa situação na América Latina, trouxeram a informação de que no Brasil a proporção de idosos que necessitavam de ajuda para atividades da vida diária era de 11,0%.

A assistência a pessoas em situação de vulnerabilidade requer a implementação de políticas públicas que protejam tanto os beneficiários quanto os cuidadores. A articulação entre Estado e sociedade civil é essencial para fortalecer redes de suporte e aprimorar a assistência prestada. Nesse contexto, Larrañaga *et al.* (2008) analisaram o impacto do cuidado informal na saúde dos cuidadores. O estudo indicou um risco significativamente maior de comprometimento da saúde entre cuidadores, independentemente de fatores sociodemográficos, com agravamento proporcional à carga de trabalho. Os autores destacam a necessidade de políticas públicas que promovam a integração entre cuidado formal e informal, distribuindo de maneira mais equitativa as responsabilidades dentro da rede familiar e minimizando os efeitos negativos sobre a saúde dos cuidadores.

Minayo (2019) defende a implementação de ações para lidar com as consideráveis demandas associadas aos cuidados de pessoas idosas dependentes. Ela sugere, entre outras iniciativas, a necessidade de capacitar tanto os cuidadores familiares quanto os formais, além de promover programas e serviços específicos para atender a esse segmento populacional em seus diversos graus de perda de autonomia. Por sua vez, Camarano e Fernandes (2023) sustentam uma abordagem

equilibrada em relação ao cuidado familiar, reconhecendo que a família não pode ser considerada a única provedora de cuidado, nem se pode presumir sua disposição em assumir tal responsabilidade. As autoras enfatizam a necessidade de estratégias que apoiem, valorizem e capacitem os cuidadores familiares, por meio de campanhas de conscientização sobre o ônus do cuidado e da promoção da corresponsabilidade de gênero, considerando a diversidade cultural. Concluem que a defesa do direito ao cuidado e ao ato de cuidar implica, necessariamente, o reconhecimento do direito de não cuidar e de não ser cuidado, uma questão frequentemente negligenciada nas discussões sobre o tema.

Yazawa *et al.* (2023) realizaram um estudo comparativo sobre a qualidade de vida e o suporte social de 112 idosas, divididas entre cuidadoras e receptoras de cuidado em um contexto de alta vulnerabilidade social. Os resultados evidenciaram a necessidade de estratégias que promovam o fortalecimento das redes de apoio aos cuidadores, bem como sua inclusão em atividades voltadas para a promoção da saúde, visando a melhoria do bem-estar. Os autores também destacam a importância da capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para oferecer suporte qualificado aos cuidadores familiares, além da implementação de políticas públicas específicas que atendam às demandas dessa população.

## 5.2 O SUPORTE SOCIAL FORMAL: POLÍTICAS PÚBLICAS E REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A organização dos serviços de saúde em redes tem se mostrado eficaz em diversos países, resultando em melhores desfechos clínicos, redução de internações, maior satisfação dos usuários, otimização de recursos e aprimoramento da qualidade dos serviços, além de fortalecer a cooperação entre gestores (Mendes, 2011). No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam a estrutura formal de suporte social e são organizadas em três níveis assistenciais - primário, secundário e terciário - em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma RAS consiste na organização do conjunto de serviços e ações de Saúde de distintas densidades tecnológicas que, integrados por meio de estruturas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado às populações de uma região de Saúde (Brasil, 2010a). Essas redes englobam serviços e programas

estruturados para garantir um cuidado integral e coordenado à população, promovendo maior eficiência e equidade no acesso à saúde (Brasil, 2014).

As RAS são sistemas organizados que articulam serviços e ações de diferentes níveis de complexidade, integrando suporte técnico, logístico e de gestão para assegurar a continuidade e a integralidade do cuidado em uma determinada região de saúde<sup>11</sup> (Brasil, 2010). Essa estrutura visa otimizar a coordenação da assistência, promovendo maior eficiência e equidade no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2014).

A *Atenção Primária à Saúde (APS)* é a porta de entrada do sistema de saúde e tem um papel essencial na prevenção, promoção da saúde e cuidado contínuo. Os principais serviços e programas incluem: 1) Unidades Básicas de Saúde (UBS), que atendem demandas básicas de saúde e realizam acompanhamento de condições crônicas; 2) Estratégia Saúde da Família (ESF), foca na atenção domiciliar e acompanhamento contínuo das famílias; 3) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que oferece suporte especializado para equipes da ESF; 4) Programa Saúde na Escola (PSE), promove ações de saúde para crianças e adolescentes; 5) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e II), que prestam atendimento a pessoas com transtornos mentais leves e moderados e, 6) Atenção Domiciliar (Melhor em Casa), realiza o atendimento domiciliar para pessoas com dificuldade de locomoção. (incluir ref)

A *Atenção Secundária* inclui serviços especializados de média complexidade, geralmente acessíveis por encaminhamento da APS. Entre as principais redes, destacam-se: os Ambulatórios de Especialidades; os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III e CAPS AD), estes destinados a atendimento intensivo a pessoas com transtornos mentais severos e dependência química; os Serviços de Reabilitação e Centros Especializados em Reabilitação (CERs), para atendimento a pessoas com deficiência; as Policlínicas; as Unidades que concentram diversas especialidades médicas e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), destinadas ao atendimento de urgência para casos intermediários entre a Atenção Primária e a hospitalar. (incluir ref)

---

<sup>11</sup> Região de Saúde corresponde a recortes geográficos, delimitados a partir de municípios limítrofes, criados com o objetivo de organizar e integrar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada. Essa organização leva em consideração as necessidades da população, identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura (Brasil, 2010).

A Atenção Terciária à Saúde compreende serviços de alta complexidade, como hospitais de grande porte e centros de referência. Os principais serviços incluem: Hospitais Gerais e Universitários; Hospitais Especializados; Unidades de Terapia Intensiva (UTI); Serviços de Oncologia e Radioterapia e as Redes de Urgência e Emergência (RUE), que incluem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), UPA e prontos-socorros hospitalares (Brasil, 2010).

Além das redes de atenção à saúde, o país conta com sistemas complementares para o monitoramento da saúde da população. O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) é um dos principais instrumentos para acompanhar fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) na população adulta brasileira (Brasil, 2023b). Esse sistema realiza inquéritos telefônicos para coletar dados representativos das capitais dos 26 estados e do Distrito Federal, permitindo estimar a prevalência e a distribuição sociodemográfica dos principais fatores de risco relacionados a quatro grupos de DCNTs: doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas. Além do VIGITEL, o Ministério da Saúde utiliza outras pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), ampliando a vigilância sobre diferentes segmentos populacionais.

Um outro instrumento de informação do Ministério da Saúde, é o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que desempenha um papel crucial no monitoramento e gerenciamento da atenção primária à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (Brasil, 2011). Esse sistema viabiliza a distribuição gratuita de medicamentos e insumos, além de promover o acompanhamento para controle clínico e a adesão ao tratamento, reduzindo o risco de complicações e a morbimortalidade associada às doenças crônicas. Dessa forma, subsidia as políticas públicas para o planejamento e organização dos serviços de saúde, além de gerar dados epidemiológicos que permitem avaliar o impacto das políticas públicas e implementar ações mais eficazes, assegurando a continuidade e a integralidade do cuidado. Entretanto, a qualidade da assistência à saúde no Brasil permanece um desafio, agravado pela vasta extensão territorial, pela crescente população idosa (IBGE, 2023c) e pela prevalência de condições crônicas em um modelo assistencial fragmentado (Mendes, 2011). A reorganização do sistema em redes integradas, com uma atenção primária fortalecida

e coordenadora do cuidado, é fundamental para aprimorar a qualidade, os desfechos em saúde e a eficiência dos serviços, alinhando a resposta do sistema às necessidades da população. Para a efetividade dessa abordagem, é essencial a atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde, aliada ao engajamento ativo dos indivíduos, suas famílias e da comunidade (Brasil, 2023a).

### **5.2.1 Redes de suporte social formal às pessoas com amputação de membro inferior secundária ao diabetes mellitus**

Na seção anterior, foram apresentados sistemas de monitoramento da saúde dos brasileiros para identificar fatores de risco e proteção para as doenças crônicas não transmissíveis. Esses sistemas são de relevância tendo em vista a elevada prevalência das DCNTs no Brasil. Com relação, especificamente ao diabetes, dados revelam que, na região nordeste, o estado da Bahia lidera em número de casos desta condição de saúde (Macedo *et al.*, 2019). A situação com relação a prestação de serviço a essa população é preocupante uma vez que dos 417 municípios do estado, apenas oito possuem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elevado, e a oferta de serviços especializados para pessoas com diabetes, com ou sem amputação de membro inferior, é insuficiente para atender à demanda crescente (IBGE, 2022b). A desigualdade regional se reflete no acesso aos serviços de saúde. Enquanto áreas urbanas dispõem de maior estrutura, regiões rurais e remotas frequentemente carecem de serviços essenciais, como clínicas especializadas e transporte acessível (Silva, 2017). Esse cenário reforça as disparidades no atendimento e compromete a qualidade de vida das pessoas que precisam de assistência à saúde.

O crescente número de pessoas com incapacidades físicas decorrentes de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes mellitus, ou de causas externas, como acidentes e violência, impõe desafios ao Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação a proteção de pessoas com deficiência, a Portaria do Ministério da Saúde nº 793/2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, com objetivo de ampliar e qualificar o atendimento a esta população, garantindo acesso integral e equitativo aos serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação (Brasil, 2012). Um outro avanço para esse grupo foi a aprovação da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) da Pessoa com Deficiência, nº 13.146/2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, que estabelece diretrizes para

a promoção da inclusão e garantia de direitos a esta população. A LBI determina a oferta de atenção integral em todos os níveis de complexidade, incluindo visitas domiciliares, respeitando a organização das Redes de Atenção à Saúde nos territórios locais e as diretrizes do SUS, com apoio das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2015).

Apesar dos avanços e dos esforços empreendidos, diversos estudos evidenciam que pessoas com deficiência ainda enfrentam significativos entraves no acesso aos serviços de saúde. Esses desafios incluem a limitada disponibilidade de serviços especializados, barreiras organizacionais e de transporte, falhas na comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa com deficiência ou seu cuidador, além da fragilidade na implementação e efetividade das políticas públicas voltadas a esse grupo (Castro *et al.*, 2021; Clemente *et al.* 2022; Silva, 2011; Resende *et al.*, 2007). Além da escassez de serviços especializados, fatores socioculturais, como estigma e discriminação, representam barreiras adicionais à inclusão e ao acesso aos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2020). A ausência de programas eficazes de sensibilização perpetua essas dificuldades, reforçando a necessidade de investimentos em políticas públicas voltadas para a capacitação profissional e a conscientização social.

O Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA), é um serviço de atenção secundária, de referência estadual, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que oferece assistência multidisciplinar especializada a pessoas com diabetes mellitus e outras endocrinopatias. Além disso, promove a prevenção, diagnóstico e tratamento dessas condições. O CEDEBA recebe pessoas que já estão em acompanhamento na APS, compostas pelas Unidades Básica de Saúde e Programas de Saúde da Família, e que apresentam critérios para seguirem em acompanhamento contínuo com endocrinologistas. Com relação à admissão de pessoas com diabetes, os critérios são: ter DM tipo 1 ou DM 2 com nefropatia a partir do estágio 3; gestantes com diabetes ou diabetes gestacional; pessoas com complicações no pé associadas à doença arterial periférica, úlceras isquêmicas e/ou osteomielite, neuropatia de Charcot e pessoas com diabetes secundário pós-transplante de órgãos e diabetes por pancreatopatia. Não fazem parte dos critérios de matrícula pessoas em pós-operatório de amputação de membro inferior.

A assistência a pessoas com amputação exige uma abordagem integrada que contemple tanto o suporte clínico quanto a reintegração social. As redes de apoio

desempenham um papel crucial nesse processo, fornecendo suporte emocional, orientação e acesso a recursos essenciais. Entretanto, o acesso a essas redes ainda é desigual, sobretudo em regiões periféricas e de baixa renda, evidenciando a necessidade de políticas públicas que ampliem e fortaleçam tais estruturas. Embora o direito à saúde tenha ampliado as possibilidades de emancipação social para pessoas com deficiência, persistem lacunas na efetividade dos serviços de reabilitação (Almeida, 2000). A escassez de centros especializados e a alta demanda por atendimento agravam essas dificuldades, impactando diretamente a qualidade de vida dessa população. Para mitigar tais desafios, estratégias inovadoras e aprimoramento das abordagens já existentes, como acolhimento e apoio matricial, são fundamentais, especialmente diante de um contexto sociopolítico marcado por retrocessos nas políticas de inclusão e saúde (Macedo, Almeida e Arce, 2023).

No Brasil, a assistência às pessoas com amputação tem sido orientada por diretrizes nacionais, como as Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada, publicadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013b). O documento orienta equipes multiprofissionais desde a fase pré-amputação, ressaltando a importância da preparação física e emocional, até a reabilitação protética. Estudos indicam que uma abordagem precoce e multidisciplinar minimiza impactos emocionais, como luto e depressão, promovendo melhor qualidade de vida e participação social (Vargas *et al.*, 2014). No entanto, fragilidades no sistema de atenção, como a fragmentação do cuidado e o desconhecimento sobre serviços de referência, comprometem a continuidade do tratamento e reduzem a efetividade da reabilitação.

No estado da Bahia, a principal referência em reabilitação para pessoas com amputação é o Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (CEPRED), em Salvador, também vinculado à SESAB. O acesso ao serviço ocorre via Atenção Básica, com cadastramento realizado por meio do Telessaúde. Apesar da infraestrutura adequada, atendimento humanizado e equipe qualificada, a capacidade do CEPRED ainda é insuficiente para atender à demanda crescente. De acordo com dados fornecidos à pesquisadora pela Coordenação de Atenção em Reabilitação Física do CEPRED, em 2023, foram registrados 1.479 usuários com amputação de membro inferior, dos quais apenas 813 receberam próteses para amputações maiores (246 transfemorais e 567 transtibiais). Em 2024, embora a demanda tenha diminuído para 1.360 usuários, a distribuição de dispositivos protéticos aumentou significativamente, alcançando 1.202 unidades. Esse avanço

elevou a cobertura do atendimento de 55% para 88,7%, refletindo os esforços concretos na ampliação do acesso e na otimização da oferta de tecnologias assistivas (próteses), com o objetivo de atender ao maior número possível de pessoas com amputações maiores de membro inferior.

Apesar dos avanços, desafios persistem, como a demora no acesso ao tratamento e a inclusão em programas abrangentes de reabilitação, comprometendo não apenas a recuperação física, mas também a qualidade de vida e a reintegração social dos indivíduos afetados (Matos; Naves; Araújo, 2020). Para superar esses entraves, é necessário investir em estratégias que ampliem o acesso aos serviços, promovam a qualificação dos profissionais e combatam preconceitos estruturais, garantindo uma assistência equitativa e inclusiva para todas as pessoas com deficiência. Diante desse cenário, torna-se essencial garantir a assistência integral à saúde física e emocional das pessoas com amputação. A capacitação profissional e a implementação de políticas públicas eficazes são fundamentais para reduzir as desigualdades no acesso aos serviços e promover uma reabilitação eficiente. Além disso, a ampliação dos centros de referência e a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde são medidas essenciais para garantir um atendimento oportuno e eficaz.

As redes de apoio desempenham um papel essencial no cuidado, oferecendo suporte emocional, prático e social tanto para cuidadores quanto para aqueles que necessitam de assistência. No entanto, o acesso a essas redes ainda é desigual, tornando fundamental a implementação de políticas públicas que ampliem e fortaleçam essas estruturas, garantindo suporte adequado a todos os indivíduos em situação de vulnerabilidade. Além da expansão das redes, a capacitação de cuidadores é indispensável para que desempenhem suas funções de forma eficaz e sustentável. A articulação entre redes primárias, voluntariado e serviços formais, conforme preconizado pelo cuidado comunitário, busca descentralizar a assistência e fortalecer o apoio informal. Essa abordagem, entretanto, deve ir além da simples transferência de responsabilidades à família, promovendo intervenções qualificadas e reconhecendo o papel ativo das famílias e redes informais na construção de soluções para o cuidado (Serapione, 2005).

## 6. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o delineamento detalhado do percurso metodológico adotado neste estudo. Inicialmente, são apresentados os fundamentos teóricos que sustentam a escolha da abordagem qualitativa. Em seguida são descritos os procedimentos e instrumentos utilizados na coleta e análise dos dados. A descrição sistemática das etapas realizadas visa assegurar clareza, coerência e objetividade na compreensão deste estudo. Esse detalhamento permite ao leitor acompanhar o processo de construção do conhecimento produzido. Além disso, a explicitação dos métodos aplicados proporciona um direcionamento preciso, garantindo transparência na abordagem adotada e fortalecendo a confiabilidade deste estudo.

### 6.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva, adotando uma abordagem qualitativa do tipo narrativa de vida, fundamentada na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Com base no enquadramento teórico apresentado, o questionamento de partida deste estudo teve como objetivo compreender quais as repercussões da amputação maior de membro inferior secundária ao diabetes mellitus nas condições de vida de idosos submetidos a este procedimento e na de seus cuidadores familiares. Para isso, adotaram-se estratégias metodológicas fundamentadas na observação e na realização de entrevistas, possibilitando a compreensão dos significados atribuídos às vivências relatadas e fornecendo subsídios para responder aos questionamentos centrais da pesquisa.

Com base nos objetivos propostos e na necessidade de uma análise aprofundada das perspectivas de idosos com amputação e seus cuidadores familiares sobre a condição de vida após a amputação, a abordagem qualitativa revela-se a mais adequada, pois permite uma exploração detalhada das experiências vividas sob a ótica dos próprios participantes. Nesse contexto, a pesquisa narrativa se fundamenta na construção do conhecimento a partir da vivência dos sujeitos, integrando suas experiências ao referencial teórico adotado e às interpretações narrativas dos pesquisadores, favorecendo uma compreensão mais ampla e contextualizada do fenômeno estudado (Vilela; Borrego; Azevedo, 2021).

Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa fundamenta-se na compreensão aprofundada dos fenômenos sociais, valorizando a subjetividade, a diversidade e o contexto em que os indivíduos estão inseridos. A autora reforça que essa metodologia possibilita não apenas a descrição, mas também a interpretação dos sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, contribuindo para análises mais contextualizadas e reflexivas. Nesses termos, Minayo (2014, p. 21) assim define o método qualitativo como aquele,

[...] “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

De acordo com Flick (2009), essa abordagem é especialmente apropriada para investigações que buscam captar processos dinâmicos e complexos, sendo amplamente utilizada nas ciências sociais e da saúde. Geralmente, esses métodos são mais adequados para investigações que envolvem grupos e segmentos específicos, permitindo a análise das histórias sociais a partir da perspectiva dos atores, bem como a exploração de relações e a análise de discursos e documentos.

A linguagem desempenha um papel central no campo da pesquisa qualitativa, tornando-se um desafio para o pesquisador na construção de interpretações consistentes a partir do universo multifacetado das narrativas (Souza; Santos, 2020; Turato, 2005). Essa abordagem busca não apenas descrever os fenômenos estudados, mas também aprofundar a compreensão de significados, experiências e contextos, considerando a complexidade das interações humanas e sociais (Denzin; Lincoln, 2018). Esse enfoque valoriza a diversidade dos relatos e a multiplicidade de perspectivas, reconhecendo que a realidade social se manifesta por meio de diferentes vozes e formas de expressão. Assim, a abordagem qualitativa reflete uma transição paradigmática na ciência, na qual a busca por verdades universais cede espaço à compreensão da complexidade das experiências humanas e a análise cuidadosa da linguagem se entrelaçam visando desvendar a riqueza dos fenômenos sociais estudados.

Nesse contexto, a análise das narrativas torna-se um recurso essencial para compreender os processos de construção de sentido e as lógicas que orientam as ações humanas. Mais do que descrever os fenômenos, a pesquisa qualitativa busca

interpretar os significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências, considerando o contexto sociocultural no qual estão inseridos. Ao investigar a natureza dinâmica de um problema social através da lente da pesquisa qualitativa, diversas técnicas de análise se apresentam. Entre elas, destaca-se a análise de conteúdo (AC), desenvolvida por Bardin (2016). Segundo a autora, essa metodologia busca examinar o que é expresso durante uma investigação, construindo e apresentando interpretações sobre o objeto de estudo.

A pesquisa qualitativa exige uma compreensão aprofundada do fenômeno estudado, demandando tempo, experiência do pesquisador e uma análise detalhada dos dados. A validade do conhecimento científico produzido por meio dessa análise está diretamente relacionada à compreensão e aplicação sistemática da abordagem qualitativa pelo pesquisador. Estudos que exploram a percepção dos sujeitos e refletem sobre os processos de construção do conhecimento são fundamentais para aqueles que adotam essa técnica, pois contribuem para o aprimoramento metodológico e favorecem um aprofundamento teórico na análise qualitativa. Além disso, a pesquisa qualitativa é um processo contínuo, sempre aberto ao debate e à incorporação de novas contribuições da comunidade científica, ampliando perspectivas e aprofundando suas análises (Víctora; Knauth; Hassen, 2000).

## 6.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi conduzido no município de Salvador, capital do estado da Bahia. No âmbito da proposta temática desta tese, torna-se imperativo contextualizar com informações sobre a prevalência do diabetes mellitus em Salvador. De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (Brasil, 2023b), a prevalência autorreferida do DM na população brasileira na faixa etária entre 55 e 64 anos foi de 22,4%, enquanto entre indivíduos com 65 anos ou mais anos alcançou 30,3%. As prevalências reportadas pelo VIGITEL para as capitais e o Distrito Federal referem-se à população com 18 ou mais anos de idade e, especificamente em Salvador, foi estimada em 9% valor ligeiramente inferior à média nacional, que foi de 10,2% (VIGITEL, 2023). Embora não haja dados desagregados especificamente para a faixa etária de 60 anos ou mais, é possível realizar uma projeção para a capital baiana. Dessa forma, estima-se que a

prevalência do DM entre idosos em Salvador seja elevada e compatível com os índices nacionais.

### 6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo incluiu idosos<sup>12</sup> com idade igual ou maior a 60 anos, submetidos à amputação maior de membro inferior, nos níveis transtibial e transfemoral, unilateral, associada ao diabetes, realizadas no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), entre janeiro de 2023 e agosto de 2024, bem como seus cuidadores familiares, residentes no município de Salvador Bahia. A escolha do HGRS como base para a identificação dos participantes fundamenta-se em dois aspectos principais: (i) ser um centro de referência no estado da Bahia para cirurgias de amputação decorrentes do diabetes mellitus; (ii) a experiência da pesquisadora nesta instituição possibilitou a imersão nos processos assistenciais hospitalares pós-amputação. Foram incluídos na pesquisa participantes com período pós-operatório mínimo de seis meses e máximo de dois anos. A definição desse intervalo temporal justifica-se pelo fato de que, nos primeiros seis meses após a amputação, tanto a pessoa acometida quanto seus familiares encontram-se prioritariamente voltados para os cuidados com a ferida cirúrgica e os retornos frequentes às consultas médicas (Lucas *et al.*, 2010). Por outro lado, após dois anos, observa-se uma tendência à estabilização das dinâmicas familiares e das adaptações estruturais, reduzindo-se, portanto, a variabilidade das experiências de enfrentamento. A delimitação desse recorte temporal também permitiu contemplar participantes em diferentes estágios de adaptação pós-amputação, favorecendo uma análise mais ampla e comparativa das experiências ao longo do tempo. O critério de exclusão adotado foi a presença de déficit cognitivo do idoso com amputação ou do seu cuidador familiar que comprometesse a capacidade de participação na entrevista.

Para identificação e seleção dos idosos, foi realizada uma busca ativa no setor operacional do centro cirúrgico do HGRS, a fim de levantar os registros de amputações realizadas no período pré-estabelecido. A partir dessa triagem inicial, foram acessados os prontuários físicos no Serviço de Arquivamento Médico (SAME)

---

<sup>12</sup> Pelo Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), é considerado idoso qualquer pessoa com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). A escolha de pessoas idosas como critério de elegibilidade para este estudo fundamenta-se na maior incidência de amputações secundárias ao diabetes neste grupo etário (Silva *et al.*, 2021).

do hospital. Para a coleta dos dados, as pesquisadoras elaboraram um formulário específico contendo informações sociodemográficas e clínicas essenciais. O formulário contemplou os seguintes dados sociodemográficos: nome, número de registro no prontuário, sexo, data de nascimento, idade, endereço, telefone para contato e número de cadastro de pessoa física (CPF). Os clínicos incluíram tipo do diabetes, tempo de diagnóstico, quantidade de amputações realizadas data e nível da última amputação. As comorbidades investigadas foram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC) (Apêndice A).

A busca nos prontuários médicos identificou um total de 29 casos elegíveis, sendo 13 referentes ao ano de 2023 e 16 registrados entre janeiro e agosto de 2024. Deste universo, oito pacientes evoluíram para óbito hospitalar (quatro homens e quatro mulheres), resultando em 21 prontuários de pacientes elegíveis para análise subsequente. Dos 21 prontuários, nove apresentavam informações incompletas ou incorretas de contato, como ausência de registro de endereço e/ou telefone, ou números que direcionavam à caixa postal após várias tentativas de contato. Uma nova busca para localização foi realizada lançando o nome completo do paciente no Sistema Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, uma plataforma com dados cadastrais de usuários do SUS. Contudo, apesar do sistema fornecer números de celulares atualizados, os contatos revelaram-se ineficazes, com números não pertencentes aos usuários ou chamadas não atendidas. Dos 12 casos restantes, dois foram excluídos por óbito após a alta hospitalar, conforme informações obtidas. A amostra final foi composta por 10 indivíduos, compreendendo sete do sexo masculino e três do sexo feminino. Contudo, para a composição do grupo de participantes idosos com amputação, optou-se, em conjunto com a orientadora, pela adoção de um critério de equidade de gênero, com o objetivo de possibilitar uma análise comparativa mais equilibrada entre os sexos. Embora a literatura científica aponte para uma maior incidência de amputações em homens (IDF, 2021; Souza; Santos; Albuquerque, 2019), foram selecionados, intencionalmente, três homens e três mulheres. Ressalta-se que os três participantes do sexo masculino incluídos foram os primeiros a atender aos contatos telefônicos e a manifestar consentimento para participação no estudo, o que facilitou o processo de recrutamento e viabilizou a inclusão ética e espontânea de cada um deles.

Após a seleção dos seis pacientes elegíveis, foram realizados contatos telefônicos para convidá-los a participar do estudo, e todos concordaram em participar. A seleção dos cuidadores familiares ocorreu por indicação do próprio idoso com amputação, que apontou o familiar mais diretamente envolvido em seus cuidados. Esse critério permitiu identificar os cuidadores que desempenham um papel central na assistência cotidiana, garantindo a inclusão daqueles com maior envolvimento no suporte ao idoso no contexto domiciliar.

#### 6.4 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora mediante um formulário elaborado em conjunto com sua orientadora, para coleta dos dados e da pergunta norteadora. Para assegurar a pertinência das informações coletadas, foi definida a pergunta norteadora para cada grupo de participantes. Embora ambas estivessem alinhadas ao objeto de interesse da pesquisa, uma foi direcionada às pessoas acometidas pela amputação e outra, de forma específica, aos cuidadores familiares.

A coleta de dados foi realizada no ambiente domiciliar dos participantes, respeitando sua preferência quanto ao local na residência onde a entrevista seria realizada. No entanto, visando garantir a qualidade das informações coletadas, a entrevistadora solicitou previamente aos participantes que selecionassem, sempre que possível, um ambiente tranquilo, reservado e com o mínimo de interferências externas para a realização das entrevistas. Essa orientação teve como objetivo promover um clima favorável à escuta atenta, à expressão livre das experiências e ao estabelecimento de uma relação empática entre os interlocutores. A escolha do domicílio como *lócus* da pesquisa visou possibilitar uma análise mais abrangente, incluindo a observação de indicadores contextuais das condições de vida, com ênfase nas dimensões econômica e habitacional. Essa abordagem está em consonância com os princípios metodológicos da pesquisa qualitativa, que destacam a importância da observação *in loco* para a imersão no contexto dos sujeitos estudados e, conseqüentemente, uma compreensão mais aprofundada das realidades investigadas (Minayo, 2014; Silva; Souza; Freire, 2023).

Inicialmente, foram fornecidas orientações sobre a dinâmica da entrevista, incluindo a justificativa para a seleção dos participantes. A pesquisadora apresentou sua instituição de vinculação e compartilhou um breve relato sobre sua experiência na

assistência a pessoas com amputação decorrente do diabetes. Além disso, assegurou a liberdade dos participantes para compartilhar suas vivências pelo tempo que considerassem necessário, destacando a relevância de suas contribuições para o estudo. Por fim, foi facultada aos participantes a opção de escolher um pseudônimo para preservar sua identidade durante a análise e divulgação dos dados deste estudo.

Após a explanação inicial, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado separadamente para os idosos com amputação (Apêndice B) e para seus cuidadores familiares (Apêndice C). Após a assinatura do TCLE, iniciou-se a etapa de coleta de dados por meio de um formulário estruturado, aplicado diretamente aos participantes. O instrumento foi elaborado com o intuito de complementar, validar e, quando necessário, atualizar as informações sociodemográficas e clínicas previamente obtidas nos prontuários médicos, especialmente diante da identificação de lacunas ou subregistros nestas fontes. Para os idosos com amputação, o questionário incluiu os seguintes dados sociodemográficos: nome, pseudônimo escolhido, endereço/bairro de residência, CPF, sexo, data de nascimento, idade, raça/cor autodeclarada, estado civil, escolaridade, ocupação, religião, com quem mora/ idades, grau de parentesco com os coresidentes, renda familiar e quem é o familiar que mais diretamente presta os cuidados. Os dados clínicos foram: tipo do DM, tempo de diagnóstico, se tinha conhecimento das complicações associadas ao diabetes, quantidade de amputações realizadas, data e nível da última amputação. As comorbidades investigadas foram: HAS, DAP, DRC, cardiopatia/infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (Apêndice D). A utilização desse instrumento foi fundamental para assegurar a completude e a fidedignidade dos dados, contribuindo para uma caracterização mais acurada dos participantes deste estudo. Para os cuidadores familiares, foi utilizado um formulário estruturado contendo dados sociodemográficos e clínicos semelhantes aos aplicados aos participantes idosos com amputação, com exceção das questões específicas relacionadas à condição de amputação de membro inferior (Apêndice E).

