



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL - DINTER USP/UFCG

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM PESSOAS DIABÉTICAS COM
AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES**

SÃO PAULO-SP

2023



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL - DINTER USP/UFCG

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM PESSOAS DIABÉTICAS
COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES**

"VERSÃO CORRIGIDA"

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo - USP, como requisito
para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientador: Dr. Gilberto Safra

Co-orientador: Dr. Edmundo Gaudêncio

SÃO PAULO-SP

2023

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL EM PESSOAS DIABÉTICAS
COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES**

São Paulo, 10 de outubro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Safra
Orientador – IP/USP

Prof. Dr. Edmundo Gaudêncio
Co-Orientador – UAMED/CCBS/UFCG

Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez
Membro Interno – IP/USP

Prof. Dr. Jamilton Alves Farias
Membro Externo – DENC/CCS/UFPB

Prof. Dr. Alan Dionizio Carneiro
Membro Externo – UAENF/CCBS/UFCG

Profa. Dra. Iracema Filgueira Leite
Membro Externo – HUAC

DEDICATÓRIA

A **Deus**, por sua misericórdia, benevolência e por ser compassivo e amável para comigo e para com aqueles que, mesmo nos percalços humanos, podem saborear tamanho amor.

Ao meu amado pai **José Vidal de Negreiros** (*in memoriam*).
Passei por momentos difíceis sem o senhor aqui comigo, a saudade é grande. Obrigada pela oportunidade de tê-lo como pai.
Te amo infinitamente.

À minha querida mãe **Maria das Dores Vidal** (*in memoriam*),
pelo exemplo de mulher que representa para mim, pelo incentivo que me impulsionou a nunca desistir dos meus sonhos. Você me ensinou a caminhar e me deu forças desde o início na minha educação. Eu te amo eternamente.

Aos meus queridos filhos **Raylla Vidal** e **José Vidal Neto**.
Vocês são presentes de Deus na minha vida, a razão do meu viver. Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por me mostrar quão amada sou, agradeço por ter me iluminado, orientado e guiado por caminhos seguros e desafiadores.

Aos meus **pais** (in memoriam) por me mostrar que a vida é fruto do amor incondicional.

Ao Prof. Dr. **Gilberto Safra**, orientador e analista, por estar sempre disponível, pela sua indiscutível sensibilidade.

Ao Prof. Dr. **Edmundo Gaudêncio**, por sua atenção, levando-me a compreender a psicanálise.

À Profa Dra. **Lidiany Galdino Felix**, pela disponibilidade e colaboração na construção deste estudo.

Aos Membros da banca examinadora, Prof. Dr. **Andrés**, Prof. Dr. **Jamilton**, Prof. Dr. **Alan** e Profa. Dra. **Iracema** pela disponibilidade em participar dessa banca.

À Profa. Dra **Betânia** e Dra. **Maristela**, pela parceria nessa trajetória acadêmica.

Aos **professores** da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS, que diariamente me incentivam, apoiam nessa trajetória.

Aos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG, em especial, **Erik, Jank, Lidiany, Sales, Ana Elisa e Marina** que fazem parte da minha história, que a cada encontro renovam-se os laços de amizade.

Aos amigos, **Emanuel, Ângelo, Mary Luce, Andréia, Jogilmira, Mônica, Cátia, Gracielle, Juliana, Magaly e Luciana Karla**, agradeço pela convivência agradável.

A todos os meus familiares e, em especial, à **Fátima, Josefa, Thais Luana e Túlio** pela parceria incondicional, sempre me apoiando em minha jornada acadêmica.

Ao meu companheiro **Josenildo** pela colaboração, paciência, carinho e apoio diário.

Aos **participantes** desse estudo, que me acolheram com em suas residências.

A todos que, de forma direta ou indireta, colaboraram para o desenvolvimento e construção deste estudo.

Minha mais sincera gratidão. **A Todos!**

RESUMO

NEGREIROS, R. V. Percepção da imagem corporal em pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores. 2023. 134f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

O Diabetes Mellitus é considerado um distúrbio clínico de etiologias heterogêneas, caracterizado por anormalidades endócrino-metabólicas com ênfase na hiperglicemia, a qual resulta em uma deficiência absoluta ou relativa da função secretora do pâncreas e/ou uma ação deficiente de insulina nos tecidos alvos, ocasionando complicações micro e macrovasculares. O pé diabético é a complicação mais comum e responsável pela maioria das internações e amputações, que se caracteriza como a remoção total ou parcial de um membro ou saliência do corpo com o objetivo da retirada de tecido patológico, infectado ou isquêmico para recuperar e maximizar a função da região afetada. Objetivou-se avaliar a percepção da imagem corporal de pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores, delinear o perfil sociodemográfico; relacionar os fatores associados a amputação nas pessoas diabéticas, descrever as consequências sociodemográficas após a amputação e fundamentar os aspectos emocionais após a amputação. Tendo como perspectiva discorrendo sobre a imagem corporal baseado em uma noção de corpo que vai além dos limites biológicos e das fronteiras da percepção da imagem fundamentada na teoria de Schilder. Estudo exploratório, descritivo e epidemiológico, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Com população de 63 pessoas diabéticas e amostra de 20 pessoas com amputação de membros inferiores com mais de seis meses. Realizou-se entrevista semiestruturada utilizando questionário sociodemográfico e roteiro com perguntas abertas. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética do HUAC, sob CAAE: 35617420.3.00005182. Após realizar as entrevistas foram transcritas e processadas no software Iramuteq versão 2020, que identificou as características comuns do discurso e realizou-se análise de conteúdo de Bardin. Obteve-se a Classificação Hierárquica Descendente utilizando-se o método da saturação, elegeu-se as categorias predominantes que se sobressa em relação as outras. Na correlação entre amputação e a percepção da imagem corporal observa-se preocupação e temor relacionado a perda do pé por parte dos participantes do estudo. Evidencia-se as denominações no corpo textual: pé, diabetes, sentir, só, médico, amputar, dedo. Após análise, destaca-se cinco classes que: 1 - Deixar de Andar; 2 - Amputar; 3 - Sentir; 4 - Diabetes, 5 – Encaminhar, que foram apresentadas através de nuvens de palavras. Vale destacar que, a percepção acerca da pessoa amputada compreende aspectos físicos, psicológicos, emocionais e autoimagem. Assim, o presente estudo identificou que o processo de amputação gera impactos físicos, psíquicos e emocionais e a carência de serviços de saúde que possam minimizar as consequências trazidas pela mudança na imagem e no esquema corporal ocasionada pela amputação, além de evidenciar uma assistência fundamentada no modelo biomédico e dicotômico desconsiderando as necessidades integrais da pessoa amputada.

Descritores: Diabetes mellitus; Amputação; Membros Inferiores; Imagem corporal, Percepção.

ABSTRACT

NEGREIROS, R. V. Perception of body image in diabetic individuals with lower limb amputation. 2023. 134f. Thesis (Doctorate). Institute of Psychology at USP, University of São Paulo, São Paulo, 2023.