Em seguida, iniciou-se a entrevista, primeiramente com o participante idoso com amputação, utilizando a seguinte pergunta norteadora: “Me fale como tem sido sua vida e da sua família após a amputação?” A partir dessa fala os participantes narraram experiências vivenciadas. Por meio da interação entre a entrevistadora e o/a entrevistado/a, foram coletadas informações com base na questão norteadora de interesse da pesquisa. Especificamente, investigou-se as mudanças ocorridas nas

condições de vida da pessoa acometida e da família; a necessidade de adaptações estruturais na residência; a capacidade de realizar atividades cotidianas; os recursos utilizados para locomoção; a percepção sobre as redes de suporte social e qualidade da assistência à saúde; o conhecimento sobre as complicações do diabetes e a adesão às práticas de autocuidado (Apêndice F).

Para a realização das entrevistas com os cuidadores familiares, foi utilizada a seguinte questão norteadora: “Me fale como tem sido sua vida desde que assumiu os cuidados com [nome idoso/a acometido/a] após a amputação?” A partir dessa pergunta, os participantes compartilharam suas experiências. Buscou-se identificar aspectos relevantes à pesquisa, incluindo: as mudanças nas condições de vida após assumir o papel de cuidador; as estratégias adotadas para desempenhar essa função; a percepção sobre as redes de suporte social disponíveis e a qualidade da assistência à saúde prestada ao familiar acometido; possíveis repercussões na própria saúde decorrentes da atividade de cuidado; e o conhecimento prévio e atual sobre as complicações relacionadas ao diabetes, bem como as medidas adotadas para prevenir novos agravos (Apêndice G). Após a narrativa do/a entrevistado/a, caso fosse identificada a necessidade de uma compreensão mais aprofundada de aspectos específicos, a pesquisadora solicitava esclarecimentos adicionais, adotando uma abordagem cuidadosa para preservar o fluxo narrativo e minimizar qualquer influência na construção do relato.

As entrevistas foram registradas por meio de gravação em áudio, utilizando o dispositivo móvel da pesquisadora, com a autorização dos participantes. Os depoimentos coletados foram integralmente transcritos pela autora do estudo, assegurando a fidelidade das informações, preservação da riqueza de detalhes e a profundidade das experiências compartilhadas, fundamentais para a análise qualitativa do estudo. A coleta dos dados ocorreu entre 5 de dezembro de 2024 e 21 de fevereiro de 2025, em local previamente acordado com os participantes, garantindo-se condições que favorecessem a escuta qualificada. Cada entrevista teve duração média de 40 minutos, sendo conduzida individualmente e registrada em áudio para posterior transcrição literal. As transcrições, realizadas no software Word, apresentaram extensão média de sete a quatorze páginas, variando conforme a densidade narrativa de cada participante. Adicionalmente, foi utilizado um diário de campo destinado ao registro de observações sobre ambiente domiciliar, local de

moradia, comportamentos, expressões não verbais, informações inesperadas, e demais elementos relevantes captados durante as entrevistas.

Para facilitar a identificação do grupo no qual os participantes estavam inseridos, nos seus depoimentos foram colocadas as letras iniciais de “ICA”, referente ao grupo do idosos com amputação e “CF”, ao dos cuidadores familiares, seguidas pelos pseudônimos por eles escolhidos.

## 6.5 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Utilizou-se o método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2016) para a interpretação dos dados. A sistematização do material analisado, buscou identificar tendências, regularidades e padrões emergentes nos discursos dos participantes. Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas sucessivas releituras para revisão e validação dos dados, minimizando possíveis distorções. Para estruturar a etapa da análise, foram elaborados pela pesquisadora quadros para a identificação de unidades de significado no material coletado, que também tiveram como base a longa experiência da pesquisadora na assistência a pessoas com perfil clínico similar ao do presente estudo.

## 6.6 PLANO DE ANÁLISE

O processo de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2016), divide-se em três etapas, que foram seguidas neste estudo. Cada etapa desempenha um papel fundamental na organização e interpretação rigorosa dos dados. Inicialmente, na fase da pré-análise, definiu-se os parâmetros da pesquisa e a base do estudo. Em seguida, o material coletado foi minuciosamente explorado e, na etapa final, os resultados foram analisados, permitindo a realização de inferências e interpretações.

A pré-análise, etapa inicial deste estudo, consistiu na organização dos depoimentos coletados nas entrevistas, que foram transcritos integralmente e submetidos a uma leitura flutuante. Em seguida, procedeu-se à exploração do material, etapa na qual as narrativas foram decompostas, possibilitando a identificação e o agrupamento de elementos convergentes e divergentes nos relatos dos participantes. Esse processo resultou na criação de unidades de significado,

associadas a códigos de identificação dos entrevistados, garantindo a estruturação sistemática da análise.

Para assegurar a conferência e validação das unidades de análise propostas, recorreu-se ao uso de três ferramentas de Inteligência Artificial (IA): os programas ChatGPT, Gemini e NotebookLM (Google). A conferência foi realizada por meio da submissão das transcrições anonimizadas a esses sistemas de IA garantindo a preservação da confidencialidade dos participantes. Para essa análise, foi utilizado o seguinte *prompt*<sup>13</sup>: *“desejo realizar uma análise de conteúdo; fazer uma proposta de códigos para esta análise, considerando a entrevista partilhadas que foram respondidas por pessoas com baixo e médio nível de escolaridade; cada elemento classificado deve pertencer apenas a uma categoria sem superposição; todas as categorias devem ser organizadas segundo o único princípio de classificação, permitindo que diferentes codificadores cheguem ao mesmo resultado; o conjunto de categorias deve ser pertinente ao material analisado”*. As três IAs geraram propostas de unidades de significação, as quais foram posteriormente comparadas com aquelas previamente elaboradas pela pesquisadora, proporcionando maior robustez à análise. O julgamento crítico da pesquisadora foi fundamental para uma interpretação criteriosa dos conteúdos emergentes.

Após a identificação das unidades de significado, estas foram agrupadas em categorias temáticas ou núcleos de significação, estabelecidos com base na experiência da pesquisadora e nos referenciais teóricos da área. Em seguida, procedeu-se ao tratamento e interpretação aprofundada dos relatos, confrontando os trechos mais representativos das narrativas dos participantes com a literatura especializada. Esse processo analítico permitiu a definição de três categorias principais que sintetizam as dimensões centrais da experiência: 1) Experiências vivenciadas com a amputação maior de membro inferior; 2) Reestruturação da vida cotidiana; e 3) Suporte Social.

---

<sup>13</sup> Prompt consiste em um comando ou instrução detalhada fornecida ao modelo de IA para orientar sua resposta e gerar um resultado mais preciso e alinhado aos objetivos da pesquisa.

## 6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com os princípios éticos que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto desta tese foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador (CEP-UCSAL), obtendo aprovação sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 78343224.2.0000.5628 e Parecer Consubstanciado nº 7.400.379 (Anexo A). A coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do CEP-UCSAL, em respeito as diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes da pesquisa foram devidamente informados sobre os objetivos, procedimentos e potenciais riscos e benefícios do estudo, sendo-lhes assegurado o direito ao anonimato e confidencialidade de seus dados. Foi-lhes garantida, ainda, o direito de recusa ou desistência da sua participação a qualquer momento, sem prejuízos, e ao acesso a informações sobre o estudo sempre que desejassem. Em atendimento ao princípio da autonomia dos participantes, todos os indivíduos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B) previamente à coleta de dados e entrevista. O TCLE foi elaborado em linguagem clara e acessível, e sua leitura e compreensão foram asseguradas antes da assinatura.

Visando assegurar o anonimato e a confidencialidade dos participantes, todas as entrevistas foram transcritas integralmente pela própria pesquisadora, sendo os informantes identificados por pseudônimos. Os dados brutos e respectivos registros transcritos foram armazenados em ambiente digital seguro, sob a guarda exclusiva da pesquisadora, e serão eliminados em até cinco anos após a conclusão do estudo, conforme estabelecido pelas diretrizes éticas e de proteção de dados pessoais.

Adicionalmente, como estratégia de preservação da identidade visual dos participantes, as fotografias registradas durante o trabalho de campo foram convertidas em ilustrações gráficas. Essa abordagem permitiu garantir o anonimato dos retratados, ao mesmo tempo em que contribuiu para a valorização estética da tese, por meio da representação simbólica dos sujeitos e contextos estudados.

## 7. TECENDO SIGNIFICADOS

Na primeira seção deste capítulo, intitulada “*Quem conta a história? Retratos e reflexos*”, apresento a caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos submetidos à amputação maior de membro inferior, bem como de seus cuidadores familiares. Esses dados constituem os “retratos”, os quais foram analisados com base na literatura científica, dando origem aos “reflexos”. Por fim, na última seção intitulada “*Narrativas em diálogo: interpretações e reflexões teóricas*”, são apresentadas três categorias analíticas emergentes da investigação, as quais são discutidas à luz das teorias pertinentes: 1) Experiências vivenciadas com a amputação maior de membro inferior; 2) Reestruturação da vida cotidiana; e 3) Suporte social.

### 7.1 QUEM CONTA A HISTÓRIA? RETRATOS E REFLEXOS

Foram analisadas doze narrativas no âmbito desta pesquisa, sendo seis provenientes de pessoas idosas submetidas à amputação maior de membro inferior e seis de seus cuidadores familiares. No Quadro 1, estão descritas as características sociodemográficas e clínicas dos participantes deste estudo. Os seis participantes idosos com amputação, identificados no Quadro 1 pela inicial “ICA” seguida de seus pseudônimos, tinham idades entre 61 e 75 anos. Quanto ao estado civil, observou-se uma distribuição heterogênea: três participantes eram casados, dois solteiros e um viúvo. No que concerne ao nível de escolaridade, a maioria dos idosos acometidos (n=5) apresentava formação de nível médio, abrangendo ensinos fundamental e médio completos e curso técnico, enquanto um deles não tinha escolaridade formal.

Em relação ao nível da amputação, quatro participantes foram submetidos à amputação transfemoral e dois à transtibial. No momento da coleta de dados, o tempo decorrido desde a realização dos procedimentos cirúrgicos variou entre 10 meses e um ano e oito meses, considerando intervenções realizadas no período de 09 de maio de 2023 a 03 de abril de 2024. A distribuição do número de amputações entre os participantes foi equitativa, com três idosos submetidos a um único procedimento cirúrgico e três a, no máximo, duas intervenções. Nos três casos de amputação única, duas foram transtibiais e uma transfemoral, demonstrando que não houve um escalonamento a partir de procedimentos prévios em níveis mais distais, como nos

artelhos ou parciais no, os quais são menos impactantes do ponto de vista biomecânico e emocional. Essa conduta pode refletir uma maior gravidade do comprometimento no membro já no momento do internamento hospitalar, exigindo intervenções mais radicais. Nos três participantes que passaram por amputações em dois tempos cirúrgicos, a segunda intervenção resultou em amputação transfemoral, representando o nível mais proximal atingido.

As amputações em nível transfemoral comprometem de forma significativa a funcionalidade, sobretudo em pessoas idosas. A perda da articulação do joelho altera a biomecânica da marcha, aumenta substancialmente o gasto energético durante a locomoção e torna o processo de reabilitação mais complexo, prolongado e, muitas vezes, menos eficaz (Salles *et al.*, 2024; Schoeller *et al.*, 2013; Ziegler *et al.*, 2020). Além disso, essa condição pode impactar negativamente a qualidade de vida e a independência funcional, dificultando a reintegração da pessoa às atividades diárias. Dessa forma, a definição do nível de amputação exige uma análise criteriosa. De acordo com Conte *et al.*, (2019), a determinação do nível de amputação com potencial de cicatrização primária representa um fator determinante para o êxito do processo de reabilitação e a otimização da capacidade funcional do paciente. Os autores observaram que, apesar do auxílio que a avaliação pré-operatória da perfusão tecidual pode oferecer ao processo decisório, a definição do nível de amputação continua sendo, predominantemente, uma decisão de natureza clínica. Fatores como o tempo de diagnóstico do diabetes, a demora na busca por atendimento, a presença de gangrena e o tabagismo foram apontados por Diniz *et al.* (2019) como determinantes relevantes para amputações mais proximais. As autoras ressaltaram a necessidade de intensificar os esforços voltados à identificação precoce de complicações e ao encaminhamento ágil das pessoas para serviços de maior complexidade.

Em nosso estudo, observou-se que o percurso prolongado enfrentado pela maioria dos participantes até a admissão em unidades hospitalares possivelmente agravou o comprometimento do membro afetado. Esse atraso pode ter resultado na inviabilidade de preservação do membro, além de ter levado à realização do procedimento em níveis mais proximais.

Adicionalmente, a adaptação às próteses transfemorais representa um desafio significativo, exigindo esforço físico e psicológico, treinamento intensivo e reeducação motora para compensar a ausência da articulação do joelho (Salles *et al.*, 2024). Esse processo demanda não apenas o engajamento do indivíduo, mas também o suporte

contínuo de uma equipe multidisciplinar e o envolvimento da família, fundamentais para a reabilitação funcional e a reintegração à vida cotidiana. Apesar do tempo de pós-operatório ter sido igual ou maior a 10 meses, apenas um participante havia recebido a prótese. A demora na aquisição deste recurso de tecnologia assistiva impacta negativamente no processo de reabilitação e, conseqüentemente, na participação social das pessoas afetadas. Miller *et al.* (2023) destacaram que a protetização precoce, nos primeiros meses pós-amputação, é fundamental devido ao período crítico de adaptação física e psicossocial do indivíduo, otimizando assim o processo de reabilitação. Para além desse benefício, Singh e Prasad (2016), em uma coorte prospectiva com 105 indivíduos submetidos à amputação de membro inferior, acompanhados por três anos, constataram que a ausência de protetização elevou em aproximadamente 2,6 vezes o risco de óbito, mesmo após o controle estatístico de outras variáveis clínicas. Os autores sugeriram que a protetização confere um benefício adicional à sobrevivência, possivelmente por facilitar a mobilidade, prevenir complicações e contribuir para melhor reintegração social e engajamento em cuidados de saúde.

Um outro aspecto observado em nosso estudo, foi a gravidade das condições de saúde dos participantes idosos acometidos, evidenciada pelas comorbidades associadas ao diagnóstico de diabetes mellitus. Todos os seis idosos submetidos à amputação apresentavam diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e doença arterial periférica. Além disso, dois participantes tinham doença renal crônica, outros dois haviam sido acometidos por acidente vascular cerebral e um apresentava histórico de dois episódios de infarto agudo do miocárdio. Essas comorbidades são comuns em pessoas com diabetes mellitus e estão associadas a um risco significativamente aumentado de complicações graves, incluindo a necessidade de novas amputações, tanto no membro residual quanto no contralateral. A presença simultânea de múltiplas condições clínicas pode ter sido um fator determinante para que metade dos participantes tenha passado por mais de uma amputação no mesmo membro. Essa realidade impõe não apenas um impacto psicológico substancial, uma vez que a perda progressiva do membro pode gerar sentimentos de deterioração física e emocional (Ratliff; Shibuya; Jupiter, 2021), mas também eleva consideravelmente o risco de mortalidade. Além disso, a associação de diferentes comorbidades compromete o prognóstico funcional e dificulta o processo de reabilitação, exigindo maior complexidade nos cuidados clínicos e suporte multidisciplinar contínuo.

Os seis cuidadores familiares, identificados no Quadro 1 pela inicial “CF” seguida de seus pseudônimos, apresentaram idades entre 42 e 67 anos, sendo que dois deles tinham 67 anos. Entre esses dois cuidadores idosos, um havia sido diagnosticado com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Adicionalmente, dois outros cuidadores também relataram ter HAS e um tinha insuficiência venosa crônica.

Embora apenas dois cuidadores tenham sido classificados como idosos, esse dado é particularmente relevante, pois evidencia uma realidade cada vez mais comum: idosos que, mesmo enfrentando suas próprias limitações físicas e comorbidades, assumem o papel de cuidadores de outros idosos com elevado grau de dependência funcional. Essa condição impõe desafios adicionais e pode comprometer significativamente a saúde física e emocional do cuidador. Segundo Schulz e Sherwood (2008), a sobrecarga vivenciada nesses casos está associada a um impacto negativo na qualidade de vida dos cuidadores, aumentando os riscos de estresse crônico, sintomas depressivos e exaustão física. Além disso, essa dinâmica de cuidado pode instaurar um ciclo de fragilidade mútua, no qual tanto o cuidador quanto a pessoa cuidada se tornam vulneráveis, demandando intervenções mais estruturadas e integradas por parte das redes de atenção à saúde e de assistência social.

No que se refere ao grau de parentesco com a pessoa idosa com amputação, observou-se uma distribuição equitativa entre diferentes vínculos familiares, incluindo filho, cônjuge, ex-companheira, filha, irmã e nora, abrangendo tanto a família nuclear quanto a extensa<sup>14</sup>. Exemplificando, o Desenho 2 mostra uma cena de um filho cuidando do pai com amputação, representando a presença do suporte familiar no contexto da deficiência adquirida. No entanto, verificou-se um predomínio do gênero feminino entre os cuidadores (n=5), corroborando com outros estudos que reportam que as mulheres assumem majoritariamente a assistência aos familiares em situação de dependência (Araújo *et al.*, 2019; Brandão *et al.*, 2017; Ceccon, *et al.*, 2021; Larrañaga *et al.*, 2008; Sousa *et al.*, 2023).

---

<sup>14</sup> A família nuclear é tradicionalmente composta por filhos, cônjuges, netos. Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos, ou da unidade do casal, formada por parentes próximos, que podem coabitar ou manter vínculos estreitos (Brasil, 2009).

**Desenho 2** - Idoso com amputação transtibial aos cuidados de seu filho.

Desenhista: César Figueirôa (2025)

Esse fenômeno está intrinsecamente relacionado a fatores socioculturais e éticos, bem como à construção histórica do papel da mulher como principal responsável pelo cuidado no ambiente familiar. Adicionalmente, reflete as desigualdades de gênero no trabalho de assistência não remunerado (Araújo *et al.*, 2019; Ceccon *et al.*, 2021; Larrañaga *et al.*, 2008; Sousa *et al.*, 2023). Brandão *et al.* (2017) ressaltam que, somado a isso, a predominância feminina nesse papel, as cuidadoras apresentam, em média, idade mediana, baixa condição socioeconômica e escolaridade limitada ao ensino fundamental incompleto. Embora a maioria dos cuidadores seja do gênero feminino, a intensidade da carga de trabalho quando no exercício do cuidado afeta homens e mulheres igualmente (Çamur; Batibay; Bayram, 2020; Larrañaga *et al.*, 2008; Silva, 2004).

Quanto ao estado civil dos cuidadores, três participantes eram solteiras, duas casadas e um divorciado. Em relação ao nível de escolaridade, a distribuição observada foi a seguinte: três cuidadores haviam concluído o ensino médio, sendo que uma dessas participantes possuía formação técnica complementar; dois tinham ensino médio incompleto; e um apresentava apenas o ensino fundamental incompleto.

No Brasil, a estrutura temporal da educação básica compreende nove anos para o ensino fundamental e três anos para o ensino médio, totalizando 12 anos de escolarização (Brasil, 1996). Os dados deste estudo indicam que metade dos cuidadores possuía menos de 12 anos de escolarização formal, o que pode comprometer a compreensão e a execução adequada das orientações relativas ao cuidado, especialmente em contextos de maior complexidade clínica, como é o perfil dos participantes idosos com amputações avaliados neste estudo.

Os participantes residiam em diferentes bairros da cidade de Salvador, incluindo IAPI, Engenho Velho, Sussuarana (conforme representado no Desenho 3 e Fotografia 1), São Marcos, Uruguai (Fotografia 2) e Sete de Abril. Esses bairros apresentam distintos níveis de vulnerabilidade social, o que pode repercutir no acesso aos serviços de saúde, à rede de apoio comunitário e às condições adequadas para o cuidado domiciliar mais eficaz aos participantes idosos com amputação maior em membro inferior.

**Desenho 3** - Representação gráfica do bairro de Sussuarana, a partir de fotografia tirada da janela de uma das residências visitadas



Desenhista: César Figueirôa (2025)

**Fotografia 1** - Acesso a uma residência no bairro de Sussuarana. Foto tirada no dia 09/01/25



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

**Fotografia 2** - Rua de acesso a uma residência no bairro do Uruguai. Foto tirada no dia 12/02/25



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

Após a amputação, dois participantes idosos começaram a receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que equivale ao valor de um salário mínimo vigente. Um terceiro participante, que era trabalhador autônomo sem contribuições previdenciárias, ainda não havia obtido o BPC nem a aposentadoria. A renda familiar dos participantes deste estudo variou entre um e três salários mínimos, configurando um perfil de vulnerabilidade socioeconômica. Essa condição pode restringir o acesso a recursos essenciais, como transporte, medicamentos, adaptações domiciliares e dispositivos de tecnologia assistiva, além de agravar a sobrecarga dos cuidadores e comprometer a continuidade do cuidado. Tais implicações foram evidenciadas nas narrativas dos idosos com amputação, que relataram dificuldades em manter os cuidados com a própria saúde, especialmente após a amputação do membro. Embora com abordagem metodológica distinta, o estudo de Cabral *et al.* (2019), realizado com 377 idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em Várzea Grande (MT), buscou compreender fatores associados à vulnerabilidade, definida como a condição que eleva o risco de declínio funcional e mortalidade. Apesar de não ter sido observada associação estatisticamente significativa entre vulnerabilidade e renda *per*

*capita*, os autores identificaram como fatores relevantes a dependência dos idosos em atividades instrumentais da vida diária, a presença de sintomas depressivos e a idade igual ou superior a 80 anos. No entanto, as narrativas dos idosos com amputação, neste estudo, evidenciaram de forma concreta como as limitações econômicas impactam diretamente o cotidiano e dificultam o acesso a cuidados adequados. Esses relatos ressaltaram a necessidade de abordagens analíticas mais amplas para compreender a complexidade do envelhecimento, especialmente quando associado a uma deficiência adquirida. Nesse sentido, Ferreira e Latorre (2012) destacaram que, embora existisse um debate consolidado sobre a influência das desigualdades sociais na saúde, as métricas comumente utilizadas ainda se concentravam em indicadores como renda e poder de compra. As autoras defenderam, portanto, a adoção de instrumentos mais sensíveis e abrangentes, capazes de capturar as múltiplas dimensões que compõem os problemas sociais e de refletir com maior precisão o funcionamento das sociedades contemporâneas.

Nesse contexto, observou-se que a vulnerabilidade socioeconômica dos participantes teve repercussões significativas na limitação do acesso à assistência adequada no período pós-amputação. A concessão de próteses e dispositivos de auxílio à marcha pelo SUS é realizada, na capital baiana, por centros especializados como o Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência (CEPRED), já mencionado no Capítulo 5. Dos seis participantes idosos com amputação, cinco realizaram o cadastro no CEPRED; entretanto, dois ainda aguardavam convocação, mesmo após um intervalo de dez meses a um ano e oito meses da amputação. Entre os três convocados, um recebeu a prótese transtibial, outro obteve uma cadeira de rodas e um outro havia realizado dois atendimentos no ambulatório de Fisioterapia. Verificou-se ainda que, dos cinco usuários de dispositivos de auxílio à marcha, três os conseguiram por meio de doações informais, principalmente de vizinhos e amigos, destacando o papel das redes comunitárias diante das falhas no atendimento público. Contudo, o uso desses dispositivos era, em geral, irregular e limitado, em função da ausência de orientação técnica quanto ao manuseio adequado.

**Quadro 1.** Características sociodemográficas e clínicas dos participantes idosos com amputação e dos seus cuidadores familiares, Salvador, Bahia, 2025.

Participantes: ICA / CF*	Idade	Sexo	Estado Civil	Nível de Escolaridade	Bairro de residência	Nível da amputação	Tempo da última amputação	Quantidade amputações realizadas	Relação de parentesco	Comorbidades
ICA “Águia”	62	F	Casada	Não estudou	São Marcos	Transfemoral	1 ano e 4 meses	Duas		HAS, DAP, AVC, IM
CF “Aiva”	42	M	Divorciado	2º grau completo					Filho	Sem comorbidades
ICA “Orvalho”	69	M	Casado	Nível técnico	IAPI	Transtibial	1 ano e 8 meses	Uma		HAS, DAP, DRC
CF “Rosa”	67	F	Casada	Médio incompleto					Esposa	DM, HAS
ICA “Hércules”	64	M	Solteiro	Fundamental completo	Engenho velho	Transfemoral	10 meses	Uma		HAS, DAP
CF “Dália”	67	F	Casada	Médio completo					Irmã	IVC
ICA “Nego”	61	M	Solteiro	2º grau completo	Sussuarana	Transtibial	1 ano e 7 meses	Uma		HAS, DAP, DRC
CF “Neu”	58	F	Solteira	Fundamental incompleto					Ex-companheira	HAS
ICA “Linda”	64	F	Viúva	Fundamental completo		Transfemoral	10 meses	Duas		HAS, DAP
CF “Liu”	45	F	Solteira	Fundamental incompleto	Uruguai				Nora	Sem comorbidades
ICA “Pérola”	75	F	Casada	Fundamental completo	Sete de Abril	Transfemoral	1 ano 6 meses	Duas		HAS, DAP, AVC
CF “Brilhante”	55	F	Solteira	Nível Técnico					Filha	HAS

\*Legenda: ICA: idoso com amputação, CF: cuidador familiar, HAS: hipertensão arterial sistêmica, DAP: doença arterial periférica, IM: infarto miocárdio, AVC: doença renal crônica, IVC: insuficiência venosa crônica  
Renda Familiar variou entre um e três salários mínimos.  
Fonte: Dados da pesquisa

## 7.2 NARRATIVAS EM DIÁLOGO: INTERPRETAÇÕES E REFLEXÕES TEÓRICAS

“Não são as adversidades em si que nos definem, mas sim a maneira como escolhemos enfrentá-las.”  
(Nelson Mandela)

As três categorias definidas para a análise do conteúdo abrangem os objetivos de interesse deste estudo. A primeira categoria, *Experiências vivenciadas com a amputação maior de membro inferior*, abrange as vivências a partir da comunicação da necessidade do procedimento da amputação, através das reações e sentimentos experienciados, bem como o retorno ao lar adaptando-se ao novo corpo e novos desafios. A segunda, *Reestruturação da vida cotidiana*, investigam-se as estratégias utilizadas pelos participantes para lidar com as dificuldades impostas pela amputação, incluindo os recursos sociais, emocionais e espirituais que auxiliam no enfrentamento da nova condição de vida. São abordados aspectos como a busca por autonomia, o papel da espiritualidade no fortalecimento da resiliência, as mudanças nos hábitos de vida e o autocuidado necessário para evitar novas complicações associadas ao diabetes. A adaptação ao ambiente domiciliar, a reorganização das atividades diárias e as expectativas quanto ao futuro também são investigadas. Por fim, a categoria *Suporte social* explora o suporte familiar e as repercussões físicas e emocionais para os cuidadores familiares. Além disso, investiga-se a percepção dos indivíduos sobre os serviços de saúde e assistência disponíveis, considerando a qualidade do atendimento, as dificuldades de acesso a recursos especializados e a efetividade do suporte oferecido por instituições públicas

### **7.2.1 Experiências vivenciadas com a amputação maior de membro inferior**

Esta categoria de análise explora as experiências relatadas pelos participantes a partir da notícia da amputação até o período do retorno ao lar. A abordagem considera os impactos físicos e emocionais decorrentes do procedimento, além dos desafios enfrentados e das estratégias adotadas para a adaptação à nova condição de vida.

### 7.2.1.1 Impacto a partir da notícia da amputação

A comunicação da necessidade de amputação surge como um momento crítico e de grande impacto para todos os envolvidos, incluindo a família, desencadeando sofrimento com distintas manifestações emocionais e psicológicas. Estudos apontam que, ao receberem essa informação, muitos indivíduos experimentam reações de choque, negação, sentimentos de tristeza, acompanhados de episódios de choro, medo em ficar dependente de ajuda e vivência do luto pela perda de parte do corpo (Seren; De Tilio, 2014; Souza; Gomes, 2021). Transtornos como ansiedade e depressão são condições recorrentes nesse contexto, frequentemente associados a preocupações com a limitação da mobilidade, perda de funcionalidade e dificuldades de adaptação às novas condições de vida. Alterações relacionadas à autoimagem corporal e à autoestima também desempenham um papel relevante na intensificação de sentimentos de frustração e insegurança (Sabino; Torquato; Pardini, 2013; Singh *et al.*, 2009). A imagem corporal, nesse cenário, configura-se como um constructo multidimensional, que abrange percepções, pensamentos, sentimentos e atitudes do sujeito em relação ao próprio corpo. Essa representação subjetiva é influenciada por vivências individuais, processos de socialização e pelos padrões socioculturais predominantes (Elias; Souza; Branco, 2023).