Diabetes Mellitus is considered a clinical disorder with heterogeneous etiologies, characterized by endocrine-metabolic abnormalities with emphasis on hyperglycemia, which results in an absolute or relative deficiency of pancreatic secretory function and/or deficient insulin action in target tissues, causing micro and macrovascular complications. Diabetic foot is the most common complication, and it is responsible for most hospitalizations and amputations, characterized as the total or partial removal of a limb or body protrusion with the aim of removing pathological, infected or ischemic tissue to recover and maximize the function of the affected region. The objective is to evaluate the body image perception of diabetic individuals with lower limb amputation, outline the sociodemographic profile, relate the factors associated with amputation in diabetic individuals, describe the sociodemographic consequences after amputation, and substantiate the emotional aspects after amputation. The perspective is to discuss body image based on a notion of the body that goes beyond biological limits and the boundaries of image perception based on Schilder's theory. This is an exploratory, descriptive, and epidemiological study with a quantitative and qualitative approach, conducted at the Alcides Carneiro University Hospital. The population consists of 63 diabetic individuals and a sample of 20 individuals with lower limb amputation for more than six months. A semi-structured interview was conducted using a sociodemographic questionnaire and a script with open-ended questions. The project was submitted to the HUAC Ethics Committee, under CAAE: 35617420.3.00005182. After conducting the interviews, they were transcribed and processed in the Iramuteq software version 2020, which identified the common characteristics of the discourse, and content analysis was performed using Bardin's method. Hierarchical Descending Classification was obtained using the saturation method, and the predominant categories that stand out in relation to the others were elected. In the correlation between amputation and body image perception, concern and fear related to foot loss are observed on the participants of this study. The denominations in the textual body are evidenced: foot, diabetes, to feel, loneliness, doctor, to amputate, finger. After analysis, five classes are highlighted: 1 - Stop Walking; 2 - Amputate; 3 - To Feel; 4 - Diabetes, 5 - Refer, which were presented through word clouds. It is worth noting that the perception of the amputee encompasses physical, psychological, emotional, and self-image aspects. Thus, this study identified that the amputation process generates physical, psychological, and emotional impacts, and the lack of health care that can minimize the consequences brought about by the change in image and body scheme caused by amputation, in addition to highlighting assistance based on the biomedical and dichotomous model disregarding the integral needs of the amputee.

Descriptors: Diabetes mellitus; Amputation; Lower Limbs; Body Image; Perception.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Internações por amputações associadas a Diabetes Mellitus. CID – 10, entre 2016 a 2021 no Estado da Paraíba e no Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC.

Tabela 2 – Amputações associadas a Diabetes Mellitus entre 2016 a 2022. Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC.

Tabela 3 – Perfil da população. Variáveis socioeconômica, demográfica de diabéticos atendidos no Ambulatório. HUAC. 2021. (N=63).

Tabela 4 - Caracterização da amostra de pessoas diabéticas amputadas, atendidos no ambulatório de endocrinologia do HUAC. Campina Grande, PB. 2021.

Quadro 1 - Categorias destacadas dos diálogos após a transcrição. Pessoas diabéticas amputadas. Projeto PIVIC/UFCG. 2022.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dendrograma

Figura 2 - Arvore de Sentimentos

Figura 3 – Nuvens de palavras com destaque das mais significantes do corpo textual

Figura 4 – Classe 1 – Andar

Figura 5 – Classe 2 – Amputar

Figura 6 – Classe 3 – Sentir

Figura 7 – Classe 4 – Diabetes

Figura 8 – Classe 5 - Encaminhar

LISTA DE ABREVIATURAS

ADA	Associação Americana de Diabetes
APS	Atenção Primária à Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
DATASUS	Dados do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	Federação Internacional de Diabetes
IWGF	Consenso Internacional Sobre Pé Diabético
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIVIC	Programa Institucional Voluntario de Iniciação Científica
QV	Qualidade de vida
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SISREG	Sistema de Regulação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ST	Segmento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar
UCI	Unidade de Contexto Inicial
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPD	Úlceras do Pé Diabético
US	Unidade de Segmento

SUMÁRIO

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	14
<u>2. OBJETIVOS</u>	23
<u>2.1 Objetivo geral</u>	23
<u>2.2 Objetivos específicos</u>	23
<u>3. REVISÃO DE LITERATURA</u>	24
<u>3.1 Diabetes Mellitus: uma doença silenciosa</u>	24
<u>3.2 Pé Diabético: como complicação recorrente</u>	26
<u>3.3 Amputação</u>	28
<u>3.4 Fatores Associados às Amputações do Pé Diabético em Pessoas idosas: Análise Integrativa da Literatura</u>	32
<u>3.5 Aspectos psicossociais relacionados à amputação</u>	39
<u>4. REFERENCIAL TEÓRICO</u>	44
<u>4.1 Imagem Corporal</u>	44
<u>4.2 Construção da Imagem Corporal</u>	46
<u>4.3 Entendendo o esquema corporal</u>	47
<u>4.4 Relação entre Imagem Corporal e Esquema Corporal</u>	48
<u>4.5 Imagem corporal alterada na amputação</u>	49
<u>4.6 Movimento e a amputação</u>	54
<u>4.7 Pesquisas realizadas sobre imagem corporal</u>	56
<u>5. METODOLOGIA</u>	59
<u>5.1 Tipo de estudo</u>	59
<u>5.2 Cenário da Pesquisa</u>	59
<u>5.3 Período</u>	60
<u>5.4 População e Amostra</u>	60
<u>5.5 Critérios de Inclusão e Exclusão</u>	61
<u>5.6 Instrumento de Coleta dos Dados</u>	61
<u>5.7 Procedimentos de coleta de dados</u>	62
<u>5.8 Análise dos Dados</u>	62
<u>5.9 Considerações Éticas</u>	63
<u>5.10 Respondendo as questões norteadoras</u>	64
<u>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</u>	66
<u>6.1 Perfil da População</u>	68
	10

<u>6.2 Caracterização da amostra</u>	70
<u>6.3 Dendrograma</u>	79
<u>6.4 Análise de Similitude</u>	81
<u>6.5 Classes construídas do corpo textual</u>	88
<u>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	103
<u>8. REFERÊNCIAS</u>	106
<u>APÊNDICES</u>	120
<u>APÊNDICE A – Formulário dos dados sociodemográficos e clínicos</u>	121
<u>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</u>	123
<u>ANEXOS</u>	125
<u>ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética</u>	126

APRESENTAÇÃO

Após a conclusão do curso de graduação em Enfermagem, iniciei minha trajetória assistencial em hospital privado. Ao longo desse percurso, entendi que tinha forte afinidade com a área de clínica médica, no atendimento as pessoas acamadas com várias patologias que precisavam de cuidados humanizados.

Passei a observar que o número de internações de pessoas diabéticas com comprometimento nos membros inferiores era significativa e a possibilidade de ocorrência de amputações era preocupante. Nesse contexto profissional, fui então a procura de conhecimentos para entender as indicações rotineiras dessas amputações. Diante dessa informação empírica, os questionamentos surgiram e as informações obtidas, até então, eram insuficientes para compreender o indivíduo quanto a sua dificuldade em entender a relação entre o Diabetes Mellitus (DM) e a percepção da sua condição física.