A rejeição à amputação é uma reação frequente nesse contexto (Batista; Luz, 2012). Gabarra e Crepaldi (2009) discutem os aspectos psicológicos da cirurgia de amputação, ressaltando que a aceitação do procedimento é um processo complexo que envolve a elaboração de sentimento de perda e adaptação a uma nova imagem corporal. Em nosso estudo, observamos que a maioria dos participantes hesitou em assinar o termo de consentimento para a realização do procedimento, não apenas devido à não conformidade em perder parte do próprio corpo, mas também pela esperança de que o procedimento pudesse ser evitado. Essa atitude de negação pode ser expressa nos fragmentos das narrativas a seguir:

Não foi fácil não. Senti um sufoco por dentro [...] eu levei uns dias para responder, pra assinar, eu levei uns dias pensando, depois falei com a filha [...] aí foi quando eu decidi fazer. (ICA Linda)

[...] Eu orei, orei, peguei o papel que ela me deu para assinar, dei a minha irmã, e disse, eu não vou assinar isso não, senti muita tristeza [...]. (ICA Hércules)

Eu não autorizei amputar a perna de minha mãe [...] ela tava com um ferimento no pé e para mim o ferimento no pé seria muito comum [...] aí o médico disse que não tinha circulação e que tinha que amputar acima do joelho [...] não autorizei e pronto. (CF Aiva)

[...] no Eládio queriam amputar a perna dela, mas o filho dela não quis. Os médicos falaram comigo depois, mas eu disse que o filho não aceitou [...] ele disse que não era pra deixar amputar a perna dela de jeito nenhum, aí foi pra o Roberto Santos, chegou lá e teve que amputar a perna dela. (CF Liu)

Embora a perda do membro seja frequentemente o foco central, outros fatores, como o medo da morte, podem influenciar significativamente a forma como a notícia é recebida. Santos *et al.* (2023) investigaram as reações psicológicas de pessoas submetidas à amputação e observaram que, para algumas, a oportunidade de continuar vivendo superava a angústia pela perda do membro. Neste estudo, observamos que, para alguns participantes, o medo da morte ou o receio de perder um familiar se sobrepôs à resistência em aceitar o procedimento de amputação. Esses relatos foram expressos como uma forma de justificativa para a decisão de assinar a autorização do procedimento cirúrgico:

[...] mas o médico disse que era melhor entregar minha mãe viva sem uma perna do que morta com as duas. (CF Aiva)

[...] é duro você ouvir que vai ter que amputar sua perna, se não amputar você morre [*“para de falar e chora”*]. (ICA Águia)

[...] quando ela foi para o hospital já tinha bicho na ferida, o pé estava horrível, aí o médico disse pra filha dela que se não amputasse a gangrena ia matar ela. (CF Liu)

A recordação do momento em que receberam a notícia sobre a necessidade da amputação evocou uma profunda carga emocional mesmo entre aqueles cuja cirurgia havia ocorrido há mais de um ano. Esse impacto evidencia a intensidade do choque inicial e a dificuldade em assimilar a perda. Seguem alguns trechos das narrativas que expressam o sentimento e as reações dos idosos com a notícia de que precisariam ser submetidos à amputação:

Ave Maria, um desastre, um desastre pra mim, um desastre ficar sem a metade de uma perna e eu que tava acostumada a sair pra tudo que é lugar, tava acostumada a sair pra trabalhar, né? [...]. (ICA Pérola)

Quando o médico disse que precisava amputar minha perna foi muito difícil, por que quando a pessoa recebe uma notícia dessa é devastadora. Fiquei muito triste, fiquei chateado, fiquei completamente perdido. (ICA Orvalho)

[...] foi um baque pra mim, entrei em pânico. Você vê, eu tinha minha vida ativa, tinha acabado de me aposentar, ainda queria trabalhar [...] tô sem trabalhar por causa da perna aqui, entendeu? (ICA Nego)

A notícia da amputação também repercutiu nos cuidadores familiares. Os trechos de algumas narrativas expressam sentimentos de desespero, tristeza e revolta:

[...] o médico disse: “bom, tem que amputar a perna”. Uma situação horrível e triste, porque a gente acostumada né? com ele o tempo todo subindo, descendo, resolvendo isso e resolvi aquilo [...]. (CF Neu)

Para mim foi muito difícil, muito difícil e triste, porque... vai me desculpando se eu me emocionar [*“pausa e chora”*] já tinha convivido com pessoas que tinham perdido a perna, muitas vezes [...], mas quando se trata do nosso, é diferente, ainda mais que a gente sabe que aquela pessoa tá ali no dia a dia com a gente, é difícil [*“pausa e volta a chorar”*]. (CF Brilhante)

Ai meu Deus, eu bem sei, pedi tanto a Deus que não fosse verdade, porque a gente já tinha passado por aquilo duas vezes no ano passado, com meu cunhado [...] e agora com meu irmão [...] foi um desespero, sabe que é um desespero [...]. (CF Dália)

Uma das narrativas apresentou um aspecto singular em relação às demais. “Rosa” relatou que, ao receber a notícia de que seu marido precisaria ser submetido à amputação, sentiu-se apreensiva pelo impacto que isso teria em sua própria vida. No entanto, seu sentimento de desamparo não estava relacionado a dificuldades financeiras, uma vez que era ela quem recebia a aposentadoria, enquanto seu marido ainda não havia obtido esse benefício. Sua preocupação residia, sobretudo, na perda da companhia e do suporte do esposo nas atividades cotidianas que realizavam juntos, evidenciando o impacto da amputação não apenas na pessoa acometida, mas também na dinâmica relacional. Ela expressou sua preocupação da seguinte forma:

[...] me senti desamparada, porque agora se eu precisar sair, eu tenho que sair sem ele, se tenho que ir no mercado, tenho que ir sem ele, tenho que ir no médico, tem que ir sem ele [...]. (CF Rosa)

No contexto da recepção da notícia, a forma como a equipe de saúde conduz a comunicação é essencial, sendo a escolha da linguagem um fator determinante para a compreensão, o processamento e a assimilação emocional da informação pelas pessoas. A utilização de expressões inadequadas e a comunicação incompleta ou inacessível comprometem a aceitação da amputação e dificultam a adaptação às mudanças impostas pela amputação, impactando todo o processo de reabilitação, (Barone *et al.* 2022; Seren; De Tilio, 2014; Steffen *et al.*, 2024). Uma comunicação inapropriada pode intensificar o sofrimento emocional, comprometer a adesão ao tratamento e impactar negativamente a recuperação (Sansom-Daly *et al.*, 2020). A seguir, transcrevo trechos de duas narrativas, que ilustram como a omissão de informações detalhadas ou uma comunicação inadequada podem impactar emocionalmente a pessoa:

[...] fui pra cirurgia, e perguntei, doutora só são os três dedos do pé, não é? [...] tomei a anestesia não vi mais nada. Quando eu acordei [...] eu olhei assim, cadê minha perna meu Deus? Chorei sozinho, por dentro né, pra ela não vê [...] é, levaram minha perna sem falar comigo. (ICA Hércules)

[...] os médicos quando trouxe a notícia acho que deveria falar com o responsável, entendeu? para o responsável filtrar a notícia para o paciente [...] e eu assinei como o responsável por minha mãe [...] de cara minha mãe teve crise de choro, passou meia hora chorando desesperada [...]. (CF Aiva)

Dessa forma, torna-se essencial que a equipe de saúde estabeleça um diálogo transparente, fornecendo o máximo de informações possíveis sobre o procedimento e esclarecendo as dúvidas, além de buscar compreender as expectativas, preocupações e níveis de ansiedade tanto da pessoa com o comprometimento quanto de seus familiares. Se esses aspectos não forem levados em consideração aumenta o risco de complicações físicas e psicológicas no pós-operatório (Cavalcanti, 1994; Souza; Gomes, 2021). A criação de expectativas irrealistas sobre a recuperação pode resultar em frustrações e sentimentos de derrota, tornando o processo de adaptação ainda mais desafiador. Para minimizar esses impactos, é fundamental realizar uma avaliação detalhada das condições físicas e emocionais de cada pessoa, permitindo o estabelecimento de metas viáveis (Smith *et al.*, 2016). Por exemplo, um idoso com amputação transfemoral tende a enfrentar maiores desafios na reabilitação e na adaptação à prótese em comparação a outro, em condições de saúde semelhantes,

mas com amputação transtibial. Metas desalinhadas com a realidade podem resultar em desmotivação e sofrimento, destacando a importância de um planejamento adequado e individualizado no processo de recuperação da pessoa acometida.

O recebimento da notícia sobre a necessidade de amputação representa, em muitos casos, um dos momentos mais traumáticos de todo o processo, acarretando alterações emocionais e comportamentais significativas (Garcia; Ribeiro, 2019). A diversidade de reações emocionais à notícia da amputação é influenciada não apenas pela maneira como a comunicação é feita, mas por diferentes fatores, incluindo o contexto socioeconômico, a presença de comorbidades prévias e a etiologia da amputação (Sabino *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2009).

A convivência com doenças crônicas, como o diabetes e doença vascular periférica, frequentemente impõe, às pessoas acometidas, longos períodos de tratamento, custos com medicamentos, internações recorrentes e quadro persistente de dor. Essa trajetória prolongada, marcada por sofrimento contínuo, pode resultar em sentimentos ambivalentes em relação à amputação, conforme apontado por Chini e Boemer (2007). Essa dualidade emocional foi corroborada pelo estudo de Lucas *et al.* (2010), que investigou a percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 sobre a amputação e suas expectativas futuras. No contexto da perda do membro, os autores observaram que a amputação pode despertar uma mistura de emoções, combinando tristeza com uma sensação de alívio. Este último, em particular, está relacionado à cessação da dor e à contenção da progressão do problema inicial, evidenciando a complexidade subjetiva dessa experiência.

No trecho de uma das narrativas podemos evidenciar essa ambiguidade entre o pesar pela perda do membro e a vontade de parar de sentir dor:

[...] eu não queria autorizar, não queria amputar, mas a dor continuava e tava tão grande que depois eu resolvi assinar [...] (ICA Hércules)

Costa (2008), questiona a visão reducionista do corpo, quando é percebido apenas a partir da experiência da doença. A autora argumenta que essa abordagem ignora o papel mais amplo do corpo na vida humana, pois entende que o corpo não é apenas um objeto afetado por condições médicas, mas um espaço onde as emoções são vivenciadas e expressas. Além disso, ele é essencial para a interação social, mediando trocas entre indivíduos e sua relevância varia conforme o contexto social e as interações em que está inserido. Essa perspectiva remete a diversas situações que

pude testemunhar na prática hospitalar, de pessoas com comprometimento grave no pé, devido a presença de úlcera isquêmica, sem possibilidade de melhora e sem qualquer funcionalidade neste segmento do corpo. Apesar do quadro clínico irreversível, a pessoa persiste em resistir aceitar a amputação, o que também é compreensível, uma vez que o segmento afetado faz parte da sua identidade corporal construída ao longo da vida. A perda de um membro, portanto, não se limita a uma questão física, mas representa também um desafio emocional e simbólico, associado à reconstrução da autoimagem e da identidade pessoal.

Uma das narrativas que pode expressar esse sentimento de não aceitação da perda do corpo, mesmo diante de uma situação incurável, foi dita pela idosa “Águia”:

Quando soube da notícia foi duro. Meu filho não queria que amputasse meu pé, mas o sangue não passava né? eu relutei muito, mas depois autorizei [...] tiraram meu pé e semanas depois a minha perna, me senti mutilada [...] (ICA Águia)

A palavra “mutilada” utilizada pela idosa reflete a profunda ruptura com sua identidade corporal, simbolizando não apenas a dor pela perda, mas principalmente pela transformação abrupta da autoimagem. Por outro lado, ao escolher o pseudônimo de Águia, quis fazer uma analogia para ilustrar a transformação. Ela justificou a escolha dizendo,

[...] então pode colocar meu nome de Águia, porque ela perde todas as penas, fica feia, mas depois volta a ficar bonita de novo. (ICA Águia)

Essa metáfora reflete a dificuldade enfrentada por pessoas que necessitam de amputação, mas também sugere a possibilidade de ressignificação dessa experiência, onde a perda pode ser vista não apenas como um fim, mas como um processo de adaptação e renovação.

Nesse contexto, se adotarmos apenas a perspectiva biomédica, o corpo de uma pessoa com diabetes submetida a amputação poderia ser visto exclusivamente pelo viés da perda e da limitação funcional. No entanto, essa visão ignora que esse corpo também é um espaço de expressão emocional, identidade e interação social. Essa pessoa pode reconstruir sua relação com o próprio corpo por meio da aceitação, da reabilitação e da adaptação ao uso de próteses. Além disso, seu corpo continua sendo um veículo de comunicação e interação com o mundo – seja pelo toque, pela

postura, ou pela maneira como se relaciona com outras pessoas. Em alguns momentos, a deficiência pode ser central na experiência da pessoa (como ao enfrentar barreiras arquitetônicas), enquanto em outros, pode não ser o foco principal (como ao compartilhar momentos de afeto e convivência). Dessa forma, o corpo não deve ser reduzido apenas à doença ou à deficiência, pois ele é um elemento dinâmico na vida emocional e social da pessoa.

Um outro aspecto fundamental a ser considerado na comunicação sobre a necessidade de amputação é a condição socioeconômica da pessoa acometida e, conseqüentemente da sua família. Indivíduos com maior estabilidade financeira tendem a ter acesso facilitado a suporte psicológico, acompanhamento fisioterapêutico e próteses de tecnologia avançada, fatores que contribuem significativamente para uma melhor adaptação ao novo contexto corporal. Em contrapartida, aqueles em situação de vulnerabilidade social enfrentam barreiras adicionais no processo de reabilitação, devido à limitação de recursos e dificuldades no acesso a serviços especializados, o que pode intensificar sentimentos de angústia, desamparo e desesperança (Souza; Gomes, 2021).

#### *7.2.1.2 Retorno ao lar: adaptando-se ao novo corpo e novos desafios*

Após a alta hospitalar, inicia-se uma outra fase marcada pelo processo de adaptação a uma nova condição de vida sem parte do próprio corpo. Esse processo pode se estender por meses ou anos, exigindo estratégias de enfrentamento tanto para a pessoa acometida quanto para seus familiares. Dentre essas estratégias, destacam-se a adequação do ambiente domiciliar para facilitar a mobilidade, o uso de dispositivos de auxílio, como cadeiras de rodas e andadores, o acompanhamento fisioterapêutico para a reabilitação funcional e o suporte psicológico e familiar (Brasil, 2013b; Broomhead *et al.*, 2016). A seguir, são apresentados trechos das narrativas que evidenciam as percepções e sentimentos de alguns participantes durante a fase inicial do pós-operatório:

[...] eu faço um comparativo com a guerra do Iraque, quando os Estados Unidos invadiram o Iraque, a guerra foi só quando invadiu, a guerra começa quando amputa. Não é tão invasivo a amputação como o pós-operatório. A questão dos danos psicológicos, os cuidados....eh... a alimentação, tudo que o diabético come vira açúcar, é uma guerra diária [...] (CF Aiva)

[...] os três primeiros meses foi horrível, eu não conseguia, dava vontade de chorar todo dia, quando via a perna desse jeito, que eu precisava de tudo aqui, sem costume nenhum, pra subir essa escada aqui, só subia carregado, entendeu? (ICA Nego)

Logo no começo, até pra tomar banho ela tinha que me ajudar aqui, que eu não conseguia tomar banho sozinho, pra vestir a roupa, tomar banho era um sacrifício [...] pra ir ao banheiro, eu ainda preciso da ajuda da minha mulher ou dos meus netos quando eles estão aqui. Eu tomo meu banho sozinho, tal, mas pra sair da cadeira, alguém tem que segurar a cadeira pra eu sair pra outra cadeira. (ICA Orvalho)

Após a amputação, os seis primeiros meses, representam o período crítico para a cicatrização da ferida cirúrgica, especialmente em idosos com diabetes mellitus e doença arterial periférica. A otimização deste processo é fundamental para minimizar o risco de complicações e promover uma recuperação adequada. Corroborando essa perspectiva, o estudo de Lucas *et al.* (2010) enfatizou a relevância dos cuidados com a ferida operatória, notadamente a correta realização dos curativos, como estratégia profilática para amputações subsequentes e para a mitigação do sofrimento físico e psíquico associado.

É inquestionável que os cuidados com o curativo da ferida cirúrgica são fundamentais na fase crítica do pós-operatório, período em que músculos, ossos, nervos e vasos sanguíneos recentemente seccionados ainda estão em processo de cicatrização. No entanto, surge um questionamento essencial: quem, dentro da família, está devidamente preparado para assumir essa responsabilidade? Para aqueles que possuem recursos financeiros, a contratação de um cuidador profissional pode minimizar essa dificuldade. Entretanto, para aqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica, essa tarefa recai sobre familiares que, na maioria dos casos, não possuem treinamento adequado para a realização dos curativos, o que pode comprometer o processo de recuperação. Além disso, o próprio aspecto do membro amputado representa um desafio adicional, especialmente para aqueles que não estão habituados a lidar com esse tipo de acometimento. Esses fatores podem gerar barreiras emocionais e psicológicas, tornando a adaptação ainda mais complexa para a pessoa com amputação e seus familiares. Dessa forma, é de suma importância que sejam dadas orientações à família e ao próprio idoso afetado quanto aos cuidados com o membro amputado e a prevenção de complicações, como úlceras de pressão e infecções, uma vez que nos primeiros meses de pós-operatório é frequente a

ocorrência de reinternações devido a complicações, como infecções da ferida operatória ou surgimentos de lesões no pé do membro contralateral (Armstrong; Boulton; Bus, 2017; Boulton; Armstrong; Löndahl, 2022).

O enfrentamento emocional após a amputação ocorre em diferentes fases. Estudos descrevem um percurso psicológico semelhante ao luto, com estágios que incluem negação, raiva, tristeza, aceitação e adaptação (Batista; Luz, 2012; Bergo; Prebianchi, 2018). A duração e a intensidade dessas reações variam conforme fatores individuais, sociais e contextuais, influenciando diretamente o processo de reabilitação e qualidade de vida das pessoas afetadas. A aceitação da perda do membro e reintegração social são etapas fundamentais para a qualidade de vida da pessoa com amputação, exigindo suporte social e psicológico contínuos. As pessoas afetadas vivenciam a amputação como uma ruptura na sua relação com o próprio corpo, alterando a sua autoimagem, ou seja, alterando a percepção de si e a forma como se movem e interagem com o mundo (Chini; Boemer, 2007). Os três fragmentos a seguir representam o sentimento dos idosos com amputação sobre sua autoimagem:

Nos meus sonhos eu ainda estou com minha perna, né? Se a senhora vê, parece verdade, eu me vejo cozinhando, arrumando minha casinha, aí quando me acordo fico triste que vejo que não tenho minha perna [...] (ICA Águia)

Quando eu cheguei em casa, meu neto ficou olhando para mim [...] disse que eu parecia o Saci [...] fiquei triste porque não tinha mais jeito, não ia ter minha perna de volta, mas isso é coisa de criança. (ICA Pérola)

Eu sempre fui uma pessoa ativa, gostava de praticar esportes, jogar bola [...] quando eu me vejo assim sem a perna, não quero acreditar, a ficha não caiu [...] é duro você se vê dessa forma e que isso aconteceu. (ICA Nego)

A perda de uma parte de si é uma experiência complexa e multidimensional, que vai além do aspecto físico, afetando a totalidade da existência da pessoa e demandando um cuidado integral (Chini; Boemer, 2007). O processo de readaptação à nova condição de vida envolve múltiplos aspectos inter-relacionados, desde a cicatrização da ferida operatória até o suporte emocional e social fornecido pela família e profissionais de saúde. Esse suporte é essencial para a transição entre os estágios do ajustamento psicológico contribuindo para a resignificação da perda, a recuperação da autonomia e a melhoria das condições de vida da pessoa acometida

pela amputação (Santos *et al.*, 2023). Compreender a percepção de quem vivencia a amputação é essencial para a oferta de um suporte verdadeiramente adequado e humanizado, que vá além das necessidades clínicas e abarque a complexidade da experiência individual. Isso exige um cuidado integral, capaz de considerar não apenas os aspectos físicos, mas também as dimensões psíquica, social e espiritual, promovendo um processo de reabilitação mais eficaz e significativo para a qualidade de vida dessas pessoas.

### **7.2.2 Reestruturação da vida cotidiana**

A amputação, seja por trauma ou por doença crônica não transmissível, representa um evento marcante na vida de qualquer pessoa, desencadeando um longo e complexo processo de resignificação da vida. As estratégias de enfrentamento adotadas ao longo desse processo são imprescindíveis para a adaptação e o bem-estar da pessoa, influenciando diretamente sua capacidade de retomar atividades diárias, relacionamentos e projetos de vida. A superação das limitações físicas e psicológicas impostas pela amputação exige não apenas a reabilitação física, mas também o enfrentamento de desafios emocionais, sociais e práticos. A forma como o indivíduo lida com essas mudanças, suas crenças, valores e o suporte social disponível desempenham um papel fundamental nesse processo de reconstrução da vida cotidiana (Gabarra; Crepaldi, 2009).

#### **7.2.2.1 Perda da autonomia**

A perda da autonomia, a falta de acessibilidade, a forma como a pessoa se enxerga e o capacitismo<sup>15</sup>, podem ter grande impacto nas condições de vida da pessoa acometida pela amputação maior de membro inferior, contribuindo para o isolamento social. Infraestrutura inadequada, ausência de transporte público adaptado e barreiras arquitetônicas limitam a participação dessas pessoas em atividades sociais e comunitárias, contribuindo para sentimentos de solidão e exclusão. Santos *et al.*

---

<sup>15</sup> Capacitismo, pode ser considerado como uma forma de opressão que define o indivíduo com base na crença de que pessoas com deficiências são incapazes de realizar diversas atividades, devido à sua conformação corporal ou mental ser considerada fora do padrão estabelecido como normal. (Lage; Lunardelli; Kawakami, 2023)

(2019) apontam que a perda da autonomia funcional é percebida de forma marcadamente negativa pelas pessoas submetidas à amputação, especialmente nos casos de amputações maiores. Essa limitação imposta pela nova condição física intensifica o sentimento de vulnerabilidade, tornando o processo de amputação uma experiência traumática e frequentemente associada ao medo e à insegurança quanto à própria capacidade de realização das atividades diárias.

As imagens a seguir ilustram exemplos de algumas das condições observadas pela pesquisadora durante as visitas nos domicílios dos participantes, evidenciando os desafios enfrentados quanto ao acesso a própria residência. Muitas casas estavam localizadas em áreas de difícil acesso, com ladeiras íngremes ou vielas estreitas, onde o trajeto exigia o uso de longas escadarias, em sua maioria sem corrimão (Fotografia 3). Além disso, observou-se a ausência de condições adequadas de acessibilidade e mobilidade no interior das residências. Das seis residências visitadas, três apresentavam escadas extensas, com degraus altos e irregulares. (Fotografias 4 e 5). Destas, duas moradias apresentavam ampliações verticais, com dois a três pavimentos conectados por escadas construídas de forma inadequada, representando um risco até mesmo para quem não tem problema de mobilidade.

**Fotografia 3** - Acesso a uma residência no bairro de Sussuarana. Foto tirada no dia 09/01/25



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

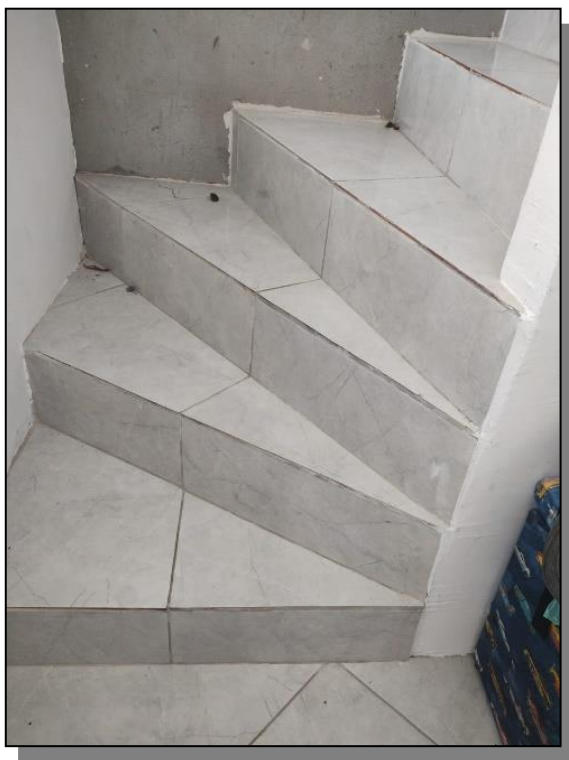
**Fotografia 4** - Escadas de uma residência no bairro do Uruguai.



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

No interior dos domicílios, foram identificadas barreiras adicionais, como portas estreitas que impediam a passagem de cadeiras de rodas ou cadeiras improvisadas (Fotografia 6) e a falta de acessibilidade aos banheiros. Essas limitações estruturais impunham desafios significativos à rotina das famílias, levando, em dois casos, os idosos a dormirem na sala, devido à impossibilidade de acesso aos quartos. Essa descrição representa um breve relato das observações da pesquisadora, refletindo a condição de vulnerabilidade vivenciada pela maioria das famílias participantes deste estudo.

**Fotografia 5** - Escada com degraus irregulares de difícil acesso.



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

**Fotografia 6** - Idosa em cadeira improvisada para se deslocar na casa, sendo puxada pela filha.



Fonte: arquivo pessoal da pesquisadora

A seguir transcrevo alguns fragmentos das narrativas nas quais é possível perceber o impacto da falta de acessibilidade nas residências dos participantes após a amputação:

Eu só saio para ir fazer hemodiálise, mas tem que alguém me carregar nas escadas [...] meus netos ajudam, mas eles trabalham, então as vezes em desço sentado com o bumbum [...] essa é minha vida. (ICA Orvalho)

[...] foi duro, quando eu cheguei em casa eu pensava que ia lavar a roupa, ia colocar na máquina, que eu ia fazer minha comida, mas não é em todo o lugar que a cadeira de rodas chega, se chegasse eu fazia tudo. (ICA Águia)

Tudo modificou, tudo modificou, não me movimento direito em casa, parei de fazer certas coisas, entendeu? não vou mais, assim, na beira do fogão pra fazer nada, entendeu? [...] (ICA Pérola)

[...] praticamente não vou no pé do fogão, não vou no pé da pia, porque não tem altura, aí peço pra pegar uma água, peço pra me dar um banho, peço pra me levar na sala [...] (ICA Linda)

A falta de acessibilidade também se dá fora do ambiente domiciliar, impactando diretamente a vida social dos participantes com amputação. Um exemplo é o relato de um cuidador familiar, que descreve a impossibilidade de sua mãe idosa frequentar a igreja após a amputação, o que causa bastante tristeza para ela:

[...] a estrutura pra um cadeirante é horrível. Pra você ter uma ideia, ela é cristã, eu levei ela numa igreja que tava em reforma, até aí tudo bem, tive que tirar ela da cadeira para colocar ela num vaso sanitário, uma complicação horrível pra levar [...] a igreja dela fica aqui próximo, ela não vai pra igreja, porque não tem banheiro para cadeirante, não tem estrutura para abrigar ela na igreja, porque ela toma diurético, então ela precisa ir no banheiro. Então ela fica com receio de ir no banheiro e na hora de ir no banheiro como é que faz? (CF Aiva)

Em uma das narrativas, observa-se que a família optou por acomodar o idoso com amputação em um andar de difícil acesso, devido aos três lances de escada, restringindo sua autonomia. A cuidadora justificou a decisão como uma medida protetiva, destacando o receio dele querer sair e ter uma recaída no consumo de álcool ou o risco de acontecer um acidente com ele.

[...] ajeitamos esse espaço no terceiro andar, pra ele ficar. É melhor que ele fique lá, porque dá uma dificuldade pra ele poder sair pra fazer besteira [...]. hoje a gente vê que isso é uma verdade. (CF Neu)

Em contraponto, outras narrativas demonstram o interesse da família em promover a autonomia do familiar afetado.

[...] a gente morava numa casa lá em cima, sem estrutura nenhuma, um lugar que não tinha espaço [...] aluguei essa casa aqui debaixo, é uma casa que dá mais conforto para ela ter um quarto inteiro para ela, o maior quarto da casa é o dela, então tudo é voltado hoje pra ela [...] tudo o que a gente pode fazer por ela a gente faz, [...] eu montei no banheiro uma forma dela ir só [...] ter um pouco de, como é que eu posso te dizer? autonomia. A gente invalida a pessoa, nós a cada dia que passa você invalida, você não pode, você não pode, só usa isso. A palavra para o amputado é, você não pode, cuidado, você não pode, você não pode, pelo contrário tudo que digo a ela é, você pode, você deve, você tem que levantar, ter independência. (CF Aiva)

[...] minha filha conseguiu a cadeira de rodas, mas não dava pra chegar na cama [...] aí ela mudou o guarda-roupa de lugar e encostou a mesa da sala na parede da janela. Agora eu consigo fazer melhor as coisas, até arrumo o guarda-roupa. (ICA Pérola)

Algumas narrativas evidenciam que a perda da autonomia impactou diretamente o convívio social, limitando a participação em atividades cotidianas e restringindo interações, o que, em muitos casos, resultou em sentimentos de isolamento e exclusão:

[...] eu me aposentei, aconteceu isso aqui [...] aí a vida virou de cabeça pra baixo, porque eu passei a depender dos outros pra tudo, pra descer essa escada aí eu tenho medo de cair embolando. [...] agora sumiu os amigos, num grupo aqui tem 50 pessoas, só dois vem aqui, ninguém vem aqui [...] não saio pra lugar nenhum a não ser pra ir pra médico. (ICA Nego)

[...] a minha vida é isso aqui, presa dentro de casa, entre quatro paredes, saio uma vez ou outra quando vou pro médico [...] assisto a televisão, só a televisão, quando passa a novela, um filme, aí assisto. (ICA Linda)

[...] atualmente a vida tá prosseguindo, não como antes, entendeu? Mudou muita coisa em relação a minha vida, não saio mais de casa, não vou pra lugar nenhum depois que aconteceu isso aqui comigo. (ICA Hércules)

É crucial reconhecer que a nova configuração corporal exige adaptações abrangentes em muitos aspectos como mencionados anteriormente. A superação dos desafios impostos pelo ambiente requer um olhar atento para a acessibilidade, a fim de garantir a inclusão plena e o respeito à dignidade da pessoa com uma deficiência adquirida.

#### *7.2.2.2 Adaptações no ambiente domiciliar: estruturando um espaço para todos*

Além do suporte social, adaptações no ambiente domiciliar são essenciais para garantir a segurança e a funcionalidade de idosos com amputação de membro inferior. O envelhecimento, por si só, aumenta o risco de quedas devido à fragilidade musculoesquelética e sensorial, e a perda de um membro inferior impõe desafios adicionais a essa população. Diante desse cenário, modificações no ambiente tornam-se indispensáveis para minimizar riscos e promover maior autonomia. Modificações estruturais, como a instalação de barras de apoio em banheiros, corrimãos em escadas, remoção de obstáculos no chão e melhoria da iluminação, especialmente no período noturno, são fundamentais para a prevenção de quedas. As estratégias de adaptação também incluem o uso de dispositivos auxiliares, como cadeira de rodas, andadores e muletas, além da utilização de próteses, quando possível. Rampas, pisos antiderrapantes e mobiliário ajustado à altura da pessoa com amputação também são estratégias importantes (Brasil, 2013b). A seguir, apresentam-se trechos de narrativas que descrevem adaptações realizadas ou planejadas para o domicílio:

[...] mudou só no banheiro, coloquei um corrimão, uma barra para tomar banho em pé, dividiu a casa depois da amputação. Enquanto eu estava na casa da minha outra irmã, aqui tava reformando para eu poder ficar. (ICA Hércules)

[...] Coloquei uma cadeira de banho e uma barra no box, aí hoje não, eu vou no banheiro, tomo banho sozinho, boto minha roupa, me enxugo, só não faço comida. (ICA Orvalho)

[...] eu ando de passo em passo subindo o degrau, porque se eu correr, me tropeçar, vou descer a escada me embolando. Ficou horrível, mas peguei a prática com a muleta. Já vou comprar uns corrimão pra botar aqui na escadaria, aí vai ficar fácil, para eu descer com mais facilidade [...] (ICA Nego)

[...] então o importante é a estrutura que inclusive já falei pra ela que eu vou baixar aquela pia ali [...] porque ela quer lavar a roupa, lavar alguns paninhos e eu prometi pra ela. (ICA Aiva)

Um outro problema frequente em pessoas que sofreram amputação e que exige adaptações no ambiente doméstico é a sensação do membro fantasma. Esse sintoma corresponde a um fenômeno neurológico complexo no qual a pessoa continua a sentir a presença do membro ausente. Essa sensação pode persistir por longos períodos, variando desde a ilusão vívida do movimento do membro fantasma ou apenas a sensação de sua existência (Demidoff; Pacheco; Sholl-Franco, 2007; Flor *et al.*, 2006). Esse fenômeno pode induzir comportamentos involuntários, como tentar apoiar-se no membro residual ao levantar-se da cama ou da cadeira, o que aumenta o risco de quedas. Uma adaptação importante para pessoas que sofreram amputação de um membro inferior é a recomendação de posicionar um dos lados da cama contra a parede e orientar a pessoa a deitar-se de maneira que facilite a saída da cama pelo lado do membro remanescente. Essa prática visa reduzir o risco de quedas, considerando a presença de sensação de membro fantasma. Portanto, a adoção de estratégias para a adaptação do ambiente doméstico e a conscientização sobre os riscos são essenciais para uma condição de vida mais segura e eficaz.

Todos os participantes com amputação relataram a persistência da sensação do membro fantasma, independentemente do tempo decorrido desde a cirurgia, incluindo aqueles que passaram pelo procedimento há quase dois anos. No entanto, apenas três receberam orientações sobre estratégias para minimizar os sintomas. Um dos idosos foi instruído durante o processo de reabilitação no CEPRED, ao receber a prótese e participar de atendimentos fisioterapêuticos. O outro por haver participado de dois atendimentos na clínica escola de Fisioterapia da UNEB em uma extensão para pessoas com amputação. Uma idosa teve acesso a informações e cuidados por meio da filha, técnica de enfermagem, que forneceu orientações e viabilizou dois atendimentos de Fisioterapia no ambulatório do hospital onde trabalha. Os relatos a seguir ilustram as falas sobre a sensação do membro fantasma, incluindo algumas ações mencionadas por dois idosos para minimizar os sintomas:

[...] tem horas que eu vou sair da cama e penso que ainda tem o pé.  
Um dia quase que caio. (ICA Linda)

Ainda sinto meu pé, sinto coçando [...] no hospital mandaram eu enfaixar, só não tô agora porque vou tomar banho, mas eu fico sempre. (ICA Pérola)

[...] não é sempre que eu sinto o pé não, mas de repente dá umas pontadas e queima, aí eu faço massagem no coto né? e enfaixo. (ICA Hércules)

### 7.2.2.3 *Diabetes mellitus e o autocuidado*

A compreensão prática sobre o manejo do diabetes transforma o autocuidado em uma ação significativa e proativa, em vez de uma resposta passiva à esta condição clínica. Mesmo diante de obstáculos financeiros e sociais, esse saber promove o empoderamento, permitindo que a pessoa adote comportamentos que priorizem sua saúde e bem-estar (SBD, 2019). No estudo conduzido por Almousa; Hakami; Qutob (2023), foram investigados os níveis de conhecimento, atitudes e práticas relacionadas ao diabetes tipo 2, e a associação com o perfil socioeconômico de 936 participantes com esta condição crônica. Os achados revelaram que aspectos relevantes do manejo do DM2 estavam significativamente correlacionados a variáveis como histórico familiar da doença, tempo de diagnóstico, tipo de unidade de saúde frequentada e experiência do profissional de saúde responsável pelo cuidado. Os autores ressaltam que o conhecimento adequado, aliado a práticas de autocuidado eficazes, exerce papel essencial na prevenção de complicações associadas ao diabetes, reforçando a necessidade de estratégias educativas contínuas voltadas para esse público.

A falta de conhecimento sobre as complicações associadas ao diabetes, como doenças cardiovasculares, neuropatia e retinopatia, pode resultar em um controle inadequado da doença, elevando o risco de complicações adicionais. Esse fato foi evidenciado na pesquisa de Cisneros (2005), na qual a autora identificou que uma parte significativa das pessoas com diabetes desconhecia a gravidade desta condição e só percebiam sua seriedade ao serem afetadas por complicações como amputações ou sequelas neuropáticas. Esses achados são consistentes com outras pesquisas que indicam que a demora no diagnóstico e na implementação de um tratamento adequado eleva o risco de infecção e gangrena, contribuindo para altas taxas de amputação e mortalidade (Armstrong; Boulton; Bus, 2017; Boulton; Armstrong; Löndahl, 2022; Schaper et al., 2020).

Alves e Laporta (2020) investigaram a associação entre fatores demográficos, socioeconômicos, clínicos, epidemiológicos e de atenção primária à saúde com a

gravidade das amputações de membros inferiores em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Os resultados indicaram que a elevada prevalência de amputações de maior gravidade esteve associada à ausência de orientações específicas sobre o risco de amputação relacionadas ao diabetes mellitus durante a atenção primária à saúde. Além disso, a pesquisa ressalta a importância de um modelo de cuidado que inclua a educação continuada e o monitoramento ativo das pessoas com DM, com ênfase na prevenção de complicações. A ausência de intervenções educativas claras sobre o manejo do diabetes pode comprometer a adesão ao tratamento, diminuindo a capacidade da pessoa de gerenciar sua condição de forma eficaz. Isso reforça a necessidade de estratégias de saúde pública que integrem educação, acompanhamento regular e orientação adequada desde os estágios iniciais do diabetes, garantindo um cuidado mais integral e reduzindo as taxas de complicações e amputações.

A falta de informação e conhecimento sobre o diabetes se manifestou em várias narrativas, muitos participantes passaram a conhecer mais sobre o diabetes após o familiar ter sofrido a amputação. Um participante idoso com amputação informou que só foi descobrir que tinha diabetes no momento do internamento hospitalar, mesmo sabendo do histórico de diabetes na família. A seguir alguns fragmentos nos quais é possível verificar a falta de conhecimento sobre o diabetes e a falta do autocuidado necessário para a prevenção de complicações:

[...] não conhecia não, depois foi que eu vim conhecer as complicações que a diabetes causa, [...] como aconteceu com ele né? dele ficar sem a visão, perder um membro do corpo [...] o problema da cegueira também...eh...é até aí que eu sei de diabetes, hoje eu me cuido. (CF Rosa)

[...] não, eu nunca me cuidei. Eu tenho uns 20 anos ou mais que sou diabético [...] quase 30 anos que eu sou diabético, mas era só trabalhar, vamos para casa e tal, eu vou tomar uma cerveja e tal [...]. (ICA Orvalho)

O único problema que acontece é não sarar o ferimento, não ter irrigação, [...] a perna não tem circulação, então a diabetes ela afeta tudo [...] aquele ferimento que você teve não irriga, vai necrosar, porque o sangue não vai chegar e vai ter que amputar [...] quando eu vi que minha mãe, ela tava com um ferimento no pé e para mim o ferimento no pé seria muito comum ferimentos no pé. Eu não conhecia o pé diabético. Minha mãe amputou a perna porque ela calçou um sapato sem palmilha, isso é um absurdo. Ela nunca deveria ter calçado

aquele sapato [...] tinha que ter outdoor esclarecendo o que é o pé diabético. (CF Aiva)

[...] meu irmão e meu cunhado eram diabéticos, até amputaram as pernas, meu cunhado amputou as duas e depois morreu, mas eu não sabia que eu também era, se eu soubesse não tinha acontecido isso aqui comigo (*“mostra a perna amputada”*). (ICA Hércules)

[...] não, sabia não, mas eu sou curiosa, aí quando passava a “mão de Deus”, que eu assisto muito, o que o diabetes faz se você não cuidar. Se eu tivesse cuidado antes, da vez que eu tava boa, era pouca coisa que eu sentia, mas era diabética. (ICA Águia)

Para um cuidador familiar, o impacto da mãe ter sofrido duas amputações em menos de dois meses, gerou um sentimento de frustração e raiva, principalmente pela percepção de que nunca houve uma abordagem preventiva adequada, considerando que sua mãe já tinha o diagnóstico de diabetes e, segundo ele, os pés dela nunca haviam sido examinados. Em seu relato, destacou que sentiu a necessidade de disseminar informações sobre as complicações que o diabetes pode causar nos pés. Para isso, ele criou uma conta no Instagram com o propósito de compartilhar informações educativas sobre o tema, visando aumentar a conscientização:

[...] eu fiz até um Instagram para mim e pra ela, eu divulguei sobre o pé diabético, eu fiz a divulgação de pé diabético, mas ninguém está interessado, parece que não é o interesse das pessoas, as pessoas só se interessam quando sofrem e ali eu vi o depoimento de gente que está em casa depressivo por causa da diabetes, outros que fingem não ter diabetes [...] a diabetes ela te impede de fazer outras coisas que você mais gosta, que é comer o que você gosta, você não pode comer. (CF Aiva)

A negação é uma reação comum após o diagnóstico de diabetes, na qual a pessoa pode minimizar ou ignorar a gravidade da doença, atrasando medidas essenciais para o seu manejo adequado. Essa atitude pode levar a complicações mais sérias, devido à falta de controle adequado da condição (SBD, 2019). Dessa forma, a falta de reconhecimento de que tem diabetes também pode resultar em comportamentos de risco, como a não adesão a mudanças no estilo de vida e ao regime terapêutico recomendado.

Em um dos depoimentos, foi possível identificar a negação do diagnóstico de diabetes, o que resultou no agravamento do quadro clínico e na consequente amputação primária no nível transfemoral desta participante:

[...] falavam que eu não podia comer açúcar, não podia não sei o que, um bocadinho de coisas [...], mas eu achava que não era diabética, comia tudo que é besteira. (ICA Linda)

O conhecimento capacita a pessoa a transformar o medo do diabetes em autonomia para o autocuidado. O manejo do diabetes mellitus exige um compromisso contínuo com o autocuidado, englobando não apenas o controle glicêmico, mas também a manutenção da saúde física e mental. A adesão a práticas de autocuidado impacta diretamente na prevenção de complicações agudas e crônicas, melhorando significativamente as condições de vida das pessoas acometidas. A inspeção diária dos pés e cuidados adequados previnem lesões e infecções, especialmente em pessoas com neuropatia diabética. O acompanhamento médico regular, incluindo consultas periódicas com profissionais de saúde, é crucial para o monitoramento da progressão da doença, ajustes terapêuticos e prevenção de complicações (SBD, 2019; Schaper *et al.*, 2020).

Pesquisa realizada por Suplici *et al.* (2021), sobre a adesão ao autocuidado em pacientes com diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde, indicou um cumprimento insatisfatório às práticas essenciais de autocuidado, como manter uma alimentação saudável, praticar atividades físicas e realizar a monitorização regular da glicemia. As autoras concluíram que fatores como a dificuldade em modificar hábitos, limitações financeiras e a ausência de suporte familiar ou social desempenharam um papel significativo na baixa adesão a essas práticas. A proliferação de aplicativos móveis de saúde representa um recurso potencialmente valioso para o monitoramento e suporte instrumental de indivíduos com diversas condições clínicas, incluindo o diabetes mellitus. Contudo, Lemos *et al.* (2023) observaram que tais aplicativos, especificamente aqueles direcionados ao diabetes, tendem a priorizar o monitoramento glicêmico em detrimento de uma abordagem abrangente que englobe educação e modificação comportamental. As autoras propõem, portanto, o desenvolvimento de ferramentas auxiliares que otimizem a interação entre os aplicativos e seus usuários, visando aprimorar a efetividade do gerenciamento do diabetes.

Em nosso estudo, constatou-se que as informações fornecidas aos participantes sobre os cuidados com o pé do membro remanescente, a dieta e a prática de exercícios eram rudimentares. Dos seis participantes submetidos à amputação, três receberam orientações mais genéricas sobre esses aspectos, mas

nada específico em relação aos cuidados com o pé. Somente uma participante demonstrou estar capacitada para realizar os cuidados necessários, sendo que as orientações recebidas vieram de suas filhas, ambas técnicas de enfermagem. No trecho a seguir de sua narrativa, é possível observar que ela possui um conhecimento considerável sobre as práticas relacionadas ao autocuidado:

[...] to me cuidando, fazendo exercícios [...] no quarto eu encosto com a cadeira e fico em pé, sento, levanto, faço cinco ou dez vezes, entendeu? Tomo meu banho normal, lavo bastante ele (“*referindo-se ao pé*”), enxugo entre os dedos, às vezes ainda boto talco, boto talco antisséptico, pra poder ir refrescando e aliviando. Dou massagem no pé [...] no horário certo, eu tomo as medicações. (ICA Pérola)

Apesar de todos os participantes idosos com amputação relatarem praticar exercícios e adotar cuidados pessoais, essas ações eram realizadas sem orientação prévia de um profissional. Dos seis participantes, cinco já haviam passado mais de um ano desde a amputação, sem receber instruções sobre quais exercícios poderiam melhorar a funcionalidade ou com que frequência deveriam praticá-los. A fragilidade no processo educativo identificada neste estudo representa um fator relevante para a alta incidência de complicações nos pés em pessoas com diabetes, contribuindo, conseqüentemente, para as elevadas taxas de amputações. Apesar da ausência de orientações específicas, os participantes demonstraram esforços em adotar medidas de autocuidado, buscando, por conta própria, estratégias para melhorar sua condição funcional e adaptar-se à nova realidade imposta pela amputação. Seguem fragmentos de narrativas que exemplificam as ações realizados pelos idosos com amputação neste contexto:

[...] eu tô fazendo os exercícios com andador. Eu cinco horas da manhã eu tô fazendo meus exercícios com o coto. Eu sei que minha outra perna vale ouro e eu lavo bem, passo óleo, dou massagem [...] vou começar a treinar primeiro com o andador e depois com a muleta. (ICA Orvalho)

[...] aqui em casa de manhã eu levanto, faço minha fisioterapia ali na cama, de joelho, boto uma almofada aqui no joelho para sair andando devagarinho, tomo meu remédio, depois tomo meu café, pego a muleta, saio daqui para lá andando, me exercitando. (ICA Hércules)

[...] a senhora tá vendo essa barra aqui? Eu me penduro nela, faço flexão, depois eu sento, levanto da cadeira, a perna tem que ficar forte para usar a prótese [...] a comida é ela quem faz, tudo regrado. (ICA Nego)

Enfrentar o envelhecimento aliado a uma amputação de membro inferior, especialmente quando decorrente de complicações do diabetes, representa um desafio mais significativo. Além do impacto e restrições causados pela perda do membro, a alimentação, que frequentemente está associada ao prazer e à socialização, torna-se um aspecto crítico para essa população devido às restrições dietéticas. Embora existam produtos específicos no mercado, como alimentos dietéticos, light e zero açúcar, o acesso a essas opções ainda é limitado a uma parcela reduzida da população brasileira, devido aos altos custos e à desigualdade socioeconômica.

Durante as entrevistas, a maioria dos participantes relataram mudanças na alimentação de toda a família, a fim de criar um ambiente mais propício à adoção de uma dieta equilibrada. Os seis idosos e uma cuidadora com diabetes manifestaram insatisfação em relação às restrições alimentares impostas, apesar de seguirem a dieta. No entanto, aqueles que passaram pelo procedimento de amputação expressaram o receio de enfrentar uma nova intervenção e, por isso, se empenhavam em manter hábitos alimentares mais saudáveis. Além disso, dois participantes mencionaram dificuldades para agendar consultas com um profissional nutricionista.

[...] evito comida muito gordurosa [...] não como doce, não tomo refrigerante [...] minha filha tá tentando marcar um nutricionista, enquanto isso vou tocando pra frente aí até o dia que Deus quiser. (ICA Pérola)

[...] eu não faço a comida, quem faz é ela, porque eu deixo meu cartão de benefício na mão dela e deixo ao modo dela pra comprar o que quiser [...] aí ela só compra coisa saudável, de dieta, porque ela também é hipertensa. (ICA Nego)

[...] todo o dinheiro da aposentadoria dela é investido na saúde dela, eu posso dizer que 80% da recuperação, 100% Deus a nossa fé a buscar, mais 70% da recuperação da minha mãe foi a dieta [...] em casa mesmo eu procuro, eu não uso nada processado, eu percebi que todo alimento processado é um veneno para o diabético, não só para o diabético para qualquer pessoa, mas o diabético é pior ainda [...] quando eu faço arroz boto com legumes que ajuda na questão da digestão, porque demora mais [...] faço sopa também, mas não tô conseguindo marcar uma nutri para ela. (CF Aiva)

[...] eu faço, eu preciso ficar em dieta sempre, porque além de ser diabético, sou hipertenso e tenho problema renal, faço hemodiálise [...] minha mulher também é diabética, então a casa toda entra na dieta. (ICA Orvalho)

A educação direcionada ao autocuidado para as pessoas com diabetes, focada no empoderamento, demonstra resultados positivos na promoção do cuidado pessoal e no desenvolvimento da capacidade de autogestão da condição de saúde. A pesquisa conduzida por Cortez *et al.* (2018), envolvendo 127 indivíduos com diabetes tipo 2, acompanhados em cinco unidades de Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais, avaliou a capacidade de gerenciamento dos participantes com a própria saúde. Após a implementação de um programa educativo e estratégias de motivação para otimizar o manejo do diabetes, os autores concluíram que tais intervenções contribuem significativamente para o alcance de metas relacionadas ao autocuidado na população estudada.

A eficácia de programas educativos em diabetes depende da capacidade de engajar os participantes, conferindo significado e relevância pessoal às práticas recomendadas. Caso contrário, tais intervenções podem não produzir os resultados desejados (Cisneros, 2005). Dessa forma, é imperativo que as estratégias educativas sejam adaptadas às necessidades individuais, incorporando aspectos culturais e sociais específicos, a fim de promover mudanças comportamentais sustentáveis e eficazes no manejo do diabetes mellitus.

#### *7.2.2.4 A espiritualidade enquanto estratégia de enfrentamento*

A espiritualidade é uma dimensão intrínseca ao ser humano, manifestando-se de diversas formas que transcendem a religiosidade formal. Ela representa uma força interior que proporciona maior plenitude à vida e auxilia na gestão do sofrimento (Magalhães; Carvalho; Andrade, 2015). No processo de envelhecimento, etapa da vida onde perdas e adversidades são inerentes, a espiritualidade influencia positivamente a capacidade de enfrentamento e superação desses desafios podendo oferecer um sentido de propósito e significado na vida, o que é fundamental para manter a esperança e o bem-estar psicológico em fases da vida marcadas por possíveis declínios físicos e sociais, atuando como um importante fator de proteção contra o estresse (Dias, 2013; Margaça; Rodrigues, 2019; Rabinovich *et al.*, 2022). Rabinovich *et al.* (2021) destacam a espiritualidade como um componente essencial na vivência dos centenários, desempenhando um papel fundamental na construção de significado, no enfrentamento das adversidades e na promoção do bem-estar na velhice avançada. As autoras associam essa dimensão ao conceito de

gerotranscendência, caracterizado como um processo adaptativo que permite aos idosos ressignificar experiências e lidar com as transformações inerentes à longevidade, favorecendo uma maior aceitação das mudanças físicas e sociais próprias dessa etapa da vida.

A espiritualidade, segundo Boff (2006), é a vivência do contato com algo que transcende a realidade cotidiana, permitindo a pessoa ir além de suas próprias limitações. Mais do que uma experiência isolada, ela pode ser uma fonte de conforto e força em momentos difíceis, independentemente de estar vinculada a uma religião específica. Trata-se, sobretudo, de uma conexão com algo maior que ultrapassa a existência física. Nesse contexto, a espiritualidade não apenas confere sentido e propósito à vida, mas também favorece a aceitação, a gratidão e a compaixão – qualidades essenciais para fortalecer a resiliência e a adaptação positiva diante das adversidades (Chequini, 2007; Zandavalli *et al.*, 2020).

A resiliência é a capacidade de superar adversidades e se adaptar a mudanças, transformando desafios em oportunidades de crescimento pessoal. Makai *et al.* (2019) investigaram a adaptação de pessoas com diabetes mellitus à perda de um membro sob uma nova perspectiva, enfatizando não apenas as dificuldades, mas também os fatores de proteção e risco associados à resiliência. O estudo revelou uma correlação negativa entre ansiedade, depressão e estados emocionais negativos com a resiliência, sugerindo que essas condições podem dificultar a adaptação à nova realidade. Nesse contexto, a busca por significado e a conexão com valores espirituais desempenham um papel fundamental, ajudando as pessoas a lidarem com o sofrimento e a cultivar uma visão mais positiva diante das dificuldades. A espiritualidade, ao proporcionar sentido e propósito à vida, fortalece a resiliência e contribui para enfrentar situações críticas com maior equilíbrio.

A análise das narrativas revelou que a espiritualidade emergiu como um pilar fundamental para a resiliência, proporcionando força interior, esperança e um sentido de direção na vida. Os fragmentos a seguir ilustram como a fé em uma Entidade divina é vivenciada como fonte de propósito e significado na vida de cada pessoa:

[...]. Orei muito a Deus que não precisasse amputar, mas o melhor pra ser feito foi isso e eu confio na decisão Dele. Deus tem me ajudado muito, né? eu oro, peço a Deus e aí, vou conseguindo fazer tudo que eu tô pretendendo fazer. (CF Dália)

[...] mas Jesus disse faça pelo seu próximo o que você quer que faça por você, então é meu próximo, eu ajudo no que posso, mas graças a Jeová tem dado certo apesar dos pesares [...] mas é como diz o ditado do povo aí do mundo né? dos males os menores e a gente tá seguindo a vida confiando no Papai do céu para que tudo dê certo e ele pelo menos se adapte bem né? Em nome de Jeová. (CF Neu)

“[...] eu vou dizer que Deus, Ele dá oportunidades e Ele me deu a oportunidade de estar com minha mãe, eu não digo que eu cuido da minha mãe, a gente tem uma história [...]. (CF Aiva)

[...] levei 30 anos da minha vida cuidando de outras pessoas né? [...] Não queria estar cuidando dela doente, mas no momento é o que Deus me permitiu e cuidarei sim, até quando Deus quiser. (CF Brilhante)

Xu *et al.* (2024) investigaram a experiência de onze indivíduos submetidos à amputação de membro inferior em decorrência de úlcera do pé diabético. No que se refere à espiritualidade, a análise dos dados revelou que parte dos participantes manifestou uma necessidade crescente de apoio espiritual, utilizando essa dimensão como recurso compensatório diante das alterações físicas, emocionais e sociais impostas pela amputação. A emergência da espiritualidade, nesse contexto, evidencia sua relevância intrínseca nos processos de adaptação e resiliência, ressaltando a importância de uma abordagem assistencial holística e interdisciplinar no cuidado a essa população.

Relatos evidenciaram como a prática da oração fortalece o bem-estar emocional, facilitando a aceitação da condição de saúde:

[...] eu comecei a orar, olhe Jesus na hora de entrar pra a cirurgia eu quero que esteja do meu lado, aí chorando pedindo a Deus [...] todas as coisas que eu faço, eu sinto, se eu tô deitada triste, aí eu me alegro com Ele, eu sinto Ele, a presença Dele perto de mim, a gente não vê, mas quando a gente tem a fé, fica dentro da gente, vendo aquela pessoa, como eu tô vendo a senhora aqui, aquela fé, porque o que eu peço a Ele, aquilo me fortalece. (ICA Águia)

[...] mais o difícil ainda ter que parar de trabalhar. Aí, depois eu rezando muito, implorando muito a Deus foi que, foi amenizando as coisas. ah...muita oração, muita oração, muita fé, muita fé em Deus, tenho muita fé em Deus. (ICA Pérola)

Não tem como mudar não, eu só peço a Deus, que Deus me dê vida e saúde, força pra cuidar dele, esse é meu propósito, é isso. (CF Rosa)

Ações simples, porém, carregadas de significado para quem as executa, como cuidar das plantas (Desenho 4) ou de um ente querido (Desenho 5), também podem despertar um senso de propósito e contribuir para o fortalecimento da resiliência.

**Desenho 4** - Cuidadora familiar na varanda da sua casa, apreciando suas plantas.



**Desenho 5**- Filha cuidando da mãe que se encontra sentada na cadeira de rodas



Desenhista: César Figueirôa, 2025

### 7.2.3 Suporte social

O suporte social desempenha um papel essencial na trajetória de pessoas submetidas à amputação de membro inferior, sendo relevante em todas as fases após o procedimento cirúrgico. Sabino; Torquato; Pardini (2013), ao investigarem a prevalência de ansiedade, depressão e desesperança em pessoas que passaram por esse tipo de intervenção, observaram que aqueles que contavam com vínculos afetivos próximos, como um(a) companheiro(a), apresentaram menor intensidade destes sentimentos. Os autores concluíram que esse suporte exerce, na maioria das vezes, uma função protetiva.

De acordo com Kolivand; Jahantabi-Nejad; Hamedi (2023), o suporte social exerce um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida de pessoas com diabetes e amputação de membro inferior, promovendo bem-estar e resiliência ao favorecer a inserção em redes de apoio. A proximidade familiar de idosos com vulnerabilidade física revela-se como um fator de significativa importância para a promoção e melhoria da qualidade de vida nesta população (Perseguino; Okuno;

Horta, 2022). O suporte informal, no qual a família representa o principal pilar no enfrentamento da condição, também abrange amigos, comunidade e religião como fontes adicionais. Ademais, a satisfação com a condição econômica e a situação conjugal demonstraram uma associação significativa com a qualidade de vida dessas pessoas. Além do apoio emocional, a rede familiar pode fornecer assistência prática e financeira, contribuindo para a redução do estresse e facilitando o processo de adaptação à nova realidade. O Desenho 6 corresponde a representação gráfica da cuidadora Dália ao lado do seu irmão Hércules acometido pela amputação.

**Desenho 6-** Cuidadora ao lado do seu irmão na porta de casa; ele usando seu andador



Desenhista: César Figueirôa, 2025

A análise das narrativas indicou que, em cinco dos seis casos investigados, o apoio da família nuclear foi fundamental no processo de cuidado:

[...] Como ele não tinha dinheiro nenhum, quem tinha de fazer era a gente, certo? todo mundo ajuda aqui, se ele precisar de qualquer coisa todo mundo ajuda [...] meu irmão comprou esse negócio que ele anda, outro deu a muleta [...]. (CF Dália)

O que está me ajudando também é que a gente tá junto, eh... a gente não é só uma família de fachada, [...] eu faço uma coisa, [*cita o nome de uma irmã*] faz outra, minha outra irmã [*cita o nome da irmã...*] também tá sempre fazendo, e aí é isso que vem nos fortalecendo, até fortalecendo ela. (CF Brilhante)

[...] depois da cirurgia que eu vejo minha casa desse jeito que tá aí, eu entristeço né? mas dou graças a Deus porque depois que eu perdi minha perna, meu filho veio pra cá, ele cozinha, faz minha comida, varre a casa, varre do jeito dele, mas limpa tudo, tem dia que ele tá inspirado, sabe como é [*“sorrir neste momento”*], meu marido leva eu para o banheiro, me dá banho [...]. (ICA Águia)

Eu dormi todos os dias na UPA, não faltou durante 17 dias que ficou na UPA, não faltou uma pessoa pra tá lá com ela [...] fiquei lá no hospital com ela tentando trabalhar, mas a gente nunca consegue organizar as coisas [...] a família toda desarruma. (CF Aiva)

[...] eu tive muito que acompanhar ele nas consultas médicas né? [...] as irmãs disse que ninguém podia, então meu filho e eu, foi que segurou as pontas né? [...]. (CF Neu)

Em alguns relatos, a participação efetiva dos netos foi destacada, evidenciando a importância desse vínculo intergeracional.

Se não fosse o apoio da minha família, toda, filho, neto, esposa, irmãos, teria sido muito pior. Eu sou uma pessoa de muita sorte, porque a minha família toda me apoia [...] meus dois netos são meus filhos, são minhas pernas e meus braços. Não sei o que seria da minha vida sem eles. (ICA Orvalho)

Meus netos são minha alegria. Me ajudam, fazem companhia. Um mora comigo, outros não têm um dia que não passem aqui e minha filha se mudou para cá, para poder me ajudar. (ICA Pérola)

[...] eu tenho meus irmãos, mas cada um vive a sua vida, eu vivo a minha, não mudou nada. Agora meus netos também é o apoio que a gente tem mesmo é dos nossos netos, esse aí sim [...] Aqui é eu, ele e nossos netos... né... Deus primeiramente, depois a família né? é isso. (CF Rosa)

Também houve relato, mesmo que modesto, da participação da família extensa:

[...] minha nora, de vez em quando ia ficar com ele no hospital, mas ela tem um sério problema de alergia, então a gente jogava evitando que ela fosse o máximo possível para poder não piorar a situação. Ao invés de um doente seria dois né? (CF Neu)

Nesse contexto, evidenciou-se que o suporte familiar contínuo desempenha papel central na promoção da resiliência e na reconfiguração da identidade no período pós-amputação. Tal constatação é reforçada pelos achados de Chetty *et al.* (2025), que, ao investigarem a experiência de 14 indivíduos com amputação transtibial unilateral, observaram que o apoio familiar, aliado às intervenções psicológicas, foi considerado um recurso essencial no enfrentamento das múltiplas exigências físicas, emocionais e sociais impostas pela condição. Essas formas de suporte mostraram-se determinantes para a adaptação psicossocial, contribuindo diretamente para o sucesso da reabilitação e para a retomada da vida cotidiana com maior autonomia e sentido. Por outro lado, a fragilidade desse suporte pode gerar desfechos clínicos adversos, como evidenciado por Atinga *et al.* (2024), que apontaram uma associação entre a ausência de apoio familiar efetivo e o agravamento do quadro clínico, incluindo risco aumentado de complicações graves e óbito. A escassez de suporte compromete a adesão ao tratamento, reduz a efetividade do autocuidado e intensifica o sofrimento psíquico, interferindo negativamente na recuperação global da pessoa com amputação.