No Mestrado dediquei-me ao estudo do processo de enfermagem com pessoas cardiopatas, mais especificamente com insuficiência cardíaca, considerada uma abordagem bastante desafiadora para pesquisas na área da enfermagem, pois enfatiza validação de conceitos e de instrumentos, além da validação de diagnósticos de enfermagem realizados, com propósito de comparar os resultados identificados no cenário nacional. Por outro lado, a compreensão da pessoa que passa por um processo de adoecimento, em relação às suas expectativas e o alcance de seus objetivos pessoais configura-se como suporte primordial na assistência, como também, pelo aspecto importante na implementação de resultado, que busca o cuidado de forma holística e a humanização da assistência.

Com o início do Doutorado, retornei ao tema de DM, com pessoas submetidas a amputação de membros inferiores acompanhadas no serviço especializado. Diante desse panorama, surgiram alguns questionamentos, como: qual a percepção das pessoas diabéticas após uma amputação e qual sua expectativa para o futuro?

Destarte, a tese propõe um entendimento para o indivíduo amputado, que não seja visto a partir da sua perda, mas como uma pessoa que passou por uma amputação, com sentimentos, inserida num contexto socioeconômico, no qual a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo sejam concebidas como uma interação entre o processo de perda e os fatores desencadeantes da amputação, não se restringindo apenas às incapacidades e às limitações das pessoas que passaram por uma amputação.

Para tal, organizou-se estruturalmente a apresentação da tese em sete capítulos. No primeiro capítulo, têm-se a introdução com a apresentação do objeto de estudo, a experiência profissional e o interesse pelo problema de pesquisa. Inicialmente, são apresentados os aspectos relacionados ao DM na literatura nacional e internacional e foram abordados os aspectos sociodemográficos das pessoas com amputação de membros inferiores, assim como tópicos relacionados ao diagnóstico inicial da doença, a alteração da imagem corporal e os sentimentos após a amputação.

No segundo capítulo, apresenta-se os objetivos propostos para responder as questões norteadoras do estudo. No terceiro capítulo aborda a revisão de literatura sobre o DM como uma doença silenciosa, o pé diabético como complicação recorrente, a amputação, os fatores associados às amputações em pessoas idosas - uma revisão integrativa da literatura - além dos aspectos psicossociais relacionados a amputação. No quarto capítulo refere-se à percepção da imagem corporal, descreve também um panorama das publicações a respeito desse tema na literatura nacional.

O percurso metodológico utilizado para a pesquisa de campo é descrito no quinto capítulo, do qual fazem parte a descrição das etapas da pesquisa que visam atender os objetivos que nortearam o desenvolvimento da tese de doutoramento. Esse capítulo traz ainda, os critérios adotados para caracterização da amostra de estudo e os procedimentos de coleta e análise dos dados, assim como, os procedimentos éticos adotados.

O sexto capítulo inicia-se com a caracterização da população e amostra, apresenta ainda, os resultados a partir da análise dos relatos dos participantes do estudo. Foram utilizadas as variáveis quantitativas para caracterizar a população e, posteriormente, a abordagem qualitativa com amostra de vinte participantes. Após as entrevistas realizou-se a construção das nuvens de palavras das classes de palavras destacadas no dendrograma. Ainda, destacou-se os relatos das pessoas amputadas e suas discussões com base na teoria da imagem corporal. Em seguida, no sétimo capítulo, as discussões das classes que fundamentaram a apresentação das considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) desencadeiam alterações negativas na saúde física e mental das pessoas, e podem causar problemas de forma aguda ou crônica. Uma dessas doenças que preocupa os profissionais de saúde é o DM, um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia constante, decorrente da deficiência na produção de insulina ou em sua ação, ou por ambos os mecanismos. Atualmente estima-se que 463 milhões de pessoas sejam portadoras de DM em todo o mundo (IDF, 2019).

A prevalência do DM vem aumentando devido aos vários fatores como mudanças nos centros urbanos, transição epidemiológica, mudanças nutricionais, estilo de vida sedentário, sobrepeso ou obesidade, aumento populacional e envelhecimento, além da maior sobrevivência da população. Esses fatores têm contribuído para o aumento do número de pessoas com DM em todo o mundo (WHO, 2016).

A Associação Americana de Diabetes (ADA) destaca que o subdiagnóstico do DM ocorre por uma combinação de fatores, que incluem o baixo desempenho dos sistemas de saúde e o desconhecimento da população sobre os sinais e sintomas do DM, que pode evoluir de forma assintomática por vários anos, favorecendo o surgimento das complicações. Estima-se que, cerca de 50% dos casos de DM em adultos não são diagnosticados e que 84,3% de todos os casos de diabetes não diagnosticados estão concentrados em países em desenvolvimento. A deficiência dos sistemas de saúde e a falta de informação da população podem resultar em um diagnóstico tardio da doença, a qual permanece silenciosa por vários anos, facilitando o desenvolvimento de complicações (ADA, 2019).

Outros aspectos relacionados ao DM são o aumento de hospitalizações, incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, alterações visuais, renais e complicações vasculares que causam as amputações, principalmente em membros inferiores. Assim, podem ocasionar maior utilização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, altos custos nos sistemas de todos os países, independentemente do seu desenvolvimento econômico (ADA, 2019).

Pode-se, ainda, evidenciar, a amputação recorrente das complicações relacionadas ao DM, prevalente em todas as faixas etárias. Estimativas globais sobre a carga de incapacidade por complicações de extremidades inferiores relacionadas ao diabetes, inferem que aproximadamente 6,8 milhões de pessoas tiveram amputações em 2016 (Zhang *et al.*, 2020). A maioria dessas amputações é devido às úlceras do pé diabético, representando, assim, um problema de saúde pública com possibilidade de prevenção (Aljarrah *et al.*, 2019). Devido ao

número expressivo de pessoas submetidas a amputação e à gravidade desse procedimento, ocasiona inúmeros prejuízos à vida do indivíduo.

A amputação de um membro não desencadeia apenas a perda física e estética, ainda, compromete a mobilidade, a autonomia, a autoestima, a imagem corporal e promove a ocorrência de dependência e desamparo. Apesar do impacto sobre as pessoas com DM e para toda a sociedade, poucos estudos no país, nos últimos cinco anos, abordam as amputações decorrentes da doença, dos fatores de risco associados e a abordagem psicológica após uma amputação (Knezevic *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2015).

Visando preencher esta lacuna, surgiu o interesse pelas dimensões psicossociais após perda de membros que teve um crescimento nas décadas mais recentes, com ênfase na investigação da complexidade da experiência vivida pela amputação nos níveis pessoal e social. Até então, a maior parte dos estudos discorria apenas o conhecimento das abordagens físicas, concentrando grande parte das publicações sobre pessoas com perda de membros.

Com base no exposto, este estudo surge a partir da minha experiência profissional como enfermeira assistencial, inicialmente em instituição privada prestando cuidados às pessoas com DM norteados pelas condutas e rotinas hospitalares, com o objetivo de atender às necessidades do indivíduo hospitalizado.

Após a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem, ingressei como docente na Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), para ministrar a disciplina Semiologia e Semiotécnica II, com a perspectiva de contribuir na assistência de enfermagem humanizada. Minha aproximação com pessoas diabéticas aconteceu no início das atividades em 2012, na disciplina obrigatória do Estágio Curricular Supervisionado II, inserido no último período do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG, com os alunos prestando os cuidados de enfermagem nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) e identificando as necessidades dos indivíduos com DCNT, dentre elas, o DM.