O depoimento a seguir foi o único onde pude perceber tristeza e descontentamento na narrativa quando falou da sua família. Relatou sobre problemas familiares, pois tem um filho adulto autista não verbal, uma filha com problemas cognitivos, uma neta e nora, todos dependentes da pensão que ela recebe. Mesmo após decorridos dez meses do procedimento da amputação, ela ainda se vê dependente de ajuda desses familiares até para as atividades cotidianas. Um trecho onde ela verbaliza essa insatisfação com a dinâmica familiar,

[...] minha família é isso aí mesmo que a senhora tá vendo, um dia tá aborrecido, outro tá zangado. Doida, doida pra ganhar uma cadeira de rodas pra sair, porque não é fácil não, não é fácil não, ficar em casa, já ouvi coisas. Dá tristeza, e muita. (ICA Linda)

Nos trechos das narrativas a seguir, observa-se uma aceitação por parte das cuidadoras, que, em certo grau, procuram justificar o fato de terem assumido o papel principal no cuidado informal de seus familiares afetados pela amputação, destacando sua maior disponibilidade de tempo como um fator determinante:

[...] às vezes você pensa assim, poxa tô só, mas eu não tô só, eu sei que eles se ajudam, mas não tem tempo, nem todo mundo que vai largar seu trabalho também, né? e aí eu fico pensando, se eu sou aposentada, eu tenho mais disponibilidade, eu vou procurar fazer por aqueles que não podem fazer [...]. (CF Dália)

[...] mudou completamente, porque assim, eu que tô mais em casa né? e aí minhas irmãs precisam trabalhar né? [...]. A confiança que ela tem na gente é muito grande[...] mudou minha rotina, porque eu tive que sair de lá do apartamento né? pra vir pra cá, mas não que seja um peso, mas eu digo com relação a minha rotina que eu tenho que dar assistência a ela [...], mas nada que venha dizer, ah é um peso. (CF Brilhante)

A presença de amigos, ainda que em número reduzido, foi mencionada com grande satisfação na maioria dos relatos, evidenciando a importância do suporte social nesse contexto:

[...] minha vida de trabalho parou, mas de amigo não, sempre vem, sempre meus amigos vêm aqui me vê, aqui mesmo tem um, aqui perto, aqui de porta, a mulher também é diabética e é de lá também, de Madureira, e é de lá também do CEPRED. Aí eles vêm, vem alunos, eu alfabetizei muitos, muitos também vem e assim por diante, vou levando a vida, tocando meu barco pra frente (“*sorrir*”). (ICA Pérola)

[...] enquanto eu dava pra lá, pra cá, de médico em médico, comecei a bater a luge [...] meus amigos aí que foram me ajudando, fazendo, fazendo e ainda falta cobrir aqui [...] tenho um amigo que tem um carrinho velho, ele me leva quando eu preciso ir no médico, aí eu boto a gasolina [...]. (ICA Nego)

[...] com esse problema aí, depende dos amigos né? para levar ele no médico, conversar para esfriar a cabeça [...] a gente tinha um amigo, que não era um amigo era um irmão que também fazia hemodiálise, mas também não se cuidava e Deus levou e aí a gente ficou com pé e mão quebrada. (CF Rosa)

Observou-se que a maioria dos idosos participantes deste estudo possuía uma rede social limitada, composta por um número reduzido, porém significativo, de amigos próximos. Esses vínculos desempenhavam um papel importante na mitigação da solidão, uma vez que a limitação funcional imposta pela amputação os restringia principalmente ao ambiente doméstico. Isso pode ser corroborado no estudo de Pinquart e Sörensen (2001). Os autores fazem uma reflexão importante sobre a visão estereotipada que associa a velhice automaticamente ao isolamento social e à solidão, sugerindo que a experiência de solidão nesta população não é tão generalizada quanto se presume. Um aspecto relevante destacado pelos autores é a

ênfase na qualidade da rede social, em vez da quantidade de contatos sociais. A pesquisa observa que os contatos com amigos e vizinhos têm uma correlação mais forte com a solidão do que os contatos familiares, o que pode sugerir que, para muitos idosos, as interações sociais fora do núcleo familiar, com pessoas que compartilham interesses semelhantes ou atividades cotidianas, têm um impacto mais significativo no bem-estar emocional do que alguns laços familiares. Essa análise contrasta com a visão simplista de que a solidão na velhice está exclusivamente relacionada ao afastamento familiar, sugerindo que estratégias voltadas para a melhoria dessas conexões sociais podem ser mais eficazes do que simplesmente aumentar a quantidade de interações sociais.

Resende *et al.* (2007), realizaram uma pesquisa visando analisar a configuração da rede social de pessoas com amputação de membros. Os autores reportaram que uma rede social menor pode estar associada a maior satisfação em certos domínios, levantando questões sobre a qualidade versus a quantidade das relações sociais no contexto da deficiência. Sugerem que isso pode indicar que, para algumas pessoas, redes menores e mais focadas podem ser mais satisfatórias em certos aspectos. Esse estudo contribuiu ao mostrar que embora a deficiência possa trazer desafios, fatores como suporte social e a capacidade individual de adaptação desempenham um papel crucial no bem-estar subjetivo.

O estudo de Figueira *et al.* (2012), embora não enfoque diretamente a amputação, destaca a importância do suporte social na prevenção de complicações decorrentes do diabetes mellitus, evidenciando sua influência na qualidade de vida, autoestima e processo de reabilitação de pessoas acometidas por esta condição de saúde. Os achados indicam que a principal fonte de suporte social foi a família, relatada por 86,7% dos participantes, e que esse apoio apresentou uma relação direta com o controle metabólico da glicemia, reforçando a relevância do envolvimento familiar na gestão dessa condição crônica.

Ainda dentro do contexto do suporte social, mas abrangendo a assistência domiciliar a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, Silva (2004) argumenta que o cuidado deve ir além da orientação para a automedicação, assumindo um caráter mais abrangente, que inclui o fortalecimento da identidade da pessoa, a prevenção do isolamento social e a adaptação contínua das ações de cuidado às mudanças em sua condição de saúde. A autora defende que os estudos sobre autoatenção devem considerar não só a condição de saúde, mas também o

sofrimento e a história de vida da pessoa acometida, para entender melhor as práticas de cuidado.

### *7.2.3.1 Cuidador familiar: o ato de cuidar e suas repercussões*

O cuidado informal de idosos com amputações proximais de membros inferiores impõe desafios significativos aos cuidadores, com potenciais impactos negativos na sua saúde e qualidade de vida. Fatores como o nível proximal da amputação, a gravidade das feridas, a dor no membro afetado e dificuldades na comunicação sobre os cuidados de saúde contribuem para tornar essa experiência ainda mais exaustiva. Além disso, a falta de suporte social e de assistência nas atividades diárias, bem como a dificuldade de conciliar o papel de cuidador com a vida profissional, intensificam essa sobrecarga. No aspecto emocional, a interrupção das rotinas e sentimentos como frustração, culpa, desamparo e ansiedade são vivências comuns nesse contexto (Doss; Popejoy, 2023).

Costa *et al.* (2020) investigaram a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores de pessoas com diabetes submetidas à amputação de membro inferior identificando que a percepção do impacto do cuidado na dinâmica familiar, o sofrimento psicológico e a ausência de suporte social foram fatores diretamente associados a maiores níveis de sobrecarga. Por outro lado, cuidadores empregados, aqueles que possuíam períodos regulares de descanso, praticavam exercícios físicos e não apresentavam comorbidades relataram menor sobrecarga no desempenho da função de cuidado. Em pesquisa realizada por Mendes *et al.* (2019), observou-se que os cuidadores informais de idosos enfrentam uma sobrecarga significativa, especialmente no que diz respeito aos aspectos físicos, emocionais e sociais envolvidos no cuidado contínuo. As autoras destacam que essa carga tende a ser mais intensa entre cônjuges, cuidadores que convivem com comorbidades, aqueles que experimentam dor durante as atividades de cuidado e indivíduos que percebem sua própria saúde como regular ou insatisfatória. Esses achados evidenciam como o ato de cuidar, embora permeado por vínculos afetivos, pode comprometer o bem-estar do cuidador, especialmente em contextos de elevada dependência funcional do idoso, como ocorre após amputações maiores de membros inferiores.

Os fragmentos das narrativas abaixo revelam as repercussões do cuidado domiciliar de idosos com amputação, oferecendo um panorama das experiências vivenciadas pelos cuidadores familiares:

[...] minha vida mudou viu, mudou bastante, porque eu mesmo não paro, o dia todo subindo e descendo, olhando, porque eu fico vigiando, vigilante mais por causa da bebida. Tenho medo [...] ele tem que ser monitorado [...] corro daqui, corro pra lá, vou na casa de minha irmã também pra ajudar ela, porque às vezes ela precisa [...] e eu fico assim, corro para um, corro pra outro [...] precisou de mim eu vou lá e ajudo, entendeu? [...] e de mim quem cuida? Tô velha também, cheia de varizes, veja como tão inchadas minhas pernas. (CF Dália)

[...] mas não é fácil, e a questão de eu parar minha vida, tem horas que eu não vou mentir pra você, eu fico muito cansada [...] porque de certa forma, caiu tudo nas minhas costas. [...] parei minha vida todinha (“*ênfatiza*”). Se minhas irmãs me chama para ir passar um fim de semana em algum lugar, eu não (“*ênfatiza*”) posso ir [...]. No começo eu dormia muito assustada, meu celular dormia, dorme até hoje do meu lado, meu celular dorme do lado da minha cabeça né?, porque qualquer coisa eu digo a ele: você ligue e me chama, termino nunca dormindo bem. (CF Neu)

Minha vida é cuidando dela, porque a filha que tem problema, cuido do autista, cuido da neta dela que é pequena, tudo isso [...] antigamente eu tinha uma vida e hoje praticamente eu não tenho mais, não tenho, não saio, fico aqui. (CF Liu)

Apresento a seguir um trecho do relato de um cuidador, no qual ele descreve o impacto que lhe causou o período em que acompanhou sua mãe durante sua internação hospitalar:

[...] eu morei quatro meses no hospital com minha mãe e dentro daquela parte do diabetes [...] ali você não dorme direito, você não come direito, a gente não tem descanso [...] a burocracia dentro do hospital às vezes mata o paciente, a jornada de trabalho das pessoas que trabalham dentro do hospital às vezes mata o paciente, jornada de trabalho exaustiva deles às vezes não é o descaso, é porque tem um ser humano cuidando de outro ser humano, a pessoa chega no seu limite e eu tava ali também no meu limite. (CF Aiva)

A adaptação a uma nova realidade e a reorganização da rotina familiar são desafios que afetam todos os envolvidos, especialmente o membro da família que assume o papel de cuidador. Esse encargo implica uma sobrecarga significativa, abrangendo não apenas o suporte físico, social e emocional, mas também a adoção de estratégias para lidar com a limitação funcional, reduzir o impacto emocional da

perda do membro e desenvolver mecanismos de enfrentamento tanto para a pessoa com amputação quanto para o próprio cuidador (Del-Pino-Casado; Pérez-Cruz; Frías-Osuna, 2014; Oskasford; Frude; Cuddihy, 2005; Rosca *et al.*, 2021). Contudo, o ato de cuidar pode se tornar uma oportunidade para aprender, crescer como pessoa e fortalecer a autoestima do cuidador. Habilidades como empatia, paciência e resiliência, que são frequentemente desenvolvidas por cuidadores, podem ter um impacto positivo em outras áreas da vida (Pinquart, Sörensen, 2003). Esse processo também pode permitir uma aproximação com o familiar afetado, funcionando como uma forma de retribuição pelo papel que essa pessoa desempenhou ao longo da vida. Schulz e Sherwood (2008) constataram que muitos familiares que cuidam de entes queridos expressam satisfação ao proporcionar conforto, dignidade e uma boa qualidade de vida em momentos de fragilidade, apesar dos desafios inerentes a essa função.

Alguns relatos apontam que essa experiência promove uma maior conexão emocional, proporciona conforto e desperta um profundo sentimento de gratidão, reforçando a importância do cuidado como uma troca significativa, que beneficia tanto quem recebe quanto quem oferece esse suporte. Para além disso, Gueda *et al.* (2006) reportaram um achado particular nos seus estudos constatando que o ato de prover apoio a terceiros exerce um impacto positivo no bem-estar e na satisfação dos idosos. Essa observação desafia a concepção tradicional do idoso como um mero receptor passivo de auxílio, evidenciando o papel ativo e significativo que desempenham na rede social. Seguem alguns desses relatos:

A gente sempre teve essa ligação forte [...] e com a fragilidade dela, me fez mais forte ainda, e isso me recompensa pelo cansaço, a gente sempre teve essa união [...] a força dela dá força pra gente também. (CF Brilhante)

[...] eu já tava com problema no casamento há tempo [...] não teve nada a ver com minha mãe, não teve nada em relação, pelo contrário, a questão de cuidar da minha mãe ajudou a cuidar de mim nesse processo. Eu comecei a ter que ter forças, reunir forças para cuidar dela [...] hoje a gente mora junto e eu cuido do meu pai, cuido dela. Eu acredito que isso vai continuar, porque eu assumi a responsabilidade não porque ninguém obrigou a fazer isso, eu tenho uma aliança com minha mãe, essa aliança é minha e dela, entendeu? ela cuidou de mim quando eu tive um câncer na perna quando pequeno e eu vou cuidar dela e ponto. (CF Aiva)

O estudo de Bossardi *et al.* (2021) reportou que apesar dos desafios decorrentes da aquisição de deficiência física, muitas famílias apresentam bons índices de funcionalidade. No entanto, há casos em que ocorrem desequilíbrios, especialmente em aspectos como coesão e flexibilidade, o que reforça a necessidade de um olhar atento para esses núcleos familiares. Os resultados também destacaram a importância de intervenções voltadas para a melhoria da comunicação e o fortalecimento dos laços familiares, além de apontarem a maior percepção de disfunção entre as mulheres, evidenciando a necessidade de ações que promovam a inclusão e a igualdade de gênero. Um funcionamento familiar saudável é um fator essencial para a promoção do bem-estar e da inclusão social das pessoas com deficiência, especialmente quando aliado a políticas de acessibilidade e suporte adequado. A literatura tem destacado a relevância de que mais pesquisas sejam realizadas para identificar e compreender as repercussões do cuidado sobre aqueles que exercem este papel, e que este seja uma temática não apenas para pesquisa, mas o desenvolvimento de políticas públicas de apoio (Corral *et al.*, 2023; Lino *et al.*, 2016; Oliveira; D'elboux, 2012; Pereira; Soares, 2015)

#### *7.2.3.2 Percepção da qualidade da assistência à saúde*

A assistência à saúde, apesar dos avanços tecnológicos e científicos, ainda enfrenta desafios significativos que comprometem a qualidade e a equidade dos serviços prestados. A identificação e análise das fragilidades nesse sistema são essenciais para a proposição de intervenções eficazes e a garantia do direito à saúde para todos. A literatura científica tem se dedicado a investigar essas fragilidades, apontando para questões como a falta de acesso a serviços especializados, a descontinuidade do cuidado, a precariedade da infraestrutura e a insuficiência de recursos humanos. Barreto (2017) destaca que as desigualdades em saúde são uma realidade tanto em países pobres quanto em nações ricas, evidenciando raízes históricas e estruturais profundas. Embora a compreensão dessas disparidades tenha avançado, enfrentá-las de maneira eficaz exige a superação de barreiras conceituais, morais e políticas. É necessário implementar ações abrangentes e multissetoriais que abordem os determinantes sociais subjacentes em níveis nacional e global. Compreender essas lacunas é essencial para construir um sistema de saúde mais resiliente e capaz de atender às necessidades da população.

Alvarenga *et al.* (2011) realizaram um estudo sobre a rede de suporte social de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Dourados, MS. A pesquisa revelou que essa é predominantemente informal, composta principalmente por familiares, amigos e membros da comunidade. A participação de redes formais, representadas principalmente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi identificada como incipiente. Além disso, observou-se que os idosos assistidos pelas equipes de Saúde da Família apresentavam baixa renda e escolaridade, e possuíam redes sociais pequenas, possivelmente insuficientes para atender plenamente às suas necessidades de suporte.

A trajetória de indivíduos em situação de vulnerabilidade social em busca de assistência à saúde caracteriza-se por um percurso complexo e oneroso. Inicialmente, a obtenção de agendamento de consultas representa um obstáculo significativo, frequentemente marcado por extensas filas e tentativas infrutíferas de marcação, apesar da consciência da demanda elevada em um país com mais de 203 milhões de habitantes. Uma vez superada essa barreira, o acesso a serviços hospitalares, geralmente mediado por sistemas de regulação, expõe as pessoas a novos desafios. Além do impacto psicológico decorrente de condições como a amputação de membros, a ruptura com o ambiente familiar e a prolongada permanência hospitalar, que pode se estender por meses, impõem-se como fatores adicionais de sofrimento.

O período de internação hospitalar representa um desafio adicional, especialmente no contexto da rede pública de saúde. A acomodação nos quartos da enfermaria geralmente é compartilhada entre três e cinco pessoas e esta é uma realidade inevitável diante da elevada demanda por leitos. Além das limitações estruturais, a escassez de insumos essenciais, como materiais para curativos, roupas de cama e itens de uso pessoal, compromete ainda mais o bem-estar dos que precisam deste serviço. A imprevisibilidade dos procedimentos cirúrgicos também se configura como um fator de estresse. Não é incomum as pessoas internadas serem submetidas a períodos longos de jejum pré-operatório e terem suas cirurgias canceladas no último momento devido à indisponibilidade de anestesistas ou leitos de UTI. Um outro desafio diz respeito ao próprio perfil clínico das pessoas com diagnóstico de DM ou DAP, que geralmente ficam internadas na enfermaria vascular. Essas duas condições de saúde frequentemente levam a quadro de dores intensas e persistentes no membro isquêmico, que tendem a se agravar durante a noite, prejudicando o padrão de sono de todos que compartilham o espaço.

Os desafios se estendem também aos acompanhantes, geralmente familiares, que, sem infraestrutura adequada para descanso, permanecem durante toda a hospitalização, muitas vezes tendo apenas uma cadeira como opção para repouso. Essas condições refletem as dificuldades enfrentadas no sistema público de saúde, evidenciando a necessidade de melhorias estruturais e assistenciais para proporcionar um processo de reabilitação mais humanizado e eficiente. No entanto, três participantes teceram elogios à equipe de saúde do hospital que podem ser demonstrados em trechos das seguintes narrativas:

Eu não tenho nem o que falar do hospital, porque não tinha nada, você sabe que o hospital não tem assim, roupa de cama, a gente tinha que levar todos os dias [...], mas a atenção dos médicos eu não tenho como agradecer a Deus e trataram meu irmão realmente muito bem. (CF Dália)

[..] quando eu fui para o hospital, aí eu fui bem atendida, chegou lá a médica fez logo o exame, [...] disse que eu tinha problema nas veias e que precisa amputar meus dedos [...]. (ICA Pérola)

[...] a referência hoje aqui em Salvador é o Roberto Santos [...] a equipe que tem é muito competente [...]. (CF Aiva)

No que tange à assistência à saúde, Zhu *et al.* (2020) realizaram um estudo que analisou a qualidade do cuidado oferecido na atenção primária a pessoas com amputação de membro inferior associada ao diabetes. Os resultados evidenciaram fragilidades significativas na percepção dos participantes em relação ao atendimento recebido, descrito como um "apoio objetivo irracional", expressão que remete à incongruência entre as necessidades reais das pessoas afetadas e os serviços efetivamente ofertados. Entre as principais limitações apontadas estão: baixa efetividade percebida no apoio entre pares, descontinuidade do tratamento e participação limitada nos processos decisórios relacionados à sua saúde. Diante desses desafios, os autores propuseram a adoção de um modelo de cuidado interdisciplinar na atenção primária, com o objetivo de promover a adaptação física e psicossocial, fortalecer o enfrentamento das demandas impostas pela condição e ampliar a reintegração social dessa população.

Os achados deste estudo corroboram esse cenário ao demonstrar que a maioria dos participantes enfrentou longos períodos de espera, tanto para atendimento nas unidades básicas de saúde quanto para internações em hospitais

especializados. A morosidade nos processos de regulação resultou em permanência prolongada nas unidades de pronto atendimento (UPAs), utilizadas como espaço de espera para vagas em hospitais especializados em cirurgia vascular, a exemplo do HGRS. Entre os participantes, dois relataram deficiências na assistência direcionada às pessoas com diabetes, destacando-se a ausência de avaliações específicas dos pés, consideradas essenciais para a prevenção de complicações.

As narrativas a seguir ilustram essas barreiras no acesso e continuidade da assistência em saúde:

[...] eu fiquei uns 3 meses ali (“*referindo-se a UPA*”), dois ou três meses esperando regulação, porque eu fiquei primeiro dormindo dois dias na emergência, nas cadeiras sentado ali, depois quando esvaziou lá dentro, eu fui transferido pra dentro da UPA, aí já fiquei num leito, aí no leito ali, rapaz, não sei se foi dois ou três meses, sei que demorou pra regulação lá. [...] para as vistas eu levei um ano certinho correndo atrás dos exames, e disse “será que vou esperar ficar cego pra conseguir a vaga [...]”. (ICA Nego)

[...] eu acho que é um absurdo, é imoral o tempo do ferimento para o tempo do atendimento direto para um diabético que tá para perder a perna. É imoral e uma falta de respeito com o ser humano. Minha mãe ficou de 15 dias a 17 dias em uma UPA tomando um paliativo com o pé necrosando para ser, como eles falam, pra ser regulada para um hospital para dali receber um atendimento. Então não há interesse em salvar um membro de um pé de uma pessoa que está para ser amputada, não há interesse [...] cada minuto pra uma pessoa que tem problema de circulação e chega numa UPA com o pé infeccionado [...] mandar tomar antibiótico em casa. Essa pessoa deveria ser...eh...urgentemente, urgentemente internada no hospital para se fazer a questão da aplicação do antibiótico para matar a bactéria. (CF Aiva)

[...] ela tava com uma ferida na perna, a gente levou ela pro Roberto Santos. Chegou lá, ela ficou na emergência, e de lá foi pra o Eládio Lacerda, ficou internada no Eládio, fez a raspagem e de lá mandaram pra outro hospital. Chegou lá ficou internada até ver se conseguia amputar, mas lá não teve nada disso, aí voltou pra casa e a perna começou a piorar tudo de novo porque ela ficava mexendo [...] aí teve um tempo que explodiu a perna, foi sangue pra tudo quanto é lado. Eu levei ela pra UPA do Santo Antônio, chegou lá ficou internada, aí foi de lá que ela foi parar no Roberto Santos já para amputar na coxa [...] Nesses dez meses pra cá ninguém apareceu aqui pra dar assistência a ela e levar no posto é uma dificuldade, só a senhora que tá chegando aqui agora. (CF Liu)

Dois participantes expressaram satisfação com a qualidade dos serviços de saúde recebidos fora do ambiente hospitalar:

[...] sobre isso eu não tenho o que reclamar, nem fila pego, nada disso, não tem demora, não tem nada. Sobre isso eu não tenho reclamação nenhuma. (ICA Hércules)

[...] até agora eu não tenho o que falar mal, tem um plano de saúde bom, tamos sendo assistido agora por essa empresa SAD (referindo-se ao *Serviço de Atenção Domiciliar, que inclui também o fisioterapeuta*), também tá ótima, então eu não tenho o que falar. (CF Rosa)

Em sua narrativa, uma idosa compartilhou a experiência de ter recebido assistência fisioterapêutica domiciliar logo após a amputação, expressando a frustração com a interrupção deste breve acompanhamento, que ocorreu há mais de um ano.

[...] veio aqui vai fazer fisioterapia, ela veio aqui umas duas vezes, aí depois eu fui lá pro Roberto Santos, aí elas não vieram mais do posto médico, era bom que eu fizesse exercícios. (ICA Pérola)

Este outro trecho de narrativa expressa a indignação do cuidador e seus questionamentos diante da situação pela qual a mãe passou:

[...] o profissional de saúde, vou ser bem claro nem olhou o pé dela eu pedi, só falou que é um ferimento, passou antibiótico, nem olhou o pé dela [...] ta tudo errado, a gente está fingindo que tá cuidando do diabético, aguardando só o dia da amputação [...] o sistema hoje de saúde criou um sistema de amputação. Eu não vou fazer um pré-julgamento aqui, porque vai parecer da minha parte maldoso [...] parece que esse sistema de amputação sustenta um outro sistema, que é o sistema de prótese [...] possibilidade de não amputar parece que não existe, amputar é mais rápido, é mais fácil, amputar é se livrar do paciente [...] será que é só amputar? Será que é cortar um membro e mandar para casa? [...] será que 1.400,00 reais dão pra alimentação e remédio? [...] parece que eles têm um sistema programado, uma quota de amputação mensal ou anual [...] não é possível que ninguém tá vendo que o governo não tem interesse nenhum em fazer prevenção [...] não existe plano de prevenção para amputação [...] eu percebo que o sistema de saúde está se especializando em amputar, porque parece que é lucrativo amputar uma pessoa dessa, acabar com a vida de uma pessoa dessa, em parte, eu falo em acabar em parte, porque eu lutei até o último minuto para que o pé da minha mãe não fosse amputado.(CF Aiva)

### *7.2.3.3 Expectativas quanto ao futuro: esperança de melhores condições de vida*

Apesar deste estudo ter explorado as amputações maiores de membro inferior, que por si só já representam um grande desafio na recuperação da funcionalidade e autoestima para qualquer pessoa, ele também compreendeu pessoas idosas com o diabetes associado, o que torna o processo de reintegração social muito mais complexo. A perspectiva de futuro para os idosos transcende a mera sobrevivência; ela se entrelaça com o desejo de viver com dignidade e na convivência com familiares e amigos. O idadismo, ao estereotipar a velhice como um período de declínio e passividade, obscurece a realidade de que muitos idosos mantêm aspirações e anseios vibrantes. Essa etapa da vida é composta por uma população disposta, quando possui condições econômicas mínimas, a engajar-se em atividades criativas e culturais, desafiando a visão tradicional da velhice como período de inatividade (Minayo; Coimbra Junior, 2002). Em vez da visão clássica que relacionava essa fase da vida exclusivamente ao descanso, à passividade e à ausência de atividades, emerge um novo modelo de identidade que valoriza a manutenção da atividade, o aprendizado contínuo, a adaptabilidade, a busca por satisfação pessoal e a construção de novos laços afetivos (Silva, 2008).

O processo de reabilitação e reinserção social de uma pessoa após amputação de membro inferior, requer uma abordagem multidisciplinar que englobe intervenções físicas, psicológicas e sociais. A substituição do membro amputado por uma prótese pode significar na possibilidade de voltar a ter independência funcional, autonomia e retorno à vida social. O uso de próteses de membros inferiores está associado à capacidade de deambulação independente ou semi-independente, permitindo que as pessoas realizem suas atividades diárias e até mesmo as mais elaboradas, vai depender de cada caso. Além disso, a utilização de próteses contribui para a melhoria da imagem corporal e da autoconfiança, aspectos cruciais para a reintegração social e a qualidade de vida (Gozaydinoglu; Hosbay; Durmaz, 2019). Entretanto, é importante notar que, apesar dos benefícios, alguns idosos podem não atingir níveis funcionais elevados após a reabilitação. Além disso aquisição destes dispositivos não é tarefa fácil. A demanda pelas próteses de membro inferior pelo SUS é desproporcional a baixa oferta destes dispositivos e arcar com os custos para adquiri-las é uma vantagem para poucos.

O desejo de ter acesso ao tratamento fisioterapêutico e de adquirir uma prótese, foi manifestado por todos os participantes deste estudo. Isso é atribuído a busca por autonomia, o desejo de melhorar a imagem corporal e a esperança de um futuro com melhores condições de vida. A seguir são apresentados trechos das narrativas que expressam esses sentimentos:

[...] ela passa a maior tempo na cadeira de rodas, eu acho que se tivesse uma assistência em termo assim de fisioterapia, por exemplo, ia ajudar bastante [...] porque no andador ela não dá um passo [...] se tivesse uma assistência com ela no dia a dia com certeza ela estaria melhor [...]. (CF Brilhante)

[...] muitas coisas eu não fui tão eficiente como por exemplo buscar a cadeira de rodas e a prótese que ela tanto quer, essas coisas, a sorte que é uma vizinha daqui da frente, as duas cadeiras que ela tem foram doadas porque a vizinha, infelizmente faleceu [...] não cadastrei ela nisso (*“referindo-se ao CEPRED”*), sei que é muito moroso, todo mundo já me falou, mas tem que tentar [...]. (CF Aiva)

[...] espero que ele se adapte a prótese pra, pelo menos, ficar mais em paz né? ter mais autonomia né? (CF Neu)

Eu não parava, mesmo quando eu tava toda dura, assim com as pernas, se a senhora visse, antes de ferir, eu levantava de manhã, lavava banheiro, fazia comida, mas com fé em Deus eu vou colocar a prótese e voltar a fazer tudo isso de novo. (ICA Águia)

[...] a gente não conseguiu nada ainda, até agora ainda não consegui. A única coisa que a gente conseguiu foi um tênis no IBR, mas vou atrás para ele fazer a fisioterapia e ganhar a prótese. (CF Dália)

[...] a fisioterapeuta do SAD já veio aqui umas vezes e me orientou, mas como eu tenho que fazer hemodiálise três vezes na semana, fica difícil ter quem me leve e eu sair de casa, mas vou caçar prótese, vou fazer muitos exercícios e vou até querer dirigir um carro automático mais pra frente. (ICA Orvalho)

[...] tenho medo de não votar a andar, mas com a fé em Deus, vou conseguir a prótese, vou caminhar, né? [...] eles vão me dar agora (*“referindo-se à prótese pelo CEPRED”*), porque agora estava em recesso de férias né? aí vou tirar a medida agora em março, e vai marcar o dia pra eu colocar, tô só esperando. (ICA Pérola)

A seguir um trecho da narrativa do único idoso que havia recebido a prótese até o momento da coleta dos dados desta pesquisa, representado graficamente no Desenho 6. Ele também recebeu um par de muletas canadenses, ambos dispositivos dispensados pelo CEPRED. No entanto, mesmo tendo realizado alguns atendimentos fisioterapêuticos nessa instituição (não soube informar o número de atendimentos

realizados) e já estar com a prótese há quase um ano, ainda não consegue utilizá-la com independência, pois tem receio de cair devido as escadas da casa onde mora:

[...] agora eu já consigo colocar a prótese, tô me adaptando ainda aqui, tentando me acostumar com ela, porque às vezes evito de sair, porque tem as escadas, que você viu aí, três lances de escada para subir, aí eu fico com preguiça de sair, sair pra nada, ficar zanzando com essa perna, assim pulando, aí eu não vou. (ICA Nego)

**Desenho 7** – Idoso com sua prótese transtibial, auxiliado por muletas canadenses e andador.



Desenhista: César Figueirôa

O processo de adaptação à prótese revela-se desafiador, sobretudo devido à ocorrência de lesões cutâneas por pressão, dificuldades no ajuste e adaptação ao dispositivo. Além das barreiras físicas, a prótese pode ser simbolicamente associada à sensação de incompletude e carregar estigmas sociais, afetando a percepção da identidade e o senso de pertencimento da pessoa afetada. No caso do participante deste estudo que recebeu a prótese, mesmo após um período considerável com ela,

ainda relatava dificuldades na adaptação, evidenciando um fenômeno amplamente observado na reabilitação, especialmente entre idosos. Esse cenário levanta uma preocupação central: muitos indivíduos esperam longos períodos para obter a prótese, depositando nela a esperança de recuperar a independência e autonomia perdidas com a amputação. No entanto, a reabilitação não pode se restringir apenas aos aspectos físicos, pois envolve também fatores psicossociais e cognitivos fundamentais para a adaptação bem-sucedida.