Nesse momento, fui contemplada pelo acompanhamento frequente de pessoas com DM e esse contato aos poucos despertou o interesse em conhecer as causas de sua internação, além de ter uma aproximação com seus familiares e a equipe multidisciplinar do HUAC, devido à frequente permanência dos alunos de enfermagem nos setores de internação, passando assim, a ter mais autonomia e comprometimento no campo de práticas.

Lembro-me ainda, que solicitei aos alunos nas atividades práticas da disciplina, o acompanhamento diário das pessoas diabéticas e essa aproximação auxiliou na avaliação

detalhada na realização do curativo no pé diabético durante a internação. Frequentemente, presenciava a interação dos alunos com os familiares, com a equipe de saúde e os residentes de enfermagem, que os acompanhavam diariamente, permitindo-lhes adquirir autonomia e compromisso na prática da enfermagem. A abordagem clínica frequente iniciou-se na implementação de cuidados de enfermagem vinculados ao projeto de tese, priorizando os aspectos físicos relacionados à patologia, que despertou o meu interesse em compreender a percepção dos indivíduos que tinham membros inferiores amputados devido as complicações do DM.

Nessa trajetória, percebi que as pessoas com DM, frequentemente, enfrentavam as alterações e comprometimento causados pela hiperglicemia e disfarçavam suas emoções e incertezas. Porém, influenciada pela minha formação tecnicista, voltada para o indivíduo em sua dimensão técnico-biológica, minha concepção de cuidado sempre esteve direcionada a fornecer orientações sobre o controle glicêmico, pressão arterial, peso, alimentação balanceada, atividade física, administração correta de insulina, além da terapia medicamentosa e cuidados com os pés.

De fato, estava apenas orientando medidas de promoção e prevenção à saúde, com o objetivo de controlar a diabetes e prevenir lesões nos pés. O conhecimento transmitido apenas orientava quanto a sua condição física sem, contudo, compreender sua percepção do processo de perda. Esta forma de orientar me proporcionava insatisfação em entender que as informações fornecidas não os ajudavam a entender as alterações corporais e, assim, compreender a percepção de ter diabetes, que compromete os principais órgãos do corpo como, coração, rins, olhos e vasos sanguíneos.

Diante desse cenário, com o objetivo de minimizar as alterações decorrentes do DM na Pandemia da Covid-19, considerada emergência sanitária, coordenei o projeto de Extensão, intitulado “Primeiros cuidados em casa: estratégia e capacitação de enfrentamento à Covid-19”, com discentes da UFCG, visando promover, prevenir e acompanhar as alterações ocasionadas nas pessoas diabéticas que se encontravam em isolamento social devido à incidência de casos de Covid-19. Dessa ação extensionista resultou em um relato de experiência, da aproximação virtual com as pessoas diabéticas, realizando as orientações quanto a prevenção da contaminação pelo Covid-19, das lesões nos membros inferiores, em seu domicílio (Cardoso *et al.*, 2022).

Essa ação extensionista facilitou o agendamento das entrevistas do projeto de pesquisa. Ao acompanhar os participantes, foi selecionada a amostra durante os encontros virtuais, devido à suspensão das consultas na Estratégia Saúde da Família (ESF) ocasionada pela pandemia. Diante dessa realidade, muitos familiares assumiram as responsabilidades das necessidades da pessoa diabética, de acordo com as orientações recebidas dos profissionais, quanto aos cuidados do pé diabético. Durante as entrevistas surgiram inúmeras inquietações, as quais apontavam para a necessidade de um momento de discussões e reflexão da implementação da escuta qualificada de forma sensível e acolhedora da pessoa diabética.

Concomitantemente com essas ações, iniciou-se uma investigação nas bases de dados, publicado em forma de revisão integrativa, que referiu a possível redução das complicações do DM com a participação ativa da equipe de saúde, considerando o diabetes uma condição crônica de evolução silenciosa. Para isso, torna-se necessário resgatar as experiências, o conhecimento, os valores e crenças que orientam as atitudes desses usuários em relação à sua própria saúde (Gomes *et al.*; 2020).

Ao promover as ações extensionistas de forma virtual, tive a oportunidade de conhecer as dificuldades enfrentadas pelas pessoas diabéticas na execução dos cuidados diários. Diante dessa realidade, busquei por leituras que abordassem o cuidado valorizando a assistência humanizada, capaz de oferecer conforto físico, apoio psicoafetivo, social e muitas vezes espiritual. Após muitas leituras, pude aperfeiçoar minha observação e escuta, e aos poucos fui aprimorando com o propósito de facilitar a interação com as pessoas diabéticas e seus familiares.

Ainda, influenciada pelas leituras nas disciplinas ofertadas no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, iniciei algumas pesquisas sobre a percepção da pessoa diabética após a perda de um membro. Essa abordagem se caracteriza como um desafio a ser enfrentado, por entender que a ocorrência de lesões nos pés caracteriza-se como causas recorrentes de amputações, as quais promovem sérias mudanças no campo estético, na autoestima, na mobilidade, na capacidade de realizar atividades da vida diária, no trabalho e no lazer. Ao entender que a perda de uma parte do corpo torna-se capaz de alterar toda uma existência, percebe-se que quem vivencia essa incompletude, traz consigo uma série de alterações no existir.

Mesmo assim, de posse destes saberes, permanecia uma lacuna no processo de perda por quem vivencia uma amputação decorrente do diabetes, com propósito de compreender a

percepção desses indivíduos e seus familiares após essa perda, senti a necessidade de entender as alterações da imagem corporal diante de uma amputação. Essa alteração gera sentimentos que, em muitos momentos, passam despercebidos pelos profissionais da saúde. Fato que despertou a curiosidade de não apenas considerar os fatores associados às amputações dos membros, o número de pessoas atendidas, nem, tampouco, o tempo de sobrevida, mas também os aspectos emocionais, funcionais, sociais e psicológicos do ser humano.

Quanto a esses aspectos, um momento significativo que acompanhei, o qual diz respeito a um senhor encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), portador de lesão no pé esquerdo em decorrência do diabetes, internado no HUAC, o qual necessitava do endocrinologista e do vascular para avaliarem uma possível amputação. Na internação o senhor veio acompanhado por sua tia, apresentava sinais característicos de dor. A princípio, imaginei que essa expressão de sofrimento fosse decorrente do pé diabético e pelo medo da amputação. Ao me aproximar constatei que apresentava lesão nos pododáctilos do pé esquerdo, com presença de tecido necrosado, secreção purulenta com odor, edema e hiperemia. Ao realizar o curativo, percebi que o senhor pouco conversava e, ao terminar o procedimento, pedi-lhe que se acomodasse no leito para esclarecimentos de eventuais dúvidas que pudesse apresentar.

Nesse momento, procurei orientá-lo quanto à necessidade de manter uma alimentação equilibrada, uso de medicação e a necessidade diária de realizar curativo no pé. Conforme as orientações estavam sendo conduzidas, perguntei se entendia a causa da lesão no seu pé. Observei que, o senhor se esquivou na cama, como recurso que direcionava a falta de compreensão de sua internação. Depois, ele virou-se para a sua acompanhante, como se estivesse pedindo consentimento para dizer algo que era importante e, notei que ele desviou o olhar. Logo, referiu que *“vivia com sua mãe, mas a convivência com ela não era boa”*.