Essa necessidade multidimensional da reabilitação é destacada no estudo de Gozaydinoglu *et al.*, (2019), que investigou as interações entre a percepção da imagem corporal, a adesão ao uso da prótese e o desempenho cognitivo em 40 participantes com amputação transfemoral. Os resultados demonstraram uma relação significativa entre a forma como essas pessoas percebem seus corpos, sua capacidade de adaptação à prótese e o funcionamento cognitivo. Dessa forma, abordagens que contemplem não apenas a funcionalidade física, mas também a saúde mental e a reestruturação da autoimagem são fundamentais. O uso de prótese é almejado pela maioria das pessoas que sofreram amputação, especialmente as que acometem os membros inferiores e quando bem indicada e após treinamento adequado, a percepção das pessoas que as utilizam é de melhora da funcionalidade, na imagem corporal, na saúde do membro residual, na diminuição da carga social e, conseqüentemente no bem-estar geral (Varuni *et al.* 2024).

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o objetivo geral deste estudo, que foi o *de compreender as repercussões da amputação maior de membro inferior secundária ao diabetes mellitus na condição de vida dos participantes idosos afetados e de seus familiares*, conclui-se que houve um avanço significativo nesse sentido. No entanto, reconhece-se que o tema não foi esgotado, possibilitando novos aprofundamentos e investigações futuras. A seguir, os objetivos específicos serão retomados, destacando-se os principais achados que contribuem para seu esclarecimento.

Foi possível perceber o impacto que a notícia da necessidade de amputação causou em todos os participantes deste estudo. A comunicação dessa informação requer grande sensibilidade por parte de quem a transmite, sobretudo em casos de condições crônicas preexistentes, onde a pessoa já lida com desafios contínuos de saúde. Dos seis participantes idosos com amputação, cinco relataram que o recebimento da notícia foi de forma abrupta e diretiva, e em três relatos, a sobrevivência foi abordada como uma escolha binária, sem considerar as complexidades emocionais e sociais envolvidas. As vivências emocionais no momento do recebimento da informação sobre a necessidade de amputação foram resgatadas pelos participantes idosos afetados, que descreveram sentimentos de profunda tristeza e resistência à cirurgia, evidenciando o impacto subjetivo e a dificuldade inerente a este procedimento.

Nesse contexto, a comunicação sobre a necessidade da amputação deve ser conduzida de forma humanizada, empática e acolhedora, especialmente quando envolve pessoas idosas com diabetes mellitus e com risco elevado de mortalidade perioperatória ou pós-operatória precoce. A utilização de uma linguagem de fácil compreensão, inclusiva e sensível facilita o estabelecimento de uma relação de confiança, fundamental para uma melhor aceitação e, conseqüentemente, um processo de recuperação mais eficaz. Essa questão suscita a reflexão sobre a importância da linguagem na comunicação em saúde e a necessidade de sua inclusão nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação da área de saúde, por meio de debates e capacitações sobre habilidades comunicativas. O desenvolvimento dessa competência é essencial para a qualidade do cuidado prestado. Capacitar futuros profissionais, e mesmo aqueles já em exercício para uma comunicação empática e

centrada na pessoa, permite que o cuidado seja mais acolhedor e eficiente, promovendo condições que favoreçam sua recuperação.

Observou-se que a amputação maior de membro inferior representou um evento de grande repercussão para todos os participantes independente do tempo decorrido do procedimento cirúrgico. Pôde-se identificar que a perda de uma parte do corpo para os participantes idosos submetidos à amputação, transcendeu a dimensão física, reverberando profundamente na construção da autoimagem e na vivência da identidade. Foram evidenciados sentimentos de luto pelo corpo perdido, insegurança quanto ao futuro, frustração pela perda da autonomia e diminuição da autoestima, abalada à medida que a pessoa confrontava a discrepância entre a imagem corporal preexistente e a nova realidade. O lamentar pela perda de uma parte de si não foi apenas no plano concreto das pessoas afetadas, mas também no simbólico para todos os participantes envolvidos nesse contexto.

Dos seis participantes idosos com amputação, cinco relataram a vontade de continuar trabalhando, se relacionando com amigos, de poder sair sem precisar da ajuda de outras pessoas e de continuar a viver como antes. No entanto, a realidade era muito diferente, pois as dificuldades impostas pela falta de acessibilidade, como a ausência de adaptações nas residências ou a carência de infraestrutura de acessibilidade nos espaços públicos, foram apontadas em quase todas as entrevistas como aspectos limitantes de sua autonomia. Mesmo com o uso de cadeiras de rodas, muitos participantes não conseguiam acessar as ruas ou socializar devido presença dessas barreiras, especialmente das escadas nas próprias residências.

O impacto da amputação também se refletiu no bem-estar físico, emocional e social dos cuidadores familiares. Essas pessoas frequentemente precisavam auxiliar o familiar com amputação na locomoção dentro da residência, seja empurrando a cadeira de rodas, carregando-o nas escadas ou auxiliando-o em atividades diárias. Essa sobrecarga resultou em dores físicas e sentimentos frustração pela perda da liberdade e da vida social anterior, refletindo-se em impacto emocional para os cuidadores. No entanto, as narrativas também evidenciaram um fortalecimento compensatório dos vínculos familiares, particularmente entre os participantes idosos com amputação e os familiares que assumiram o papel de cuidadores principais. Dessa forma, é crucial reconhecer que a vivência da amputação é singular e multidimensional, influenciada por fatores como a natureza da perda, a dinâmica familiar, o suporte social disponível e a resiliência pessoal. Este estudo reforça a

urgente necessidade de políticas públicas e programas de apoio que assegurem melhores condições de acessibilidade para todas as pessoas com deficiência, independente de qual seja. Essa medida é fundamental para promover sua autonomia, fortalecer a autoestima, melhorar sua qualidade de vida e, conseqüentemente, diminuir a sobrecarga enfrentada por seus cuidadores. A análise das estratégias adotadas para o enfrentamento dos desafios decorrentes da amputação revelou que muitos participantes com amputação ainda estavam em processo de adaptação à nova condição de vida, mesmo entre aqueles com mais de um ano de realização do procedimento cirúrgico. Os familiares também relataram estar em processo de adaptação, uma vez que suas vidas mudaram completamente e que “desarrumou” tudo na dinâmica familiar. Observou-se que, na maioria das residências, não foram realizadas modificações estruturais relevantes para atender às novas demandas de acessibilidade. Um fator agravante identificado foi a condição de vulnerabilidade socioeconômica dos participantes, que restringia a viabilidade de adaptações ambientais compatíveis com a mobilidade reduzida do familiar afetado. As adaptações identificadas restringiam-se, em grande parte, ao reposicionamento de móveis para facilitar a circulação com cadeira de rodas ou com o andador. Apenas uma residência passou por uma reforma no banheiro, viabilizada exclusivamente por contribuições da família extensa. Apesar da ausência de apoio financeiro externo, as famílias buscaram soluções alternativas para contornar as dificuldades de acessibilidade.

A criatividade dos cuidadores destacou-se como um aspecto relevante, pois, mesmo sem conhecimento técnico formal em ergonomia, desenvolveram adaptações eficazes e acessíveis. Exemplos dessas adaptações incluem a construção de um andador utilizando tubos de PVC, a adaptação de uma cadeira de plástico perfurada para servir como suporte elevado sobre o vaso sanitário e a instalação de uma roldana no teto acima da cama com uma corda pendurada, permitindo ao participante idoso com amputação realizar mudanças de decúbito de forma independente. Essas estratégias proporcionaram maior autonomia aos participantes com comprometimento, permitindo que realizassem atividades diárias essenciais, como higiene pessoal, independência para se vestirem e transferências no leito, promovendo autoconfiança e maior controle sobre suas rotinas. Entretanto, a acessibilidade inadequada das residências foi um outro fator predominante nos desafios enfrentados pelos participantes.

A presença de barreiras arquitetônicas significativas, como longas escadas e divisórias internas que dificultavam ou impediam a locomoção em cadeira de rodas, comprometeu a funcionalidade e a independência dos participantes com amputação. Embora alguns domicílios tenham recebido a instalação de corrimãos nas escadas como medida de apoio, essa intervenção não foi suficiente para garantir autonomia plena, uma vez que apenas um participante utilizava prótese, enquanto os demais dependiam de cadeiras de rodas ou muletas para locomoção. Diante dessas dificuldades, estratégias individuais foram adotadas para lidar com as limitações impostas pelo ambiente. Um dos participantes, por exemplo, adotou como alternativa para descer os três lances de escada de sua residência o deslocamento sentado, movendo-se degrau por degrau. Essa estratégia, embora improvisada, permitiu-lhe reduzir a dependência de terceiros. Tal comportamento evidencia uma atitude proativa na busca por soluções adaptativas diante das barreiras arquitetônicas do ambiente doméstico.

Uma outra estratégia amplamente relatada pelos participantes, especialmente entre os idosos submetidos à amputação, foi a busca de conforto na espiritualidade. A crença em um Ser superior, percebida como capaz de ouvir preces, oferecer proteção, acolhimento e um refúgio emocional, desempenhou um papel fundamental na aceitação da nova condição de vida, conforme evidenciado nas narrativas dos seis participantes idosos com amputação e de quatro cuidadores familiares. Nesse contexto, a espiritualidade emerge como um eixo estruturante de conforto e resiliência, especialmente para os idosos que já enfrentavam desafios inerentes a longevidade. Foi possível perceber nas narrativas, que a influência da espiritualidade transcende o mero alívio emocional, configurando-se como um fator determinante na capacidade de adaptação e enfrentamento de adversidades, promovendo bem-estar emocional, aspecto essencial diante das perdas funcionais e sociais presentes nas vidas dos participantes idosos com amputação. Além disso, para a maioria dos participantes, a espiritualidade atuou como um mecanismo de regulação emocional reforçando a resiliência frente aos desafios impostos pelas mudanças após a amputação.

Constatou-se neste estudo que antes do procedimento de amputação, três participantes com amputação desconheciam os cuidados essenciais para um manejo adequado do diabetes mellitus. Especificamente, a prevenção de lesões nos pés, um aspecto crucial para evitar complicações graves, não fazia parte de rotina de cuidados dos seis idosos que foram submetidos à amputação. A falta de informação sobre o

risco elevado de amputação de membros inferiores associado à condição foi uma constante entre os entrevistados. Entre os fatores que contribuíram para essa lacuna no autocuidado, destacam-se a negligência no controle glicêmico, seja pela escolha de um estilo de vida sem restrições alimentares e médicas, seja pela negação do próprio diagnóstico. A ausência de um acompanhamento sistemático e de orientações adequadas também resultou em práticas inadequadas de prevenção. Embora todos os participantes com amputação tenham relatado a adoção de exercícios físicos e cuidados pessoais após a amputação, tais ações eram frequentemente realizadas sem a devida orientação profissional, o que pode comprometer sua eficácia.

Essa fragilidade no processo educativo emerge como um fator determinante para a alta incidência de complicações nos pés em pessoas com diabetes, evidenciando uma lacuna crítica na promoção da saúde. A falta de intervenções preventivas eficazes contribui diretamente para o aumento das taxas de amputação, destacando a necessidade de estratégias educativas mais robustas, acessíveis e contínuas. Programas de educação em saúde voltados para o autocuidado, aliados ao acompanhamento multiprofissional, podem desempenhar um papel essencial na mitigação dos desfechos negativos associados ao diabetes, promovendo maior autonomia e qualidade de vida às pessoas acometidas pela doença. Além disso, a inclusão da capacitação específica para cuidadores, especialmente os informais, é igualmente relevante, pois contribui para o manejo adequado das demandas do cuidado, reduz a sobrecarga física e emocional e favorece um ambiente mais seguro e acolhedor tanto para o idoso quanto para quem o assiste.

Reconhece-se neste estudo a relevância das adaptações e modificações estruturais que promovem a acessibilidade e a autonomia para as pessoas com deficiência, especialmente no contexto do retorno ao domicílio após uma amputação. Ao mesmo tempo, também foi possível perceber o poder da fé, da crença e da espiritualidade como recursos fundamentais para a resiliência no enfrentamento de adversidades. No entanto, é crucial enfatizar que, embora esses aspectos sejam indiscutivelmente importantes, sua eficácia será limitada se a pessoa acometida e sua família não tiverem acesso à educação adequada sobre os cuidados necessários para prevenir complicações associadas ao diabetes mellitus. O conhecimento é, sem dúvida, um motor de empoderamento, proporcionando à pessoa um entendimento profundo sobre seu próprio corpo e condição. Quando esse saber é internalizado, ele confere significado e direção às ações, permitindo que o indivíduo adote atitudes

proativas em relação à sua saúde, independentemente das dificuldades financeiras ou sociais que possa enfrentar.

O suporte social vai além do auxílio emocional e prático, influenciando diretamente a autoestima, a autonomia e o bem-estar da pessoa com deficiência adquirida. O suporte familiar revelou-se fundamental para a maioria dos participantes, assim como foi evidenciada a formação de vínculos familiares mais fortalecidos após a amputação do familiar idoso, que contribuíram para o processo de cuidado e adaptação. A assistência de amigos, que auxiliavam no deslocamento para consultas médicas, e de vizinhos, que contribuíram com doações de dispositivos assistivos como cadeiras de rodas, andadores e muletas, também foram mencionadas como valiosas contribuições.

Em apenas um dos casos analisados, identificou-se uma dinâmica familiar desequilibrada, marcada por sentimentos de tristeza do participante idoso com amputação e pelo descontentamento do cuidador em relação à sobrecarga de trabalho e à falta de reconhecimento dos demais familiares. Nessas situações, a mediação e a resolução de conflitos tornam-se essenciais para a construção de relações saudáveis e para a criação de um ambiente social harmonioso e acolhedor.

A maioria dos cuidadores familiares assumiu a responsabilidade pelo cuidado do idoso amputado sem qualquer preparo prévio ou suporte adequado, enfrentando desafios físicos e emocionais significativos. Apenas uma cuidadora possuía capacitação específica, devido à sua experiência como técnica de enfermagem. Diante dessa realidade, os cuidadores reconhecem a importância do seu papel e a necessidade de estratégias para reorganizar a vida cotidiana, conciliando as exigências do cuidado com suas rotinas pessoais e familiares. Para isso, observou-se um esforço contínuo em buscar um equilíbrio entre essas demandas, com iniciativas que começaram ainda no período de internação hospitalar do idoso e se mantêm no dia a dia. Em algumas narrativas, destacou-se a tentativa de dividir as tarefas entre os familiares, como uma forma de prevenir a sobrecarga de um único cuidador e garantir um suporte mais eficiente e sustentável. No entanto, muitos cuidadores ainda enfrentam dificuldades, o que reforça a necessidade de um olhar mais atento para essa questão. É fundamental que o Estado reconheça e valorize essa função, implementando políticas públicas que garantam suporte financeiro, assistência psicológica e capacitação para esses cuidadores.

O fortalecimento das redes de apoio não deve ser visto apenas como uma questão de equidade social, mas como uma estratégia essencial para reduzir complicações evitáveis, minimizar internações prolongadas e otimizar os recursos do sistema de saúde. Investir no bem-estar e na capacitação dos cuidadores não é um gasto, mas uma medida indispensável para assegurar uma assistência mais humanizada, eficiente e sustentável.

O processo de restabelecimento do equilíbrio emocional, social e funcional diante de mudanças significativas na condição de vida, saúde ou identidade envolve múltiplas dimensões. No contexto da amputação em idosos, a adaptação psicossocial abrange a aceitação das limitações impostas pela deficiência adquirida, a reconfiguração da autoimagem, a reconstrução da autoestima e a reformulação de expectativas em relação ao futuro. Trata-se de um fenômeno dinâmico, diretamente influenciado pela maneira como a pessoa vivencia e enfrenta a amputação, a perda da autonomia e as implicações do próprio diabetes, que também é preditor de várias outras complicações sistêmicas. Essa adaptação é mediada por recursos internos, como a espiritualidade, e externos, incluindo os apoios sociais informal e formal. Essas ferramentas são fundamentais para lidar com os desafios emocionais, sociais e práticos decorrentes da amputação, contribuindo para a reintegração da pessoa à vida cotidiana de forma mais autônoma e segura. A atuação de uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, em articulação com o apoio familiar, potencializa o desenvolvimento de estratégias adaptativas eficazes. Esse suporte integrado fortalece a confiança e estimula seu protagonismo no processo de reabilitação. Entretanto, observou-se que apenas dois participantes idosos relataram ter recebido acompanhamento psicológico, limitado ao período de internação hospitalar. Esse dado evidencia uma lacuna no cuidado integral, ressaltando a necessidade de ampliação e continuidade do suporte psicossocial, de modo a garantir uma adaptação mais sólida, acolhedora e sustentável ao longo do tempo.

A mesma lacuna foi observada na reabilitação física, uma vez que somente três participantes receberam orientações e poucos atendimentos com fisioterapeutas. Em seus relatos, destacaram a necessidade de acompanhamento profissional para aprender novas formas de realizar atividades diárias e para o manejo adequado do membro residual e do remanescente.

A análise das narrativas evidenciou a necessidade de um suporte mais célere e eficaz para pessoas com complicação no pé decorrente do diabetes e suas famílias, considerando que muitas delas demandam assistência contínua no manejo e cuidado adequado com seus pés. A intervenção imediata, de preferência multidisciplinar, não apenas melhora os prognósticos clínicos, mas também reduz o impacto socioeconômico dessa complicação crônica do diabetes mellitus, minimizando hospitalizações prolongadas e a sobrecarga dos sistemas de saúde.

Outro aspecto relevante foi a dificuldade de acesso a dispositivos auxiliares de mobilidade. A maioria dos participantes não possuía cadeira de rodas, andador ou outros equipamentos essenciais para locomoção. Nos casos em que esses dispositivos estavam disponíveis, seu acesso se deu majoritariamente por meio de doações, evidenciando a ausência de suporte adequado por parte dos serviços de saúde. Esses fatores impactaram negativamente as condições de vida dos participantes com amputação de membro inferior, comprometendo sua funcionalidade, autonomia e, conseqüentemente, seu bem-estar. Além disso, essa realidade também trouxe repercussões significativas para os cuidadores familiares, que frequentemente precisavam carregar os participantes para subir e descer escadas ou auxiliá-los em atividades da vida diária. A ausência de espaços adequados e de acessórios que facilitassem a realização de atividades instrumentais agravava ainda mais essas dificuldades, intensificando a sobrecarga física e emocional dos cuidadores.

A estratégia metodológica adotada para a coleta de dados neste estudo, baseada em visitas domiciliares realizadas pela pesquisadora, possibilitou uma observação direta e aprofundada do contexto em que os participantes vivem. Esse contato *in loco* permitiu a captação de nuances que poderiam não ser percebidas por meio de outros métodos de coleta de dados, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da realidade dos participantes estudados. Além disso, os dados coletados nos formulários da pesquisa, somados à análise da estrutura física das residências e do bairro onde os participantes estavam inseridos, possibilitaram uma avaliação preliminar das condições de vida. No entanto, o processo de campo apresentou desafios significativos. A violência urbana e o aumento da criminalidade na cidade exigiram uma avaliação criteriosa por parte da pesquisadora, que, mesmo diante dos riscos, decidiu prosseguir com a investigação. A opção por conduzir a pesquisa presencialmente foi fundamentada na crença de que a imersão no ambiente

dos participantes proporcionaria dados mais ricos e autênticos, além de permitir que a pesquisadora vivenciasse, ainda que de forma parcial, os desafios cotidianos enfrentados pelos participantes deste estudo. Essa experiência transcendeu o rigor científico e técnico da pesquisa, deixando marcas profundas não apenas nos registros documentais, como no diário de campo e no dispositivo móvel da pesquisadora, mas também em sua memória e percepção sobre a realidade social analisada.

Embora a abordagem adotada neste estudo tenha possibilitado uma observação do contexto de vida dos participantes, a pesquisadora reconhece algumas limitações inerentes à metodologia utilizada. Em especial, destaca-se a restrição para uma análise mais ampla e sistemática das condições de vida que impactam essa população, o que limita a generalização dos achados. Soma-se a isso a escassez de estudos científicos que abordem diretamente as condições de vida de pessoas com perfis semelhantes aos dos participantes desta pesquisa, o que dificultou a ancoragem em um referencial teórico consolidado sobre o tema. Esse cenário impôs desafios adicionais à fundamentação das análises, exigindo um esforço interpretativo ampliado.

A lacuna identificada na literatura evidencia a necessidade de futuras investigações que explorem essa temática sob diferentes enfoques metodológicos, incorporando, por exemplo, o uso de metodologias mistas, levantamentos epidemiológicos e abordagens interdisciplinares. Tais estratégias têm o potencial de ampliar o escopo da análise e fornecer evidências mais consistentes sobre os determinantes sociais que influenciam as condições de vida dessa população. Essas evidências são fundamentais para subsidiar políticas públicas mais eficazes e sensíveis às especificidades de pessoas idosas com diabetes submetidas à amputação de membro inferior. Nesse cenário, a expressiva carga do diabetes mellitus entre a população idosa reforça a necessidade de aprofundar estudos epidemiológicos que caracterizem com maior precisão o panorama dessa condição em distintos municípios, a exemplo de Salvador. A produção de informações mais consistentes é essencial não apenas para orientar a formulação de políticas públicas voltadas à prevenção, ao controle e ao manejo adequado do diabetes, mas também para embasar o planejamento de intervenções que reduzam suas complicações e minimizem a sobrecarga imposta ao sistema de saúde.

Terço estas considerações, reforçando a convicção de que é possível, e necessário, avançar na melhoria das condições de vida das pessoas idosas submetidas à amputação de membro inferior devido ao diabetes mellitus. Para tanto, é essencial uma abordagem que transcenda a dimensão clínica e contemple os determinantes sociais da saúde, bem como as necessidades individuais de reabilitação e reinserção social. A ampliação e qualificação dos serviços de assistência, com foco na reabilitação integral, são medidas imprescindíveis para garantir um cuidado mais eficaz e humanizado. A distribuição de próteses e dispositivos auxiliares de marcha deve ser mais equitativa, alinhando-se à demanda real e garantindo que todas as pessoas com condições clínicas e físicas adequadas tenham acesso a esses dispositivos de tecnologia assistiva. O Estado, enquanto agente central na promoção da saúde, deve fortalecer políticas públicas que assegurem a dignidade, a autonomia e o bem-estar dessas pessoas, incluindo o suporte aos familiares que assumem responsabilidades de cuidado. Ademais, a implementação de programas de apoio psicológico, reabilitação física e reinserção social torna-se essencial para que essas pessoas possam retomar sua funcionalidade e participação na vida comunitária, independentemente da idade. Somente por meio de uma rede de assistência estruturada e de políticas inclusivas será possível minimizar as desigualdades e proporcionar um futuro mais digno para aqueles que enfrentam essa condição.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. M. de. *Repercussões psicossociais e espirituais da doença renal crônica e dos tratamentos de hemodiálise e diálise peritoneal sobre os familiares*. 2020. Tese (Doutorado em Família na Sociedade Contemporânea) – Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2020.
- ALMEIDA, M. C. *Saúde e Reabilitação de Pessoas com Deficiência: Políticas e Modelos Assistenciais*. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2000.
- ALMOUSA, A. Y.; HAKAMI, O. A.; QUTOB, R. A. Knowledge, Attitude, and Practice Toward Diabetes Mellitus and Their Association With Socioeconomic Status Among Patients With Type 2 Diabetes Mellitus in Saudi Arabia. *Cureus*, v. 15, n. 5: e39641, 2023. Disponível em: <http://doi: 10.7759/cureus.39641>. Acesso em 17 mar. 2025.
- ALVARENGA, M. R. M. *et al.* Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 16, v. 5, p. 2603-2611, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500030>. Acesso em: 11 ago. 2024.
- ALVES, F. L. M. T.; LAPORTA, G. Z. Prevalência e fatores associados à amputação de membros inferiores em indivíduos com diabetes mellitus tipo II em um hospital de referência em Fortaleza, Ceará, Brasil: estudo transversal de base hospitalar. *Heliyon*, v. 6, ed. 7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04467>. Acesso em: 22 maio 2022.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, v. 42, Suppl 1, p. S13-S28, 2019a Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes—2019 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, v. 37, n. 1, p. 11-34, 2019b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6336119/>. Acesso em 28 mar. 2024.
- AMOAH, V. M. K. *et al.* The experiences of people with diabetes-related lower limb amputation at the Komfo Anokye Teaching Hospital (KATH) in Ghana. *BMC. Res. Notes*, v.11 n.66, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5781296>. Acesso em: 28 mar. 2024.
- ANWAR, R. M. A.; KHURSHID, J.; SULTAN, S. Determinants of lower limb amputations in diabetics in surgical department of Mayo hospital, Lahore. *Indo Am. J. P. Sci.*, v. 06, n. 03, 2019. Disponível em: <https://iajps.com/pdf/march2019/100.IAJPS100032019.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2023.

- ARAÚJO, M.G. de O. *et al.* Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 728-736, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/v7KsZMSBxtYynm7LVTHrG7M/?lang=en>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- ARMSTRONG, D. G.; BOULTON, A. J. M.; BUS, S. A. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *N. Engl. J. Med.*, v. 376, n. 24, p. 2367-2375, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28614678/>. Acesso em: 15 fev. 2024.
- ASSUMPÇÃO, E. C. *et al.* Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. *J., Vasc., Bras*, v. 8, n. 2, p. 133-138, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2450/245016489005.pdf>. Acesso em: 15 fev.2024.
- ATINGA, B-E. *et al.*, Lifestyle Adjustments in Diabetic Individuals Following Lower Extremity Amputations: A Qualitative Study. *Cureus*, v.16, n.12:e76188, 2024. Disponível em: [http:// DOI: 10.7759/cureus.76188](http://DOI: 10.7759/cureus.76188). Acesso em 13 jun. 2025.
- ATKINSON, M.A.; EISENBARTH, G.S.; MICHELS, A.W. Diabetes tipo 1. *Lanceta*, v.4, 383(9911), p.69–82, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23890997/>. Acesso em: 28 mar. 2024.
- AWORI, K. O; ATINGA, J. E. Lower limb amputations at the Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East Afr Med J*, v. 84, n.3, p.121-6, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17600981/>. Acesso em: 22 mar. 2024.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARONE, M.; HELMAN, B; PEDROSA, H. *et al.* *A linguagem importa*. Atualização de Linguagem para Diabetes, Obesidade e outras Condições Crônicas de Saúde. Fórum Intersetorial para combate às DCNTs no Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.forumdcnts.org/post/linguagem-importa>. Acesso em: 05 abr. 2024.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc. saúde colet.*, v. 22, n. 7, jul., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 17 jan. 2025.
- BARROS, R. P.; MENDONÇA, R. S. P. de. A evolução do bem-estar e da desigualdade no Brasil desde 1960. Brasília; Rio de Janeiro: *RC Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)*. 1995. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2475/1/td\\_0286.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2475/1/td_0286.pdf). Acesso em: 29 mar. 2025.
- BATISTA, N. N.L. A.L.; LUZ, M.H.B.A. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.65, n.2, p. 244-50, mar./abr., 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200007>. Acesso em: 11 set. 2023.

BERGO, M. F. da C.; PREBIANCHI, H.B. Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, v.20, n.1, p. 33-46. São Paulo, SP, jan-abr., 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>. Acesso em: 09 mar. 2025.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M; MOREIRA, L. V. de C. Repensando as questões da tolerância e dos direitos humanos vinculados à família. In: CARVALHO, A. M. A.; MOREIRA, L. V. de C (org.). *Família, subjetividade, vínculos*. São Paulo: Paulinas, 2007, Cap. 8, p 195-213.

BOFF, L. *Espiritualidade: um caminho de transformação*. Edt. GMT, 2006, 96p.

BOSSARDI, C. N. *et al.* Funcionamento Familiar e Deficiência: Um Estudo com Pessoas com Deficiência Física Adquirida na Região do Vale do Itajaí (SC). *Psicol. cienc. prof.*, v. 41, n.3), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003190599>. Acesso em 14 mar. 2025.

BOULTON, A.J. M.; ARMSTRONG, D. G.; LÖNDAHL, M. New Evidence-Based Therapies for Complex Diabetic Foot Wounds. *ADA Clinical Compendia*, p. 1-23, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/db2022-02>. Acesso em: 05 out. 2024.