Quando senti que deveria averiguar esse episódio domiciliar, nesse momento ele estava com as duas mãos sobre os olhos e o dorso inclinado. Notei pela sua postura que havia algo a mais que gostaria de expressar. Ele voltou a relaxar e mudou novamente a posição no leito. Olhou novamente para tia e com a fala calma disse que o fato que o deixava incomodado era que *“minha mãe estava dizendo que não era para deixar amputar meu pé e que deveria pedir para ir para casa”*.

Nesse momento, percebi que todas as orientações fornecidas de nada importavam diante da angústia e sofrimento, apenas caracteriza como um cumprimento de norma e rotina hospitalar, pois aquela pessoa que se encontrava internada estava aflita pela situação de não sentir confortável que sua mãe fosse para o hospital ser sua acompanhante no próximo dia, diante das condições que ele passava em seu cotidiano, e afirmava que *“sua mãe queria levá-lo para casa com os pés daquele jeito”*.

Diante dessa realidade, vale destacar que, ao atender uma pessoa diabética, o profissional de saúde não deve investigar apenas a doença, interrogando-o com o propósito de avaliar se os rins estão funcionando, se estar com acuidade visual reduzida, se consegue palpar a artéria pediosa e seus pés estão com lesões infectadas que possam evoluir para uma amputação. Deve-se então considerar, que estamos diante de uma pessoa inserida nos contextos sociais, culturais, educacionais, econômicos e psicológicos. Deve-se considerar também, a temporalidade que o ser tinha antes os seus pés saudáveis e agora precisou se internar, conforme evidenciado no relato, *“quando cheguei aqui o profissional só avalia os meus pés, minha taxa de glicose e esquece que têm uma pessoa ansiosa e angustiada aqui na frente dele, de tudo que possa acontecer comigo”* Diante dessa experiência, comecei a perceber o ser além da lesão no pé, da presença de osteomielite e da glicose alterada, que se encontra internado, sendo cuidado por pessoas estranha do seu convívio familiar e, ainda com possível indicação de uma amputação.

Destarte, quando ocorre alguma indicação de amputação não devemos nos referir apenas à perda de um membro, mas a perdas psicológicas, percebidas através da alteração da imagem corporal e suas consequências. Acrescenta-se ainda, a necessidade que a pessoa amputada ter que aprender a conviver com limitações de ordem locomotora e a viver sem a parte corporal que lhe foi extirpada (Brasil, 2013).

Diante desse panorama, merece destaque as reflexões contempladas nas disciplinas no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da USP e nas evidências científicas, em especial a psicologia e a psicanálise. A discussão da área de percepção da imagem corporal em pessoas diabéticas amputadas, ainda é limitada a poucos profissionais nas instituições de saúde, apesar de se observar uma expansão nos últimos anos. A dificuldade de entender a percepção corporal e associá-la à prática clínica, ainda é um fator limitante, além da dificuldade de se comparar resultados entre diferentes estudos, pois nem

todas as publicações abordam a visão multiprofissional, em razão da necessidade de obtenção dos recursos de financiamento para a pesquisa no Brasil.

Nesse cenário, esta pesquisa poderá subsidiar pesquisas que prestam os cuidados na prevenção e na avaliação clínica nas instituições assistenciais, visando contribuir para o desenvolvimento científico nessa área de conhecimento. Merece destaque ainda, as discussões sobre diretrizes e protocolos que facilitam a execução e orientações de prevenção da amputação, conseqüentemente, otimizem as ações de promoção à saúde que ganham cada vez mais relevância. O estudo desenvolvido por Felix (2017) refere que os profissionais devem se capacitar para o atendimento integral a esses indivíduos buscando a promoção da saúde e a inclusão social.

Associado a isso, a amputação de membros inferiores torna-se motivo de preocupação entre os profissionais da saúde, não só devido à crescente prevalência mundial e aos custos associados, mas principalmente, às conseqüentes repercussões a longo prazo para o indivíduo e a sociedade (Sheehan; Gondo, 2014). Dados da população brasileira revelam aumento no número de amputações entre idosos, em especial relacionada as causas das complicações do diabetes (Barbosa *et al.*, 2016). Diante desse panorama, busca-se então, com essa pesquisa, fornecer subsídios para atuação profissional na prevenção e promoção da saúde, além do aprimoramento na percepção da imagem corporal antes e após a amputação.

Entendendo que, a pessoa diabética não tem conhecimento do sofrimento ocasionado pela amputação, seja por conta de uma lesão traumática ou não, a pessoa que experiência uma perda deve lidar com diversos problemas (Bergo; Prebianchi, 2018). Parte da sua recuperação depende do sistema de referência ao seu redor, assim como, do conjunto de habilidades e capacidades de enfrentamento próprio (Sheehan; Gondo, 2014).

Dentre as dimensões mais importantes do enfrentamento da perda, merece destaque a emocional, pois a amputação provoca mudanças na forma como as pessoas se percebem e são percebidas pelos outros, afetando a imagem que elas têm de si mesmas no espelho. Essas mudanças revelam alterações no funcionamento psíquico e nas relações interpessoais, que aumentam a possibilidade de intervir e apoiar as pessoas que passaram pela amputação de membros inferiores. Deste modo, a experiência da perda desperta uma série de sentimentos como raiva, revolta, depressão, culpa, claustrofobia, perda do sentido da vida e melancolia.

Então, diante do sentimento de perda surge a necessidade de estratégias de comunicação com objetivo de facilitar a transmissão de más notícias. A fim de orientar

profissionais da saúde, diversos protocolos sugeriram como SPIKES de estratégia de comunicação com o paciente. Pereira et al. (2017) propuseram uma versão do protocolo adaptado para realidade brasileira, denominado protocolo P-A-C-I-E-N-T-E, que inclui as etapas: P – Prepare onde e como dar a notícia; A - Avalie quanto o paciente sabe e quanto ele quer saber; C - Convide o paciente à verdade; I – Informe as informações relevantes sobre o estado da saúde do paciente em uma quantidade, velocidade e qualidade suficientes e no nível desejado para que o paciente possa tomar decisões sobre sua vida ou oferecer consentimento informado sobre o tratamento; E – Emoções, depois que a informação é revelada, o paciente precisa de tempo para entender e reagir às más notícias. Permita que os pacientes se expressem; N - Não abandone o paciente, garanta que seu paciente receberá acompanhamento e TE - Trace uma estratégia, planeje os cuidados a serem oferecidos e as opções de tratamento como paciente, incluindo quando possível, cuidados interdisciplinares.

A partir desse panorama, várias questões emergiram sobre as pessoas diabéticas submetidas à amputação: como elas percebem a perda de um membro? Existe relação entre as variáveis sociodemográficas (escolaridade, sexo, idade) e clínicas (tempo e nível de amputação)? O que acontece na imagem corporal alterada das pessoas diabéticas? Quais fatores influenciam o após a amputação e quais as expectativas para o futuro?