BRANDÃO, C. G. *et al.* Perfil de saúde dos cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. *Revista Saúde & Ciências online*, v.6, n.2, p. 96-113, 2017. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/170>. Acesso em: 11 jan. 2025.

BRANDÃO, J.L. *Cognição, mobilidade e qualidade de vida de idosos com amputação de membro inferior devido à úlcera de pé diabético: uma série de casos*. Dissertação (mestrado em Estudos da Ocupação) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/53004/4/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Jessica%20Lohane%20Brand%c3%a3o%2029.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2025.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 05 jan.2025.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 16 fev. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. *Pessoas com Deficiência: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos, pesquisas e sistemas do Governo Federal*. 2023b. Disponível em:

[https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Relatorio\\_CGIE\\_PCD\\_.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Relatorio_CGIE_PCD_.pdf). Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. 1ª Ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 62 p.: il. ISBN 978-85-334-2361-9. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>. Acesso em: 03 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*, n.35. Brasília-DF, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno\\_atencaobasica35.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica35.pdf). Acesso em: 17 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 31 dez. 2010a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 27 mar. 2025.

BRASIL. Portaria Nº 2.344, de 03 de nov. 2010b. Atualiza a denominação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde sem Limite - Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013a. Disponível em: <[https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambiencia-dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Oficinas-Ortopedicas\\_07-de-outubro-de-2020\\_.pdf](https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambiencia-dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Oficinas-Ortopedicas_07-de-outubro-de-2020_.pdf)>. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_amputada.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf). Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Cadernos de atenção básica*, n.35. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno\\_atencaobasica35.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica35.pdf). Acesso em: 17 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Gestão do Cuidado Integral, Brasília - DF 2023a, Guia de cuidados para a pessoa idosa. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_cuidados\\_pessoa\\_idosa.pdf?utm\\_source](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf?utm_source). Acesso em: 14 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIGITEL. Brasil, 2023b. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023* [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 131 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2023.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2023.pdf). Acesso em: 04 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018 Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 424 p.: il. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_doencas\\_agravos\\_cronicos\\_desafios\\_perspectivas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf). Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação HIPERDIA. Brasília, 2011. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/aceso-a-informacao/hipertensao-e-diabetes-hiperdia/>. Datasus. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre mortalidade. Brasília; 2019b. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/estatisticas-vitais>. Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência – CONADE. Portaria n. 2.344, de 03 de novembro de 2010. Atualiza a denominação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 nov. 2010.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm). Acesso em: 14 jan. 2025.

BRIER, M. J. *et al.* Quality of Relationships With Caregivers, Depression, and Life Satisfaction After Dysvascular Lower Extremity Amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v.99, n. 3, p. 452-458, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2017.09.110>. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRITO, M. E. C. *Envelhecimento ativo, digno e saudável: Contributos dos idosos e seus cuidadores*. 2023. 384 f. Tese (Doutorado em Ciências da Educação) – FPCE, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/15619>. Acesso em 23 jul. 2024.

BRONFENBRENNER, U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

BROOMHEAD, P. *et al.* *Clinical guidelines for the pre and post operative physiotherapy management of adults with lower limb amputation*. 2nd ed. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2016.

BROTO, A. M., GUIMARÃES, A. B. P. A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol. hosp.* (São Paulo), v. 15, n. 1, p. 43-68 43, jan, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092017000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100004). Acesso em: 22 mar. 2024.

BUSS, P. M *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc. Saúde Colet.*, v. 25, n.12, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CABRAL, J.F. *et al.* Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 9, p. 3227-36, 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>. Acesso em 13 jun. 2025.

CALLAGHAN, B. C. *et al.* Diabetic neuropathy: clinical manifestations and current treatments. *The Lancet Neurology*, v.11, n. 6, p.521–34, jun. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22608666/>. Acesso em: 04 fev. 2024.

CAMARANO, A.A.; FERNANDES, D. Familiarização ou Desfamiliarização nos Cuidados para Idosos? Experiências Latino-Americanas. In: CAMARANO, A.; PINHEIRO, L. (Orgs.) *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). 2023, cap. 8, p.323-368 (v.1). Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/75/Cuidar\\_Transitivo\\_cap.8.p](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/75/Cuidar_Transitivo_cap.8.p). Acesso em 19 fev. 2024.

ÇAMUR, S.; BATIBAY, S. G.; BAYRAM, S. Effect of lower extremity amputation on caregiving burden in caregivers of patients with diabetic foot: Prospective cohort study. *International Wound Journal*, v. 17, n. 5, p. 890–896, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/iwj.13342>. Acesso em: 22 jan. 2025.

CANESQUI, A. M; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n.5, maio, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500002>. Acesso em: 15 jul. 2024.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2009. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/GeorgesCanguilhem-ONormaleoPatologico.pdf>. Acesso em: 17 fev.2025.

CARDOSO, N. A. *et al.* Fatores de risco para mortalidade em pacientes submetidos a amputações maiores por pé diabético infectado. *J. Vasc. Bras.*v.17, n. 4, p.296-302, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jvb/a/SmhvpvBwKkDb7MMNYtk48FZx/?format=pdf>. Acesso em: 09 ago. 2021.

CARMONA, G. A. *et al.* Major lower limb amputations in the elderly observed over ten years: the role of diabetes and peripheral arterial disease. *Diabetes Metab*, v. 31, n. 5, p. 449-454, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16357788/>. Acesso em 31 mar. 2024.

CARVALHO, F. S. *et al.* Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. *Arq Cienc Saude, Unipar*, v. 9, p. 23-30, 2005. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/215>. Acesso em: 25 mar.2024.

CASTRO, A. M. C. de; SILVA, J.S. da; MACEDO, L. C. dos S. A. *et al.* Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no brasil: uma revisão integrativa. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva, Salvador*, v.2, n.e11351, p.1-25, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351/8015>. Acesso em 03 abr. 2024.

CAVALCANTI, M. C. T. Aspectos emocionais no pré-operatório em amputação de membros. *J. bras. Psiquiatr*, v.43, n.3, p.159-61, mar. 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-154200>. Acesso em: 19 jan. 2024.

CECCON, R. F.; VIEIRA, L. J. E. de; BRASIL, C. C. P. *et al.* Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 17-26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QjLJcbQ6YzPQNWWhBXmsWCVs/>. Acesso em: 25 nov. 2024.

CHEQUINI, M. C. M. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicologia Revista*, v. 16, n. 1/2, p. 91-115, 2007. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18059/13419>. Acesso em: 17 mar. 2025.

CHETTY, R.; BHAGWAN, R.; GOVENDER, N. The biopsychosocial effects of transtibial amputation: A South African perspective. *African Journal of Disability*, v. 14(0), a1404, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/ajod.v14i0.1404>. Acesso em: 13 jun. 2025.

CHINI, G. C. de O.; BOEMER, M. R. A amputação na percepção de quem a vivência: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Rev Latino-am Enfermagem*, março-abril; v.15, n. 2, 2007. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/4ad86882-391f-4bab-822e-e67fe530b39a/001612371.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021.

CISNEROS, L. L. de. *Eficácia de um programa de educação em saúde e sentidos e significados atribuídos ao Diabetes Mellitus e aos cuidados com os pés por pacientes em risco*. 2005. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005, 182p.

CLEMENTE, K. A. P.; SILVA, S. V. da; VIEIRA, G. I. *et al.* Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. *Rev Saude Publica*, p. 56-64, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003893>>. Acesso em: 02 mar. 2024.

CONTE *et al.* GVG Writing Group. Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. *J Vasc Surg.* v. 69, n. 6S:3S-125S.e40, 2019. Disponível em: <doi: 10.1016/j.jvs.2019.02.016>. Acesso em: 26 mar. 2025.

CORRAL, A. C. T. *et al.* Idosos com demência: Fatores relacionados à qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 11, e66121143770, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i11.43770>. Acesso em 14 mar. 2025.

CORRÊIA, C. B.; LOCKMANN, K. A produção da noção de normalidade e seus sentidos históricos. *Educ. em Rev.*, v. 40, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-4698-39848>. Acesso em 19 jan. 2025.

CORTEZ, D.N. *et al.* Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em diabetes. *Ciencia y enfermería*, v. 24, n. 3, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-3.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2025.

COSTA, A. C. O. O Ato de Cuidar: vivências e percepções de uma redutora de danos. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.43, n. 122, p. 966-974, jul-set, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912224>. Acesso em: 06 mar. 2024.

COSTA, L. F. De possuído a preenchido: o corpo na trajetória da conversão. *Revista Antropológicas*, v. 19, n. 1, p. 123-140, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaantropologicas/article/view/23664/19320>. Acesso em 26 mar. 2024.

COSTA, R.H.R.; CARDOSO, N. A.; PROCÓPIO, R. J. *et al.* Diabetic foot ulcer carries high amputation and mortality rates, particularly in the presence of advanced age, peripheral artery disease and anemia. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. S583–S587, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2017.04.008>. Acesso em: 17 maio 2023.

COSTA, S. *et al.* Burden and quality of life in caregivers of patients with amputated diabetic foot. *Psych Journal*, v. 9, n. 5, p. 707–715, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32003154/>–Acesso em 04 jul. 2024.

DEL-PINO-CASADO, R.; PÉREZ-CRUZ, M.; FRÍAS-OSUNA, A. Coping, subjective burden and anxiety among family caregivers of older dependents. *Journal of Clinical Nursing*, v. 23, p. 3335–3344, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12561>. Acesso em: 05 dez. 2024.

DEMIDOFF, A. de O.; PACHECO, F.G.; SHOLL-FRANCO, A. Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente. *Ciências & Cognição*, v.12, p. 234-39, Rio

de Janeiro, nov., 2007. Disponível em:  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-58212007000300022](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212007000300022). Acesso em: 05 abr. 2021.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (eds.). *The SAGE handbook of qualitative research*. 5. ed. Los Angeles, CA: Sage, 2018.

DESMOND, M.; MacLACHLAN, M. Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine*, v. 62, n. 1, p. 208–216, 2006.

DIAS, C. M. de S.B. Velhice: vulnerabilidades e possibilidades. In MOREIRA, L. V. de C (org.). *Psicologia, Família e Direito: interfaces e conexões*. Coleção Família e Interdisciplinaridade. Curitiba. Juruá Editora, 2013, Cap. 5, p. 259-271.

DILLINGHAM, T. R.; PEZZIN, L. E.; MACKENZIE, E. J. Limb amputation and limb deficiency: Epidemiology and recent trends in the United States. *Southern Medical Journal*, v.95, n. 8, p.875–883, 2002. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12190225/>. Acesso em 23 set. 2024.

DINIZ, D. *O que é deficiência?* São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos).

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. *SUR- Rev. int. direitos human*, v. 6, n.11, dez., 2009. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>. Acesso em: 18 mar. 2025.

DINIZ, I.V. *et al.* Fatores associados à amputação não traumática em pessoas com Diabetes Mellitus: um estudo transversal. *Rev. Eletr. Enferm*, 2019. Disponível em:  
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/52484>. Acesso em 23 jun.2022.

DOMINGUES, Marisa Accioly Rodrigues da Costa. *Mapa mínimo de relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso*. 2004.170f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em:  
<https://doi.org/10.11606/T.6.2004.tde-09032021-184132>. Acesso em: 26 mar. 2025.

DONATI, P. *Família no século XXI: abordagem relacional*. Ed Paulinas: São Paulo, 2ª ed, 2011, 239 p. ISBN 978853562301-7.

DOSS, E. R.; POPEJOY, L.L. Informal Family Caregiving of Patients with Diabetic Extremity Wounds: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, v.45, n. 3, p. 272-281, 2023. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1177/01939459221115694>. Acesso em: 11 mar. 2025.

ELIAS, L.R.; SOUZA, A.S. de; BRANCO, P. C. C. O conceito de imagem corporal como produto de relações sócio-verbais: cultura, self e corpo. *REBAC*, v.19, n. 2, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/rebac/article/view/15664>. Acesso em 19 mar. 2025.

EMIDIO, T. S.; SILVA, F. G. da. Conjugalidade e deficiência física adquirida: um estudo a partir da perspectiva dos parceiros. *Pensando Famílias*, v.25, n.2, p. 3-18, Porto Alegre, dez. 2021. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v25n2/v25n2a02.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2025.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S. R. B.; GUIMARÃES, M. A.M. Aspectos fisiológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, v. 13, n. 2, p.11-20, 2014.

EZZATVAR, Y.; GARCÍA-HERMOSO, A. Global estimates of diabetes-related amputations incidence in 2010–2020: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 195, jan, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822722010087>. Acesso em: 06 jan.2025.

FERNANDES, A. P. dos S.; DENARI, F. E. Pessoa com deficiência: estigma e identidade. *Rev. FAEEBA- Ed e Contemp.*, Salvador, v. 26, n. 50, p. 77-89, set/dez, 2017. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/4263>. Acesso em 15 mar. 2025.

FERREIRA, M. A.F.; LATORRE, M. do R. D. de O. Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.9, p. 2523-2531, set. 2012. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590>>. Acesso em: 18 fev. 2025.  
FIGUEIRA, A. L. G. *et al.* Perception of social support by individuals with diabetes mellitus and foot ulcers. *Acta paul. Enferm.*, v.25, n. spe1, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800004>. Acesso em: 06 mar. 2024.

FIGUEIRÔA, G. R. Amputação de membro inferior no contexto do envelhecimento. In. SÁ, S. M. P.; FREITAS, J. V. (Org). *Envelhecimento & Deficiência*. Editora CRV, v.9, p.79-89, 2022.

FIGUEIRÔA, G.R. *Incidência de amputação não traumática de membro inferior em diabéticos*. Dissertação (mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

FIGUEIRÔA, G.R.; RAMOS, M.N.; SÁ, S.M.P. Ser Cuidador Familiar de Idosos com Amputação Maior de Membro Inferior: O Ônus e o Bônus. *Res., Soc. Dev.* v. 14, n. 1, e0214147852, 2025. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/entities/publication/f91ff3a8-8450-4ac1-a6ba-c01ed0378c05>. Acesso em: 15 fev. 2025.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLOR, H.; NIKOLAJSEN, L. JENSEN; T. S. Phantom limb pain: a case of maladaptive CNS plasticity? *Nat Rev Neurosci.* v. 7, n. 11, p. 877-81, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17053811/>. Acesso em: 02, jan. 2025.

FORTINGTON, L.V. *et al.* Short- and Long-Term Mortality Rates after a Lower Limb Amputation. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, v. 46, n. 1, p.124–131, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23628328/>. Acesso em: 01 fev.2023.

FREITAS, C. R. de. A “Normalidade”: conceito de quantas faces? *Revista Educação Especial*, Santa Maria, v. 25, n. 44, p. 483-498, set./dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/1984686X6874>. Acesso em: 19 jan. 2025.

GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Aspectos Psicológicos da Cirurgia de Amputação. *Aletheia*, n. 30, p.59-72, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06>. Acesso em: 12 fev. 2022.

GARCIA, E. J. S.; RIBEIRO, J. F. de S. A dimensão afetiva e psicossocial da perda na amputação: um estudo de revisão. *Revista Mosaico*, v. 10, n. 1, p. 71-78, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i1.1723>. Acesso em: 15 out. 2024.

GAUGLER, J. E.; KANE, R. L. (EDS. Family caregiving in the new normal. *Academic Press*, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-417046-9.00001-5>. Acesso em 10 dez. 2024.

GHANBARI-AFRA, L.; ADIB-HAJBAGHERY, M.; DIANAT, M. Human Caring: A Concept Analysis. *J Caring Sci*, v.11, n. 4, p. 246-254, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36483689/>. Acesso em: 02 mar. 2025.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução Mathias Lambert, 4 ed. LTC, 2004.

GOZAYDINOGLU, S.; HOSBAY, Z.; DURMAZ, H. Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, v.53, p.221-225, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aott.2019.03.014>. Acesso em 20 mar. 2025.

GUEDA, M. T. D. *et al.* Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idoso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 19, n. 2, p. 301-308, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/BFCmjgfmXVcYrGDcGh4rbHH/?lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2023.

GURNEY, J. K. *et al.* Postoperative death after lower-limb amputation in a national prevalent cohort of patients with diabetes. *Diabetes Care*, v. 41, p. 1204-1211, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc17-2557>. Acesso em: 22 mar.2024.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Tradução: Marcia Sá Cavalcante Schuback. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

HOLANDA, A. F. Fenomenologia do “cuidado”: reflexões para um olhar sobre o binômio saúde-doença. In: PEIXOTO, A.J.; HOLANDA, A.F. coordenadores. *Fenomenologia do cuidado e do cuidar*. Perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá; p. 67-83, 2011.

HORGAN, O.; MACLACHLAN, M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disabil Rehabil*, v. 26, n. 14-15, p. 837-850, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15497913/>. Acesso em: 2 mar. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>. Acesso em 28 mar. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. *Características gerais dos domicílios e dos moradores: 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf). Acesso em: 12 mar. 2025

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2023c. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 19 fev. 2024.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). *Diabetes Atlas: 10th edition*. 2021. Disponível em: [https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf). Acesso em: 10 set. 2024.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT (IWGDF). *IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease*. 2023. Disponível em: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2024.

JESUS-SILVA, S.G. de. *et.al*. Análise dos fatores de risco relacionados às amputações maiores e menores de membros inferiores em hospital terciário. *Jornal Vascular Brasileiro*; v. 16, n. 1, p.16-22, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/9VsQsy7z4dLVZvVdPZysCbR/?lang=pt> Acesso em: 03 abr. 2023.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, jun. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jdb3Rrs9GTJ8tQBTLJYCTxx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2024.

KOLIVAND, S.; JAHANTABI-NEJAD, S.; HAMED, D. The Relationship between Quality of Life and Social Support in People with Diabetes with Lower Limb Amputation. *JMR*, v. 17, n. 3, p. 298-305, 2023. Disponível em: <https://jmr.tums.ac.ir/index.php/jmr/article/view/616>. Acesso em: 20 mar. 2025.

KONG, M-F.; GREGORY, R. Preventing foot complications in diabetes – The St Vincent Declaration 25 years on. *Br J Diabetes Vasc Dis.*, v. 14, p. 43-44, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15277/bjdv.2014.017>. Acesso em: 27 out. 2024.

LAGE, S. R. M.; LUNARDELLI, R. S. A.; KAWAKAMI, T. T. Capacitismo e suas formas de opressão nas ações do dia a dia. *Inovação, Tecnologia e Sustentabilidade*, Florianópolis, v. 28, e93040, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2023.e93040>. Acesso em: 16 mar. 2025.

LARRAÑAGAA, I. *et al.* Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* v. 22, n. 5, p.443-50, 2008. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500008). Acesso em: 22 fev. 2024.

LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Tradução: Viviane Mello Spena. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

LEANDRO, G. dos S. *et.al.* Mineração de dados na avaliação de óbitos após cirurgia de amputação. *J Vasc Bras*, v.17, n. 1, p.10-18, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5990270/>. Acesso em 23 mar. 2023.

LINO, V. T. S. *et al.* Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060115>. Acesso em: 09 jan. 2025.

LIU, R.; PETERSEN, B. J.; ROTHENBERG, G. M. *et al.* Lower extremity reamputation in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Diabetes Res Care*, jun., v. 9, n. 1, e002325, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34112651/>. Acesso em: 19 mai. 2024.

LUCAS, L. P. P. *et al.* A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] v.12, n. 3, p.535-8, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6005/7873>. Acesso em: 24 jul. 2024.

MACEDO, J. L. *et al.* Perfil epidemiológico do diabetes mellitus na região nordeste do Brasil. *Research, Society and Development*, v.8, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5606/560662194028/560662194028.pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

MACEDO, M. S.; ALMEIDA, M. M. C. DE; ARCE, V. A. R. Desafios e Perspectivas Relacionados à Ampliação do Acesso da Pessoa com Deficiência à Atenção Básica. *Revista Bahiana de Saúde Pública*, v.47, n.1, p. 258-268, 2023. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3760> Acesso em: 31 mar.2024.

MAGALHÃES, S. R. *et al.* Influência da espiritualidade, religião e crenças na qualidade de vida de pessoas com lesão medular. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 24, n. 3; p. 792-800, jul-set, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/yJd4DRQryPKhsGZZMHcRGmP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2025.

MAKAI, G. *al.*, Resilience in Patients with Diabetes-Related Lower Limb Amputation. *The Open Psychology Journal*, v.12, p. 34-39, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1874350101912010034>. Acesso em 5 fev. 2025.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças não transmissíveis no Brasil, 1990 a 2015, segundo estimativas do estudo de Carga Global de Doenças. *Med. J.*, v. 135, n. 03, may-jun, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0330050117>. Acesso em: 19 jan. 2025.

MARGAÇA, C.; RODRIGUES, D. Espiritualidade e resiliência na adultez e velhice: uma revisão. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 31, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i2/5690>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MARKATOS, K. *et al.* Hallmarks of amputation surgery. *International orthopaedics*, v. 43, n. 2, p. 493-499, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00264-018-4024-6>. Acesso em: 20 fev. 2024.

MARTINS, B.S. A reinvenção da deficiência: novas metáforas na natureza dos corpos Temáticas Diversas • *Fractal: Rev. Psicol.* v. 27, n. 3, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1653>. Acesso em 09 mar.2025.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: Um olhar socioantropológico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n. 36, p. 109-122, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7sXdQKdHJJKfSn3gHvrs5JS/>. Acesso em: 17 fev. 2025.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, v. 52, p.397-422, 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 18 ago. 2022.

MATOS, D. R.; NAVES, J. F.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Quality of life of patients with lower limb amputation with prostheses. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v.37 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/5f99wPx4NP5wxJyvYBrv8sJ>. Acesso em: 04 jan.2024.

MATUS-LOPEZ, M. A.; CHAVERRI-CARVAJAL, A.; JARA-MALES, P. C. O desafio de envelhecer na América Latina: cuidados prolongados na Costa Rica. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/357151868>. Acesso em: 04 jan. 2024.

MCDERMOTT, K. *et al.* Etiology, Epidemiology, and Disparities in the Burden of Diabetic Foot Ulcers Katherine. *Diabetes Care*, v.46, n. 1, p. 209–221, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9797649/>. Acesso em: 19 maio 2023.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em: 16 fev. 2025.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 16 fev.2025.

MENDES, P. N. *et al.* Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm.* v. 32, n. 1, p. 87-94, jan-fev, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>. Acesso em: 05 mar. 2025

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 662 p.

MILLER, T. A. *et al.* Factors that influence time to prosthesis receipt after lower limb amputation: A Cox proportional hazard model regression. *PM&R* [Internet], v. 15, n. 4, p. 474-481, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35119214/>. Acesso em: 10 set. 2024. PM R

MILMAN, M. H. S. A. *et al.* Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v.45, n.5, p. 447-451, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302001000500007>. Acesso em: 06 jul. 2022.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. de S. The imperative of caring for the dependent elderly person. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 247-252, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pQJqwKWPwLZHXSXrJQFydp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2024.

MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A.(orgs). *Antropologia, saúde e envelhecimento* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, 209 p. Antropologia & Saúde collection, 209 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2000.v5n1/7-18/pt>. Acesso em: 11 jan. 2025.

MONTEFUSCO, S. R. A. *et al.* Tensão do papel de cuidador: ocorrência em familiares de pessoas com doenças crônicas hospitalizadas. *Cienc Cuid Saude*, v.10, n. 4, pp. 828-835, 2011. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18329/pdf>. Acesso em: 02 mar. 2025.

NERI, A. F. A. L.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.; BEZERRA, S. S. O impacto da deficiência adquirida no microsistema familiar. *Revista Apae Ciência*, v.15, n. 1, jan/jun, 2021. Disponível em: DOI: 10.29327/216984.15.1-3. Acesso em: 15 mar. 2025.

NERI, A. L. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidimensional*. Campinas (SP): Alínea, 2007.

NERI, M. Desigualdade, Estabilidade e Bem-Estar Social. In: BARROS, R. P.; FERREIRA, F. H. G.; VELOSO, F. (org). *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Cap 3, p. 129-161, Brasília, 2007. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap\\_03\\_DesigualdadeEstabilidade.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Cap_03_DesigualdadeEstabilidade.pdf). Acesso em: 29 mar. 2025.

NISTA-PICCOLO, V. L.; MOREIRA, W. W. Corporeidade no esporte: a busca de autonomia. In: NISTA-PICCOLO, V. L.; MOREIRA, W. W. *Esporte para a vida no ensino médio*. São Paulo: Cortez, p. 38-51, 2012.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*, v. 65, p. 829-38, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gydrQM7MRQJvZ3C7JgGDfNJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jun. 2024.

OLIVEIRA, J.C.*et al*. Pé diabético e amputações em pessoas internadas em hospital público: estudo transversal. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. [S.l.] , v.41, n.1, p. 34-39, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i1.843>. Acesso em: 24 set. 2021.

OLIVEIRA, T. K.P. de; PARANÁ, C. M. de O. B. Deficiência Física Adquirida e Aspectos Psicológicos: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 2, abr./jun. 2021, p. 97-110. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1212>. Acesso em: 11 mar. 2025.

OLIVER, M. The social model of disability: thirty years on. *Disability & Society*, v.28, n. 7, p. 1024–1026, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.818773>. Acesso em 03 mar.2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo*, 2006. Disponível em: <https://www.un.org/>. Acesso em: 17 mar. 2025.

OSKASFORD, K.; FRUDE, N.; CUDDIHY, R. Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation Psychology*, v. 50, n. 3, p. 266-277, 2005. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2005-09798-011>. Acesso em: 07 mar. 2025.

PADOVANI, M. T. *et al*. Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 23, n. 2, p. 107-110, 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4813406/>. Acesso em: 30 nov. 2023.

PAIM, J.S. Abordagens Teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, Rita de Cássia Barradas (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 7-30.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. comps. *Estigma e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 25-46, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575415344.0003>. Acesso em 07 mar. 2025.

PEITER, P.C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, suppl.2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400013>. Acesso em: 10 mar. 2025

PEREIRA, L. S. M.; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc. saúde colet.*, v. 20, n. 12, dez., 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>. Acesso em: 12 mar. 2025.

PERSEGUINO, M. G.; OKUNO, M. F. P.; HORTA, A. L. M. Vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210034, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0034>. Acesso em: 14 jul. 2024.

PETRINI, J. C.; DIAS, M. C. *Família no debate cultural e político contemporâneo*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, v. 23, n. 4, p. 245-266, 2001. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2001-05815-002>. Acesso em: 07 abr. 2024.

PITTA, G. B. B. *et al.* Perfil dos pacientes portadores de pé diabético atendidos no Hospital Escola José Carneiro e na Unidade de Emergência Armando Lages. *J Vasc Br*, v. 4, n. 1, p.5-10, 2005. Disponível em: <https://www.jvascbras.org/article/5df24e180e8825a922b5f733>. Acesso em: 28 mar. 2024.

QUINN, G.; DEGENER, T. *Human Rights and Disability: the current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability*. United Nations, New York and Geneva, 2002. Disponível em: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf>. Acesso em 15 mar. 2025.

RABINOVICH, E.P. *et al.* Significados e experiências de vida na velhice de centenários. *Memorandum*, Belo Horizonte: UFMG, v. 38, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/34397/29094>. Acesso em: 18 mar. 2025.

RABINOVICH, E. P. *et al* (Orgs.). *Envelhecimento & Espiritualidade*. Curitiba: Editora CRV, v.2, 2022, 114p. (Coleção envelhecimento e vida familiar. Volume 2)

RAMOS, N. *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa, 2004, 367p.

RATLIFF, H. T.; SHIBUYA, N.; JUPITER, D. C. Minor vs. major leg amputation in adults with diabetes: Six-month readmissions, reamputations, and complications. *J Diabetes Complications*. v. 35, n. 5:107886, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056872721000544>. Acesso em 03 mar. 2025.

REIMERS, F. M (ed). *Audacious education purposes: how governments transform the goals of education systems*, eBook. Switzerland: Springer Open, January, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-41882-3>. Acesso em: 29 mar. 2025.

REIS, L. A. dos; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicol. teor. prat.* v.17 n. 3, São Paulo, dez. 2015. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n3/03.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2022.

RESENDE, M. C. de. *et al*. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências & Cognição*. v. 10, p. 164-77, 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-58212007000100016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212007000100016) Acesso em: 28 mar. 2024.

ROCHA. M. R. A.; MARIN, M. J. S.; MACIAS-SEDA, J. Condições de vida, trabalho e saúde mental: um estudo com trabalhadores brasileiros e espanhóis que atuam em serviço de limpeza hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 10, p. 3821-3832, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35912018>. Acesso em: 29 mar. 2025.

ROCHA, B. M. P.; PACHECO, J. E. P. Idoso em situação de dependência: Estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.26, n. 1, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100009>. Acesso em: 09 jul. 2024.

RODRIGUES, D. *et al*. Needs of family caregivers of people with lower limb amputations: a scoping review. *Behavioral Sciences*, v. 14, n. 326, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/4/326>. Acesso em: 03 set. 2024.

ROLIM, D. *et.al*. Mortalidade depois da amputação. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, v.11, n. 3, p. 166-170, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ancv.2015.06.001>. Acesso em: 24 mar. 2024.

ROÇA, A. C. *et al.* Psychological consequences in patients with amputation of a limb: an interpretative-phenomenological analysis. *Frontiers in Psychology*, v. 26, n. 12, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493>. Acesso em: 08 jul. 2024.

SÁ, S. M. P.; RABINOVICH, E. P. Compreendendo a família da criança com deficiência física. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v.16, n. 1, p. 68-84, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v16n1/08.pdf>. Acesso em 02 mar. 2025.

SABINO, S. D. M.; TORQUATO, R. M.; PARDINI, A. C. G. Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiatr.* v. 20, n. 4, p. 224-228, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/361267491\\_Ansiedade\\_depressao\\_e\\_desesperanca\\_em\\_pacientes\\_amputados\\_de\\_membros\\_inferiores](https://www.researchgate.net/publication/361267491_Ansiedade_depressao_e_desesperanca_em_pacientes_amputados_de_membros_inferiores). Acesso em: 28 out. 2024.

SALLES, R. E. F. *et al.* Atuação fisioterapêutica na protetização de tibia pós-amputação transtibial. *REASE*. v.10, n. 7, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14845>. Acesso em 09 mar. 2025.

SANSOM-DALY, U. M. *et al.* End-of-life communication needs for adolescents and young adults with cancer: recommendations for research and practice. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, v. 9, n. 2, p. 157-165, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jayao.2019.0084>. Acesso em: 15 mar. 2025.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I. dos; CALDAS, C. P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 58, n. 1, fev., 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000100008>. Acesso em: 10 mar. 2025.

SANTOS, M. A. dos; ALVES, R. C. P.; OLIVEIRA, V. A. de. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n.3, p.651-658, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300015>. Acesso em: 29 mar. 2024.

SANTOS, M.C. *et al.* A compreensão do acompanhamento psicológico a partir da perspectiva de pacientes amputados. *Research, Society and Development*, v.12, n. 4, p. 1-12, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i4.41027>. Acesso em: 10 dez. 2024.

SANTOS, T. P. dos. Suporte Familiar no Cuidado de Pessoas com Diabetes Mellitus em Cidade do Interior da Bahia. *InterScientia*, João Pessoa, v.2, n.2, p.16-24, mai/ago., 2014 Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/68/65>. Acesso em: 24 fev. 2024.

SANTOS, W. P. dos *et al.* Repercussões das amputações por complicações do pé diabético. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, v.88, n.26, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.88-n.26-art.36>. Acesso em: 08 jan. 2025.

SARAMAGO, J. *Somos seres amputados*. José Saramago/Conferência. 1999. (Discurso proferido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Disponível em: <https://www.josesaramago.org/conferencia/somos-seres-amputados/>. Acesso em: 02 mar. 2021.

SCHAPER, N. C. *et al.* Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev.*, v. 36, suppl 1: e3266, mar., 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32176447/>. Acesso em: 06 mar 2024.

SCHOELLER, S. D. *et al.* Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. *Rev. Enferm. UFPE*, v.7, n. 2, p. 445-451, fev., 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10254/10871>. Acesso em: 13 mai. 2024.

SCHULZ, R.; EDEN, J. (Eds.). *Families caring for an aging America*. Committee on Family for Older Adults. The National Academic Press, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27905704/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

SCHULZ, R.; SHERWOOD, P. R. Physical and mental health effects of family caregiving. *The American Journal of Nursing*, v. 108, n.9 Suppl, p. 23-27, 2008. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2791523/> Acesso em: 3 abr. 2024.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia de Bolso, 2010, 464p.

SERAPIONE, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc. saúde coletiva*, v.10 (suppl), dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500025>. Acesso em: 13 fev. 2025.

SEREN, R.; DE TILIO, R. As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 64-78, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702014000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 mar. 2024.

SILVA, A. E. F. Acessibilidade e qualidade de vida das pessoas com deficiência física: estudo comparativo entre Brasil e Canadá., *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.* v. 21, n.3, p. 806-819, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822011000300011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000300011). Acesso em: 02 abr. 2024.

SILVA, A. A. S. da. *et al.* Amputações de membros inferiores por Diabetes Mellitus nos estados e nas regiões do Brasil. *Res. Soc. Dev.*, v. 10, n. 4, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13837>>. Acesso em: 31 mar. 2024.

SILVA, J. F. Acesso à saúde por pessoas com deficiência física no Brasil: uma análise de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Rev. Polit. Públicas*, v. 21, n.1, p.107-125, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8005>. Acesso em: 02 abr. 2024.

SILVA, L. de F. da; GUEDES, V. C.; MOREIRA, R. P. *et al.* Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paul Enferm*, v. 15, n. 1, pp. 40-47, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-313704>. Acesso em: 28 jul.2024.

SILVA, L. R. F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 801-815, 2008 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ss8BcwfWJSp8N68PmvtK5Jp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 mar. 2025.

SILVA, L. R. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 618-625, mar-abr, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rnZHMxnvMMYJSRPFqPPr4fm/?format=pdf&lang=es> Acesso em: 08 jul. 2023.

SILVA, P. B. da; SOUZA, P. V. S. de.; FREIRE, F. de S. Observação como técnica de pesquisa qualitativa: panorama em periódicos brasileiros. *Revista Ciências Sociais em Perspectiva*, v. 22, n. 42, P. 43-64, jul. 2023. Disponível em: [10.48075/revistacsp.v22i42.30627](https://www.scielo.br/j/csp/a/rnZHMxnvMMYJSRPFqPPr4fm/?format=pdf&lang=es). Acesso em: 04 fev. 2025.

SILVEIRA, A. L. da. *et al.* Corporeidade e existência: notas de uma perspectiva fenomenológica sobre a condição da pessoa com deficiência física. *Rev. abordagem gestalt.* v.18 n.1 Goiânia jun., 2012. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v18n1/v18n1a05.pdf>. Acesso em 16 fev. 2025.

SINGH, R. *et al.* Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. *Clinical Rehabilitation*, v. 23, p. 281-286, 2009. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/24011551\\_Depression\\_and\\_anxiety\\_symptoms\\_after\\_lower\\_limb\\_amputation\\_The\\_rise\\_and\\_fall](https://www.researchgate.net/publication/24011551_Depression_and_anxiety_symptoms_after_lower_limb_amputation_The_rise_and_fall). Acesso em: 05 maio 2023.

SINGH, R. K.; PRASAD, G. Long-term mortality after lower-limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, v.40, n. 5, p. 545-51, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0309364615596067>. Acesso em: 10 set. 2024.

SMITH, S. *et al.* *Clinical guidelines for the pre and post-operative physiotherapy management of adults with lower limb amputations*. London: BACPAR, 2nd ed., 2016. Disponível em: [https://www.bacpar.org/Data/Resource\\_Downloads/PreandPostOpGuidelines-Recommendations.pdf](https://www.bacpar.org/Data/Resource_Downloads/PreandPostOpGuidelines-Recommendations.pdf). Acesso em: 17 fev. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR (SBACV). *Brasil bate recorde de amputações de pés e pernas em decorrência do diabetes*.

Disponível em: <https://sbacv.org.br/brasil-bate-recorde-de-amputacoes-de-pes-e- pernas-em-decorrencia-do-diabetes/>. 2023

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. São Paulo: *Clannad. Editora Científica*, 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2020.

SOUSA, G. S. de. *et al.* Iniquidades de gênero entre cuidadoras de idosos dependentes. *Saúde Soc.* São Paulo, v.32, n.4, e220325pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9H6kmJ7bydqDZ7nyTwWSVKz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 fev. 2025.

SOUSA, J. R. de; SANTOS, S. C.M. dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul.- dez., 2020. ISSN 2237-9444. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049>. Acesso em: 23 fev. 2025.

SOUZA, A. S. de; GOMES, D. R. G. Aspectos simbólicos da amputação de membros inferiores na perspectiva da psicologia junguiana. *Rev. Psicol. Divers. Saúde*, Salvador, v. 10, n. 1, p.94-105, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.v10i1.3428>. Acesso em: 14 out. 2024.

SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 140-149, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>. Acesso em: 28 mar.2024.

SOUZA, S., S. de O. *et al.* A interface entre o conceito de arquétipos e família: caminhos possíveis para investigação em saúde mental e dinâmica familiar. In: SILVA, L. W. S. da S. (org.) *Família em contexto: multiversas abordagens em investigação qualitativa*. Arcadia, 2012, cap. 5, p. 153-189.

SOUZA, Y.P.; SANTOS, A.C.O.; ALBUQUERQUE, L.C. Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil). *J Vasc. Bras.* v. 18; e20190064, 2019. Disponível em: <https://www.jvascbras.org/article/doi/10.1590/1677-5449.190064>. Acesso em: 18 fev. 2025.

STEFFEN, P. L. de S. et al. Conceituando pessoa no cuidado em reabilitação à luz da teoria do reconhecimento de Asul Honneth. *Rev. enferm. UFPI*, v. 13: e5390, 2024. Disponível em: DOI: 10.26694/reufpi.v13i1.5390. Acesso em: 15 mar. 2025.

STODDARD, J.A. *et al.* Impact of brief intervention on patient anxiety prior to day surgery. *Journal of Clinical Psychology*, in Medical Setting, v.12, n. 2, p.99-110, 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/226615008>. Acesso em: 07 fev. 2023.

SUPLICI, S. E. R. *et al.* Adesão ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária: estudo de método misto. *Esc. Anna. Nery*, v. 25, n. 5, e20210032, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0032>. Acesso em: 7 ago. 2023.

TARTUCE, G. L. B. P. Cuidado e Cuidadoras: As várias faces do trabalho do care. *Cadernos de Pesquisa* v.43 n.148 p.366-377 jan./abr. 2013. Resenha de: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org). Cuidado e cuidadoras: as novas faces do trabalho do care. São Paulo: Ed. Atlas, 2012, 248 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-15742013000100019>. Acesso em 31 mar. 2024.

TAVARES, D.M.S. *et al.* Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*, v. 62, n. 6, p.825-830, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/njPVYGdHM5vJCPPpgNSKJMh/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 08 jan. 2024.

TEIXEIRA, D. K. S. *et al.* Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 22, n. 3, p.1-10, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/59PJHnNNmww8yZFdv5Gn6tM/?lang=en>. Acesso em 03 jun. 2024.

TROVÃO, C. J. B. M.; DEDECCA, C. S. Bem-estar e desigualdade de renda no Brasil. *Rev. econ. contemp.* v. 28, p. 1-36, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/19805527242813>. Acesso em: 29 mar. 2025.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd>. Acesso em 11 fev. 2024.

VAN NETTEN, J. J. *et.al.* Early Post-operative Mortality After Major Lower Limb Amputation: A Systematic Review of Population and Regional Based Studies. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, v.51, n. 2, p. 248–258, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26588994/>. Acesso em: 01 dez. 2023.

VARGAS, M.A. de O. *et al.* Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. *Acta Paul Enferm*, v. 27, n. 6, p. 526-32, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400086>. Acesso em 18 fev. 2024.

VARUNI, S. *et al.* Assessment of self-esteem and quality of life in patients with transtibial amputations using an exoskeletal prosthesis. *PMR*, v. 17, n.1, p. 37-44, 2024. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmjr.13191>. Acesso em: 20 mar. 2025.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILELA, E. G.; BORREGO, C. L.; AZEVEDO, A. B. de. Pesquisa Narrativa: uma proposta metodológica a partir da experiência. *Estudo Aplicados em Educação*, v.6,

n. 12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/rea-e.vol6n12.8129>. Acesso em: 07 mar. 2024.

WIERZBA, W. *et al.* Geographic variability of major non-traumatic lower limb amputations in diabetic and non-diabetic patients in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, v. 27, n. 1, p.76–79, 2020. Disponível em: <http://DOI: 10.26444/aaem/114725>. Acesso em: 11 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Classification of diabetes mellitus*. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>. Acesso em 22 maio 2023. ISBN 978-92-4-151570-2

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Social determinants of health*. Genebra: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>. Acesso em: 12 fev. 2025.

XU, Z. *et al.* Experiences of middle- aged individuals with lower extremity amputation caused by diabetic foot ulcer after disability in China: A qualitative study. *Nursing Open*. V. 11:e2213, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.2213>. Acesso em: 12 jun. 2025

YAZAWA, M. M.; OTTAVIANI, A.C.; SILVA, A. L. de S. *et al.* Qualidade de vida e apoio social de pessoas idosas cuidadoras e receptoras de cuidado em alta vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v.26:e230032, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230032.pt>. Acesso em: 24 mar. 2025.

ZANDAVALLI, R. B. *et al.* Espiritualidade e resiliência na atenção domiciliar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42: 2213, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/2213/1538/13178>. Acesso em 17 mar. 2025.

ZANETTI, M. L. *et al.* O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 186-92, abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200007>. Acesso em: 07 mar. 2024.

ZIEGLER, D. *et al.* Current concepts in the management of diabetic polyneuropathy. *Journal of Diabetes Investigation*. Oct 11, v. 12, n. 4, p. 464–75, 2020. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/344241429>. Acesso em: 05 out. 2023.

ZHU, X. *et al.* Struggling for normality: experiences of patients with diabetic lower extremity amputations and post-amputation wounds in primary care. *Prim Health Care Res Dev*, v. 16, n. 21:e63, p. 1-10, 2020. Disponível em: [doi: 10.1017/S146342362000064X](https://doi.org/10.1017/S146342362000064X). Acesso em: 13 jun. 2025.

**APÊNDICE A** - Formulário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes submetidos à amputação de membro inferior



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

<b>I- Dados Sociodemográficos:</b>		
Nome:		Registro no Prontuário:
Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	Data de Nascimento:	Idade:
Endereço:		CPF:
<b>II - Dados Clínicos:</b>		
Diabetes Mellitus: (1) Sim (2) Não	Tempo de diagnóstico: (1) < 5 anos; (2) 5 < 10; (3) ≥10	
Quantidade de amputações realizadas: (1) Uma; (2) duas; (3) ≥3	Data da última amputação:	
Nível da última amputação: (1) Transtibial; (2) Transfemoral		
<b>Comorbidades:</b>		
• Hipertensão Arterial: (1) Sim; (2) Não; (0) Sem informação no prontuário		
• Doença Arterial Periférica: (1) Sim; (2) Não; (0) Sem informação no prontuário		
• Doença Renal Crônica: (1) Sim; (2) Não; (0) Sem informação no prontuário		

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes idosos com amputação maior de membro inferior



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Repercussões da Amputação Maior de Membro Inferior Secundária ao Diabetes Mellitus nas Condições de Vida: Narrativas das Pessoas Idosas e suas Famílias*. Os objetivos desta pesquisa são: compreender as repercussões físicas, emocionais, sociais, espirituais e na condição de vida da pessoa idosa submetida à amputação de membro inferior, bem como de sua família; identificar as estratégias utilizadas para o enfrentamento dessa situação; e estabelecer a relação entre as políticas públicas e a condição de vida de pessoas idosas com amputação de membro inferior. Esta pesquisa está em total conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme estabelecido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como pela Resolução 510/2016, que regulamenta pesquisas na área de ciências humanas e sociais envolvendo seres humanos.

A realização desta pesquisa justifica-se pela elevada frequência do diabetes, uma condição associada a diversas complicações, incluindo a amputação de membro inferior. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a implementação de ações voltadas à prevenção dessas complicações. Para a coleta de dados, será realizada uma entrevista em sua residência, proporcionando um ambiente sigiloso e livre de interferências externas. O agendamento será feito previamente, em data e horário que sejam convenientes para você. Durante a entrevista, suas respostas serão gravadas em áudio, utilizando o celular da pesquisadora Giovana Rossi Figueirôa. As respostas serão transcritas pela pesquisadora e identificadas apenas por um número ou nome fictício, garantindo o anonimato. Considerando que a pesquisa investiga as repercussões nas condições de vida, será necessário realizar o registro fotográfico da área externa da residência, bem como dos espaços internos por onde a pessoa acometida circula. Todos os registros, incluindo os arquivos de áudio e transcrições, serão armazenados de forma segura e confidencial sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos. Após esse prazo, serão permanentemente destruídos.

Um possível risco associado à participação na pesquisa é que, durante a entrevista, ao compartilhar experiências pessoais e/ou familiares, você possa sentir tristeza, pesar ou desconforto ao lembrar situações vividas. Caso isso ocorra, você terá total liberdade para interromper a entrevista ou, se preferir, deixar de participar do estudo. Adicionalmente, se durante ou após sua participação no estudo você experimentar qualquer desconforto, sensação de violação de privacidade ou constrangimento, será oferecida a possibilidade de encaminhamento para consulta e suporte psicológico com a psicóloga Lyege de Lima Borges

Bastos, CRP nº 03/15227, sem nenhum custo, caso considere que isso lhe trará maior conforto. Sua participação nesta pesquisa não será remunerada, mas garantimos que não haverá interferência em suas atividades profissionais ou outros compromissos previamente assumidos. Além disso, você poderá, a qualquer momento, retirar seu consentimento e encerrar sua participação, caso deseje. Nesse caso, todas as informações fornecidas até o momento serão descartadas, sem qualquer prejuízo para você ou para a condução da pesquisa.

Esta pesquisa tem o potencial de gerar informações e conhecimentos que poderão contribuir para a capacitação de profissionais que prestam assistência a essa população, além de fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas para pessoas com diabetes. Espera-se que os resultados tenham impacto positivo, ainda que de forma indireta, para todos os indivíduos com diabetes, independentemente de terem ou não passado por amputação de membro inferior. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, e o sigilo da identidade dos participantes será rigorosamente garantido. Após a conclusão do estudo, os achados serão enviados para publicação em diversos meios de divulgação, visando alcançar e proporcionar uma devolutiva às pessoas interessadas na temática, sejam profissionais da saúde ou membros da sociedade em geral. Se você tiver dúvidas ou precisar de esclarecimentos, poderá entrar em contato diretamente com a pesquisadora, Giovana Figueirôa, pelo telefone (71) 99961-3259 ou pelo e-mail [figueiroagiovana@gmail.com](mailto:figueiroagiovana@gmail.com). Caso tenha questões relacionadas à conduta ética da pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, localizado na Avenida Prof. Pinto de Aguiar, nº 2589, Pituacu, Prédio C (térreo) da Pós-Graduação. Telefone: (71) 3206-7830 ou e-mail [cep@ucsal.br](mailto:cep@ucsal.br).

Eu, \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_,  
concordo em participar da pesquisa “Repercussões da Amputação Maior de Membro Inferior Secundária ao Diabetes Mellitus nas Condições de Vida: Narrativas das Pessoas Idosas e suas Famílias”.

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes cuidadores familiares



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada *"Repercussões da Amputação Maior de Membro Inferior Secundária ao Diabetes Mellitus nas Condições de Vida: Narrativas das Pessoas Idosas e suas Famílias"*. Sua participação é solicitada por ter sido identificado(a) pela pessoa submetida à amputação como o(a) familiar mais diretamente envolvido(a) em sua assistência nas atividades da vida diária.

Os objetivos desta pesquisa são: compreender as repercussões físicas, emocionais, sociais, espirituais e na condição de vida da pessoa idosa submetida à amputação de membro inferior, bem como de sua família; identificar as estratégias utilizadas para o enfrentamento dessa situação; e estabelecer a relação entre as políticas públicas e a condição de vida de pessoas idosas com amputação de membro inferior. Esta pesquisa está em total conformidade com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme estabelecido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como pela Resolução 510/2016, que regulamenta pesquisas na área de ciências humanas e sociais envolvendo seres humanos.

A realização desta pesquisa justifica-se pela elevada frequência do diabetes, uma condição associada a diversas complicações, incluindo a amputação de membro inferior. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a implementação de ações voltadas à prevenção dessas complicações. Para a coleta de dados, será realizada uma entrevista em sua residência, proporcionando um ambiente sigiloso e livre de interferências externas. O agendamento será feito previamente, em data e horário que sejam convenientes para você. Durante a entrevista, suas respostas serão gravadas em áudio, utilizando o celular da pesquisadora Giovana Rossi Figueirôa. As respostas serão transcritas pela pesquisadora e identificadas apenas por um número ou nome fictício, garantindo o anonimato. Considerando que a pesquisa investiga as repercussões nas condições de vida, será necessário realizar o registro fotográfico da área externa da residência, bem como dos espaços internos por onde

a pessoa acometida circula. Todos os registros, incluindo os arquivos de áudio e transcrições, serão armazenados de forma segura e confidencial, sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos e, após esse prazo, serão permanentemente destruídos.

Um possível risco associado à participação na pesquisa é que, durante a entrevista, ao compartilhar experiências pessoais e/ou familiares, você possa sentir tristeza, pesar ou desconforto ao relembrar situações vividas. Caso isso ocorra, você terá total liberdade para interromper a entrevista ou, se preferir, deixar de participar do estudo. Adicionalmente, se durante ou após sua participação no estudo você experimentar qualquer desconforto, sensação de violação de privacidade ou constrangimento, será oferecida a possibilidade de encaminhamento para consulta e suporte psicológico com a psicóloga Lyege de Lima Borges Bastos, CRP nº 03/15227, sem nenhum custo, caso considere que isso lhe trará maior conforto. Sua participação nesta pesquisa não será remunerada, mas garantimos que não haverá interferência em suas atividades profissionais ou outros compromissos previamente assumidos. Além disso, você poderá, a qualquer momento, retirar seu consentimento e encerrar sua participação, caso deseje. Nesse caso, todas as informações fornecidas até o momento serão descartadas, sem qualquer prejuízo para você ou para a condução da pesquisa.

Esta pesquisa tem o potencial de gerar informações e conhecimentos que poderão contribuir para a capacitação de profissionais que prestam assistência a essa população, além de fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas para pessoas com diabetes. Espera-se que os resultados tenham impacto positivo, ainda que de forma indireta, para todos os indivíduos com diabetes, independentemente de terem ou não passado por amputação de membro inferior. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, e o sigilo da identidade dos participantes será rigorosamente garantido. Após a conclusão do estudo, os achados serão enviados para publicação em diversos meios de divulgação, visando alcançar e proporcionar uma devolutiva às pessoas interessadas na temática, sejam profissionais da saúde ou membros da sociedade em geral. Se você tiver dúvidas ou precisar de esclarecimentos, poderá entrar em contato diretamente com a pesquisadora, Giovana Figueirôa, pelo telefone (71) 99961-3259 ou pelo e-mail [figueiroagiovana@gmail.com](mailto:figueiroagiovana@gmail.com). Caso tenha questões relacionadas à conduta ética da pesquisa, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador, localizado na Avenida Prof. Pinto de Aguiar, nº 2589, Pituáçu, Prédio C (térreo) da Pós-Graduação. Telefone: (71) 3206-7830 ou e-mail [cep@ucsal.br](mailto:cep@ucsal.br).

Eu, \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_,  
concordo em participar da pesquisa intitulada: Repercussões da Amputação Maior de  
Membro Inferior Secundária ao Diabetes Mellitus nas Condições de Vida: Narrativas das  
Pessoas Idosas e suas Famílias.

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE D - Formulário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes idosos com amputação maior de membro inferior**



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

<b>II- Dados Sociodemográficos:</b>			
Nome:		Pseudônimo Escolhido:	
Endereço/bairro de residência:		CPF:	
Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	Data de Nascimento:	Idade:	
Raça/cor autodeclarada: ( 1 ) Branca ( 2 ) Preta ( 3 ) Parda ( 4 ) Outra. Qual?			
Estado Civil: ( 1 ) Casado/a ou união estável (2) Divorciado/a ou solteiro/a ou viúvo OBS:			
Escolaridade: (1) Fundamental incompleto; (2) Fundamental completo; (3) Ensino médio incompleto; (4) Ensino médio completo/curso técnico; (5) Não estudou			
Ocupação: (1) Trabalha; (2) Não trabalha; (3) Aposentado pelo diabetes ou outra doença; (4) Aposentado por tempo de serviço/idade; (5) Pensionista		Religião:	
Com quem mora / idades?			
Grau de parentesco com os co-residentes?			
Renda familiar:			
Quem é o familiar que tem cuidado de você de forma mais constante?			
<b>II - Dados Clínicos:</b>			
Tipo DM: (1) DM1 (2) DM2 Usa Insulina? (1) Sim (2) Não	Tempo de diagnóstico: (1) < 5 anos; (2) 5 < 10; (3) ≥10		
Tinha conhecimento das complicações associadas ao diabetes? ( 1 ) Sim ; ( 2 ) Não			
Quantidade de amputações realizadas: (1) Uma; (2) duas; (3) ≥3		Data da última amputação:	
Nível da última amputação: (1) Transtibial; (2) Transfemoral (3) Outro:			
<b>Comorbidades:</b>			

• Hipertensão Arterial: (1) Sim; (2) Não (3) Não soube informar/ sem uso de medicamento específico
• Doença Arterial Periférica: (1) Sim; (2) Não; (3) Não soube informar/ sem uso de medicamento específico
• Doença Renal Crônica: (1) Sim; (2) Não; (3) Não soube informar/ sem uso de medicamento específico
• Cardiopatia/ infarto do miocárdio: (1) Sim; (2) Não; (3) Não soube informar/ sem uso de medicamento específico
• Acidente Vascular Cerebral: (1) Sim; (2) Não; (3) Não soube informar/ sem uso de medicamento específico

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE E - Formulário para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos dos participantes cuidadores familiares**



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

<b>I- Dados sociodemográficos e clínicos:</b>	
Nome:	Pseudônimo escolhido:
Gênero: (1) Feminino (2) Masculino (3) Outro	Data de nascimento: Idade:
Raça/cor autodeclarada: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Outra _____	CPF:
Escolaridade: (1) Fundamental incompleto; (2) Fundamental completo; (3) Ensino médio incompleto; (4) Ensino médio completo/curso técnico; (5) Não estudou	
Ocupação: (1) Trabalha; (2) Não trabalha; (3) Aposentado pelo diabetes ou outra doença; (4) Aposentado por tempo de serviço/idade; (5) Pensionista	Religião:
Renda Familiar:	
<b>Comorbidades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes Mellitus: (1) Sim; (2) Não</li> <li>• Doença Arterial Periférica: (1) Sim; (2) Não</li> <li>• Hipertensão Arterial:(1) Sim; (2) Não</li> <li>• Se outra/s, qual/is? _____</li> </ul>	
Observações:	

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE F** - Tópico norteador para narração dos participantes idosos com amputação maior de membro inferior



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Nome:	Pseudônimo escolhido:
Data:	Tempo de gravação:
<p><b>Pergunta disparadora:</b></p> <p>Me fale como tem sido sua vida e da sua família após a amputação?</p>	
<p><b>Questões norteadoras:</b></p> <p>Qual foi sua reação quando soube que precisaria ser submetido(a) a uma amputação?</p> <p>Precisou fazer alguma mudança estrutural na sua casa após a amputação?</p> <p>Como tem conseguido se deslocar?</p> <p>Quais mudanças aconteceram nas relações familiares?</p> <p>Quais mudanças aconteceram nas redes sociais (amigos, vizinhos, participação social)?</p> <p>Você tinha conhecimento sobre as complicações relacionadas ao diabetes?</p> <p>Como você percebe a qualidade da assistência que tem recebido atualmente para cuidar da sua saúde?</p> <p>Tem tido acompanhamento profissional da sua saúde após a amputação?</p> <p><b>Interesse da pesquisadora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de vida e repercussões pós- amputação</li> <li>• Estratégias de enfrentamento adotadas para realizar atividades da vida diária e para se locomover</li> <li>• Redes de assistência, em Salvador, Bahia</li> <li>• Políticas Públicas</li> </ul>	
Observações	

**APÊNDICE G** - Tópico norteador para narração dos participantes cuidadores familiares



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Nome:	Pseudônimo escolhido:
Data:	Tempo de gravação:
<p><b>Pergunta disparadora:</b></p> <p>Poderia me contar como tem sido sua vida desde que assumiu os cuidados com [nome familiar acometido/a] após a amputação?</p>	
<p><b>Questões norteadoras:</b></p> <p>Houve alguma mudança na sua condição de vida após assumir o papel de cuidador? Quais estratégias adotou para desempenhar essa função? Tem recebido algum apoio? Como você percebe a qualidade da assistência à saúde prestada para [nome familiar acometido/a]? Você teve algum problema de saúde após assumir essa função? Você tinha conhecimento das complicações relacionadas ao diabetes? O que tem sido feito para prevenir novas complicações?</p>	
<p><b>Interesse da pesquisadora:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de vida e repercussões pós-amputação do familiar</li> <li>• Estratégias de enfrentamento adotadas para realizar atividades da vida diária e para se locomover</li> <li>• Redes de assistência, em Salvador, Bahia</li> <li>• Políticas Públicas</li> </ul>	
Observações	

## ANEXO A

### Comprovante de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** REPERCUSSÕES DA AMPUTAÇÃO MAIOR DE MEMBRO INFERIOR SECUNDÁRIA AO DIABETES MELLITUS NAS CONDIÇÕES DE VIDA: NARRATIVAS DAS PESSOAS IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS

**Pesquisador:** GIOVANA ROSSI FIGUEIROA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 78343224.2.0000.5628

**Instituição Proponente:** Universidade Católica do Salvador

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.400.379

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
SALVADOR - UCSAL



Continuação do Parecer: 7.400.379

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFAMILARMODIFICADO.pdf	31/01/2025 10:44:57	GIOVANA ROSSI FIGUEIROA	Aceito
Outros	Questionario_familiaeouuidador.pdf	20/03/2024 20:06:09	GIOVANA ROSSI FIGUEIROA	Aceito
Outros	Questionario_Coleta_Dados_Secundarios.pdf	20/03/2024 20:05:04	GIOVANA ROSSI FIGUEIROA	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia_HGRS.pdf	20/03/2024 20:02:35	GIOVANA ROSSI FIGUEIROA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	20/03/2024 20:00:29	GIOVANA ROSSI FIGUEIROA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_Pesquisadoras.pdf	20/03/2024 19:58:07	GIOVANA ROSSI FIGUEIROA	Aceito

##### Situação do Parecer:

Aprovado

##### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 20 de Fevereiro de 2025

\_\_\_\_\_  
Assinado por:  
Verena Loureiro Galvão  
(Coordenador(a))

## ANEXO B

### Comprovante de publicação de artigo científico

Research, Society and Development, v. 14, n. 1, e0214147852, 2025  
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v14i1.47852>

---

#### **Ser cuidador familiar de idosos com amputação maior de membro inferior: O ônus e o bônus**

Being a family caregiver for elderly with major lower-limb amputation: The burden and the bonus

Ser cuidador familiar de adultos mayores con amputación mayor de miembro inferior: Las cargas y los beneficios

Recebido: 09/12/2024 | Revisado: 16/12/2024 | Aceitado: 17/12/2024 | Publicado: 01/01/2025

**Giovana Rossi Figueirôa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5551-6686>  
Universidade Católica do Salvador, Brasil  
Universidade do Estado da Bahia, Brasil  
E-mail: [grfigueiroa@uneb.br](mailto:grfigueiroa@uneb.br)

**Maria Natália Ramos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8448-1846>  
Universidade Aberta de Lisboa, Portugal  
Grupo de pesquisa "Saúde, Cultura e Desenvolvimento", CEMRI, Portugal  
E-mail: [maria.ramos@uab.pt](mailto:maria.ramos@uab.pt)

**Sumaia Midlej Pimentel Sá**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6013-8592>  
Universidade Católica do Salvador, Brasil  
Universidade do Estado da Bahia, Brasil  
E-mail: [sumaia.sa@pro.ucsal.br](mailto:sumaia.sa@pro.ucsal.br)