Dessa forma, esta pesquisa tem como pretensão contribuir em diversas áreas, como: Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Educação Física, pois essa experiência pode ser expandida a esses profissionais, atendendo suas diretrizes e protocolos de atendimento; pode também contribuir para que a prevenção e a melhoria da qualidade de vida, que andem juntas na avaliação e na abordagem das pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores; para que o acolhimento na equipe multidisciplinar seja expandida, com a inclusão de profissionais em diferentes áreas, revelando uma tendência mundial, que cada profissional se destaque na área de amputação acolhendo aos indivíduos, tanto no acompanhamento, quanto no fornecimento de assistência especializada no menor tempo possível após a amputação.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a percepção da imagem corporal em pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores.

2.2 Objetivos específicos

- Delinear o perfil sociodemográfico da população e amostra;
- Descrever as consequências sociodemográficas após a amputação;
- Relacionar os fatores associados a amputação nas pessoas diabéticas;
- Fundamentar as alterações emocionais da imagem corporal após a amputação.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura sobre o DM e os aspectos relacionados à amputação, inicialmente com informações que possibilitam o melhor entendimento das fases pelas quais a pessoa com amputação percorre. A seguir, serão abordados DM, pé diabético, amputação, as alterações psicossociais das pessoas diabéticas relacionadas à amputação.

3.1 Diabetes Mellitus: uma doença silenciosa

O aumento da expectativa de vida em conjunto com o crescimento populacional levou a mudanças epidemiológicas significativas no panorama das DCNT, que afetaram o indivíduo de forma negativa, abrupta ou crônica. Um dos cenários relacionados à saúde vem causando inúmeras preocupações, devido às alterações físicas, emocionais e sociais nas pessoas com DM (IDF, 2021).

O DM é conhecido como um grupo de doenças heterogêneas com elementos comuns de hiperglicemia e modificações da tolerância a glicose devido à deficiência de insulina e/ou resistência prejudicada (IDF, 2019). A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) aponta o DM quando o corpo não consegue usar a insulina que produz ou não produz o suficiente para controlar os níveis de açúcar no sangue. Essa condição é conhecida como "resistência à insulina" e afeta cerca de 90% das pessoas com diabetes (SBD, 2019).

Considerado um distúrbio metabólico, o DM caracteriza-se por hiperglicemia persistente decorrente de uma deficiência na produção ou na ação da insulina, ou por ambos os mecanismos. A hiperglicemia auxilia no desenvolvimento de complicações microvasculares, causando danos aos capilares nos olhos, rins e nervos, considerada retinopatia, nefropatia e neuropatia, respectivamente. Enquanto, as complicações macrovasculares incluem doenças cardíacas e um fluxo sanguíneo inadequado para as extremidades inferiores do corpo, principalmente nos membros inferiores, que pode resultar em condições como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana e doença vascular periférica, que são específicas dos indivíduos diabéticos (Vilar, 2016).

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) destaca que, dentre as DCNT, o DM tem maior prevalência e está aumentando significativamente entre os indivíduos maiores de 50

anos de idade, tornando-se uma das DCNT que mais cresce, principalmente em países em desenvolvimento (IDF, 2021). Nos Estados Unidos, adultos foram diagnosticados com DM tipo 2 com prevalência de 8,5% durante os anos de 2016 e 2017. Nos países desenvolvidos, a prevalência aumentará principalmente devido ao envelhecimento, como resultado do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional, enquanto nos países em desenvolvimento, todas as faixas etárias serão afetadas, em particular a faixa etária de 20 a 44 anos, onde a prevalência esperada deverá duplicar (Schmidt *et al.*, 2014).

Segundo a SBD (SBD, 2019), existe uma prevalência estimada de 8,7% no Brasil. Esse valor pode estar subestimado, pois uma parcela significativa das pessoas - até 50% em adultos com DM tipo 2 - desconhece seu diagnóstico. Para a Diretriz Brasileira de Diabetes existem 180 milhões de pessoas no mundo com diabetes. Com o aumento do sedentarismo e da obesidade, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas terão diabetes até 2025 (Forti *et al.*, 2020).

Estima-se que 16,8 milhões de pessoas no Brasil sejam portadores de DM e que 537 milhões de pessoas em todo o mundo, com idades entre 20 e 79 anos têm diabetes, o que apresenta um aumento de 16% em dois anos. Segundo os especialistas da IDF, o número de adultos com a doença pode chegar a 643 milhões em 2030 e 784 milhões em 2045. Globalmente, a prevalência da doença atingiu 10,5%, com mais da metade da população (44,7%) sem diagnóstico (IDF, 2021; Atlas, 2021).

O número de internações por DM no Brasil entre 2016 e 2020 representa um total de 124.460 pessoas, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As internações da região Sudeste foram 46.633, Nordeste de 38.887, seguidas da Região Sul com 17.949, Norte 12.312 e Centro-Oeste de 8.679. A Paraíba foi responsável por 2.327 internações em 2020, sendo 191 casos dessas internações registrados no HUAC, representando uma diminuição do número de amputações devido à pandemia de Covid-19 (DATASUS, 2020; Negreiros *et al.*, 2021).

Outro fator significativo relacionado ao DM é o aumento da prevalência de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, alterações da visão, doenças renais e complicações vasculares que resultam em amputações, principalmente de membros inferiores, que demandam a utilização de serviços especializados, refletindo alto custos nos sistemas de saúde de todas os países, independentemente de seu desenvolvimento econômico (ADA, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o mundo enfrenta duas pandemias, a mais recente da Covid-19 e a pandemia mais antiga, a DM. Atualmente, a OMS emitiu comunicado sobre uma nova subvariante do SARS-COV-2 cepas Ômicron, identificada em 51 países, com maior capacidade de transmissão, sendo capaz de aumentar o número de casos mundialmente e se tornar a cepa predominante, atualmente evidenciado na maior parte dos países (OMS, 2023).

Considerando que, as duas pandemias - Covid-19 e DM - mantiveram relações entre si, com o aumento de casos da Covid-19, observa-se as alterações metabólicas, como a hiperglicemia crônica, característica do diabetes, que contribui para alterações do sistema imunológico e um ambiente inflamatório que favorece infecções graves e de difícil tratamento (Anghebem; Rego; Picheth, 2020). Evidências científicas mostram que pessoas com DM admitidos com Covid-19 têm, de fato, internações mais longas, complicações mais graves da doença e taxas de mortalidade mais altas do que pessoas sem diabetes (OMS, 2020).

Vale destacar que, as complicações do DM são frequentemente incorporadas às crenças de seus portadores, o que pode comprometer a aceitação da doença e de seu tratamento. Diante desse fato, compreender como as pessoas percebem as alterações corporais devido ao seu estado de saúde pode ajudar na implementação de intervenções voltadas para promoção de complicações, como as lesões, pé diabético e a amputação.

Assim, merece destaque a importância deste estudo como meio de contextualizar o ser diabético, suas vulnerabilidades, o impacto na vida e na sua imagem corporal, em atendimento ambulatorial e/ou hospitalar, permitindo assim, uma atuação multidimensional no cuidado do DM de forma eficaz, minimizando complicações no decorrer da doença, e consequentemente, o surgimento do pé diabético.

3.2 Pé Diabético: como complicação recorrente

Sabe-se que, o DM não controlado causa complicações microvasculares, macrovasculares e neuropáticas, ocasionando disfunção dos órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (Brasil, 2013). Dentre as complicações crônicas do DM, a mais prevalente é o "pé diabético", considerado um problema de saúde pública nos países europeus e, como resultado, a OMS e a IDF estabeleceram metas para reduzir as amputações em pelo menos 50% (Shi, 2019).

O indivíduo com pé diabético apresenta maior risco de amputação e morte, sendo importante padronizar seu diagnóstico e tratamento. O comitê organizador do Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético publicou suas diretrizes sobre a prevenção e tratamento da doença do pé diabético, após muitos anos de discussão aprofundada envolvendo especialistas (IWGDF, 2019).

O pé diabético tornou-se conhecido por representar a causa mais comum de internações prolongadas, compreendendo altos custos e cuidados dispendiosos significando que a doença pode repercutir no futuro, levando a riscos de ulceração, perda da qualidade de vida e/ou necessidade de novas amputações (Oliveira; Júnior; Vencio, 2017).

O Consenso Internacional Sobre Pé Diabético define úlcera no pé como uma ferida completa de espessura total abaixo do tornozelo em uma pessoa diabética sem levar em conta há quanto tempo a lesão existe (IWGDF, 2019). As úlceras do pé diabético configuram a Síndrome do Pé Diabético, considerada complicação frequente do DM, representando a incidência de 15 a 25% entre essas pessoas que podem apresentar lesões nos pés ao longo de suas vidas (Armstrong; Boulton; Bus, 2017). O estudo epidemiológico de Santos *et al.* (2015), faz referência ao fato de que as úlceras do pé diabético e suas consequentes amputações estão aumentando em taxas mais altas do que outras complicações do DM.

Diante desse panorama, o DM aumenta drasticamente o risco de amputação de extremidades devido às infecções em úlceras que não cicatrizam. Estudos envolvendo pessoas com úlcera no pé cicatrizada, mostram que sinais precoces de lesões na pele, como calos abundantes, bolhas ou hemorragia, estão entre os preditores mais fortes de recorrência da úlcera. Estas lesões pré-ulcerativas, se forem identificadas em tempo hábil, provavelmente devem diminuir muitas recorrências. Fatores biomecânicos, como o grau de estresse mecânico e a adesão ao uso de calçados apropriados, também são importantes na recorrência de úlceras na superfície plantar do pé. Com esses fatores biomecânicos seguidos, torna-se papel importante na prevenção da recorrência de úlcera no pé (Armstrong; Boulton; Bus, 2017).

Considerar os fatores que levam uma pessoa com DM a desenvolver complicações, exige a compreensão de uma série de possibilidades, sendo necessário direcionar o que se entende a respeito da doença, das condições sociodemográficas, o grau de conhecimento da pessoa acometida, estado geral e a assistência de saúde de que essa pessoa dispõe. Segundo Atona e Larbie (2019), o que torna o DM ainda mais difícil são as complicações que resultam em menor qualidade de vida, incapacidade e morte, que tornam o gerenciamento do

diabetes muito mais difícil. Mencionam ainda, que as pessoas com diabetes sofrem com o isolamento social, perda de oportunidades de emprego e estigmas. Além disso, após amputar um membro inferior, a taxa de mortalidade pode passar de 39% para 80% em apenas 5 anos.

3.3 Amputação

A amputação caracteriza-se como a remoção total ou parcial de um membro ou saliência do corpo, com objetivo da retirada de tecido patológico, infectado ou isquêmico para recuperar e maximizar a função da região afetada (Rathore *et al.*, 2016; Brasil, 2014; Lewis *et al.*, 2013; Garcia; Ribeiro, 2019).

A amputação deve ser vista como uma cirurgia reconstrutora, uma vez que pode proporcionar redução da dor e recuperação da função do membro (Schnur; Meier, 2014). Essa perda anatômica se manifesta também pela conseqüente alteração na distribuição da massa corporal, comprometimento da coordenação motora e distúrbios psicossociais (Knezevic *et al.*, 2015).

Dados americanos revelam que, aproximadamente, 1,7 milhões de pessoas tiveram algum membro amputado (Hawkins *et al.*, 2014). A incidência varia de 1,2 a 4,4 por 10.000 habitantes em diferentes países e estima-se que esse número deva dobrar até o ano de 2050 (Holzer *et al.*, 2014).

No cenário brasileiro, o Ministério da Saúde estima que a incidência de amputação é de 13,9 para cada 100.000 habitantes por ano, e sua maioria caracteriza-se pela extirpação de membros inferiores (Brasil, 2014). A amputação, embora seja de cunho reconstrutor, também é considerada um procedimento altamente invasivo, que pode causar abalos não apenas orgânicos, mas também psíquicos a quem a vivência.

Um estudo epidemiológico, realizado em Ribeirão Preto, analisou 3.274 casos de amputações de membros inferiores. Destes, 95,2% foram por causas não traumáticas, incluindo as complicações do DM, alterações vasculares, infecções, tumores e alterações congênitas. Para esse grupo a taxa média foi de 30 amputações por 100.000 habitantes, sendo prevalente em pessoas com mais de 60 anos e mantendo-se relativamente constante durante todo o período avaliado. Para as causas traumáticas, o índice foi de 4,8% (acidentes de trânsito, de trabalho e agressão) e foram mais frequentes em pessoas com menos de 39 anos, com uma taxa média de 1,5 amputações por 100.000 habitantes. Diferente das causas não

traumáticas, esse grupo apresentou tendência de aumento nos últimos cinco anos (Barbosa *et al.*, 2016).

Com um total de 1.382 pessoas com amputações de membros inferiores, estudo realizado no estado do Rio de Janeiro revelou as causas foram por doença vascular periférica, 58,1%; Diabetes Mellitus, 27,4%; trauma, 7,4%; osteomielite, 3,1%; gangrena, 2,6%; e neoplasia, 1,1% (Spichler *et al.*, 2001). De acordo com o Censo Demográfico realizado em 2010, existem mais de 13 milhões de pessoas com alguma deficiência motora. Esses dados são obtidos a partir de questionamentos quanto à dificuldade que a pessoa tem de caminhar ou subir escadas, avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, no caso de utilizar algum desses dispositivos, e se é temporária ou permanente (IBGE, 2010).

Estima-se que 85% das amputações que ocorrem sejam de membros inferiores, sendo que, em 2011, o percentual registrado foi de cerca de 94% dentre as amputações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013). Sabe-se que, a incidência fica em torno de 13,9 por 100.000 habitantes e sugerem nível muito elevado na taxa de incidência de amputação no estado do Rio de Janeiro, quando comparada à de outros países (Spichler *et al.*, 2001).

As taxas de amputações têm sido consideradas um indicador da qualidade do pé diabético, mesmo que haja controvérsias sobre o assunto. Nesse sentido, entender os fatores associados a utilização de serviços hospitalares, é fundamental para o acompanhamento da assistência preventiva, principalmente no que diz respeito aos agravos potencialmente evitáveis nesse nível de atenção. Estima-se que 30 a 50% das pessoas que realizam amputação necessitam de amputações adicionais dentro de 1 a 3 anos e 50% virão a falecer dentro de 5 anos após a primeira amputação de nível maior. Ademais, evidencia-se que as amputações podem ser evitadas através de prevenção aplicável aos serviços de APS (Santos *et al.*; 2015).

Nesse sentido, de acordo com pesquisa realizada entre janeiro de 2019 a janeiro de 2020, ocorreram 64.903 amputações no Brasil (DATASUS, 2020). No estudo de Silva *et al.* (2021), no Brasil, entre 2010 a 2020 foram registradas 80.082 internações referentes a amputação de membros inferiores em pessoas com DM, onde a região Nordeste apresentou maiores incidências nos estados da Bahia (20.165), Pernambuco (17.325), Ceará (10.036), Maranhão (7.420), Paraíba (6.687), Alagoas (5.183), Piauí (4.941), Rio Grande do Norte (4.730) e Sergipe (3.581). Esses dados reforçam a importância do desenvolvimento de

estudo dessa abordagem, o que pode contribuir de maneira assertiva com os profissionais de saúde e as pessoas que passam pelo luto relacionado à amputação.

As amputações de membros inferiores são consideradas um evento inesperado, com risco relacionado ao controle de diversos fatores, como controle glicêmico, pressórico e tabagismo. Sabe-se que o DM predispõe ao surgimento de neuropatia diabética e doença arterial periférica, contribuindo para a perda de sensibilidade, que pode ser protetora, dolorosa e vibratória, além da isquemia (IDF, 2021). Ainda, precisam ser observados traumas pequenos, como sapatos mal ajustados e/ou lesão mecânica e/ou térmica, que podem causar infecção e ulceração do pé. A perda da sensação de proteção, deformidades e mobilidade articular limitada, resultam em carga biomecânica anormal do pé, culminando em alto estresse mecânico, ocasionando o espessamento da pele e o surgimento de calos, levando a uma sobrecarga do pé com possível hemorragia subcutânea e eventualmente, ulceração da pele (Schaper *et al.*, 2020).

Diante desse panorama, a amputação de membros inferiores tem preocupado os profissionais da saúde, não só devido à crescente prevalência na sociedade, mas também aos custos associados às consequentes repercussões a longo prazo para o indivíduo e a sociedade. O custo de uma pessoa com amputação, corresponde ao dobro de um cidadão sem a seqüela, em um prazo de cinco anos (Sheehan; Gondo, 2014). O aumento de casos não se deve somente às guerras em alguns países, mas principalmente ao envelhecimento da população e ao incremento das doenças relacionadas ao estilo de vida, tais como diabetes e doença vascular periférica (Schaffalitzky *et al.*, 2011).

A OMS e a IDF apontam que mais da metade das amputações deveriam ser prevenidas com detecções prévias e, com alguns cuidados, poder-se-iam evitar amputações, proporcionando uma melhor qualidade de vida para as pessoas (Van Netten *et al.*, 2020; Schaper *et al.*, 2020). Destarte, Oliver e Mutluoglu (2021) confirmam que para diminuir o número de amputações, torna-se imprescindível a mudança no paradigma de cuidados às pessoas com DM, por meio da implantação de políticas públicas de saúde que priorizem a prevenção das úlceras do pé diabético e sua recorrência, em vez de realizar o tratamento das lesões e deformidades já instaladas. Para Santos *et al.* (2015), representa uma intercorrência clínica com taxas maiores que as de outras complicações do diabetes (Armstrong, *et al.*, 2011; Lee *et al.*, 2013).

Na maioria dos casos evoluem para procedimento cirúrgico, logo em seguida apresenta-se a dor no coto da amputação, referida como originária na porção do membro residual, descrita como latejante, em queimação e em choque. As dores também podem se manifestar em outras articulações, como na coluna lombar, no membro não amputado, as quais podem ser explicadas pela sobrecarga e pelo uso de estratégias compensatórias em função da amputação (Ehde; Smith, 2004; Yoo, 2014).

No pós-operatório, a pessoa com amputação apresenta muitas fontes potenciais de dor. A equipe de saúde precisa ficar atenta para determiná-las e tratá-las. É importante que utilize um protocolo para localizar a dor e caracterizá-la como dor mecânica, sensação fantasma, dor do membro fantasma ou dor no membro residual, uma vez que uma descrição adequada é importante para sua identificação e conduta adequada (Klarich; Brueckner, 2014).

Vale salientar que as amputações implicam o significativo de sofrimento e custos financeiros para a pessoa, bem como para sua família, profissionais de saúde e sociedade como um todo. Deve-se assim, implementar estratégias que incorporem elementos de prevenção, educação da pessoa e da equipe, além de atendimento multidisciplinar e monitoramento (IWGDF, 2019).

3.4 Fatores Associados às Amputações do Pé Diabético em Pessoas idosas: Análise Integrativa da Literatura¹

O DM é considerado um distúrbio clínico de etiologias heterogêneas, caracterizado por anormalidades endócrino-metabólicas com ênfase na hiperglicemia, a qual resulta em uma deficiência absoluta ou relativa da função secretora do pâncreas e/ou uma ação deficiente de insulina nos tecidos alvos, ocasionando assim, complicações micro e macrovasculares (Smeltzer *et al.*, 2014; SBD, 2020; Zacharias *et al.*, 2016). Resultados de estudos recentes demonstram a magnitude do problema relacionado ao DM e apontam sua elevada incidência em todo o mundo, considerando-o um alarme constante à saúde pública. A SBD aponta que a maior sobrevivência de indivíduos com DM aumenta as chances de desenvolvimento das complicações crônicas, sendo estas associadas ao tempo de exposição à hiperglicemia e a

1 Gomes et.al. Fatores Associados às Amputações do Pé Diabético em Pessoas Idosas: Uma Análise Integrativa da Literatura. International Journal of Development Research, v. 10, n, 09, pp. 40104-40107, set. 2020. <https://doi.org/10.37118/ijdr.19631.09.2020>.

outras condições patológicas, o que conforma uma complexa realidade (Brasil, 2016; SBD, 2020).

O pé diabético é a complicação mais comum entre os portadores de DM e é responsável pela maioria das internações e amputações de membros inferiores. Em 90% dos casos de DM encontra-se a presença de lesões nos pés decorrentes de neuropatias, doença vascular periférica e deformidades. Considerar os fatores que levam uma pessoa a desenvolver essas complicações, exige a compreensão de uma série de possibilidades sendo necessário direcionar o que se tem de entendimento a respeito da doença, das condições sociodemográficas, o grau de conhecimento, estado geral de saúde e a assistência de saúde que essa pessoa dispõe.

Segundo Atosona e Larbie (2019), o que torna o diabetes ainda mais difícil são as complicações que resultam em menor qualidade de vida, incapacidade e morte. Refere ainda que, a pessoa com úlceras de pé diabético carrega consigo estigmas, perda de papel social, isolamento e perda de possíveis empregos. Além disso, têm taxa de mortalidade de 39% a 80% em 5 anos, após amputação de membro inferior. O Conselho Internacional de Sobre Pé Diabético define que uma úlcera no pé é uma ferida de espessura total abaixo do tornozelo em uma pessoa diabética, não considerando o tempo da sua existência (Atosona; Larbie, 2019).

No estudo epidemiológico de Santos *et al.* (2015), infere-se que as úlceras de pé diabético e as consequentes amputações vem aumentando com taxas maiores que as de outras complicações do diabetes. O problema específico do pé diabético representa grave problema de saúde pública e países da Europa, OMS e a IDF tem estabelecido objetivos para que seja possível reduzir tais amputações em até 50%. Além da taxa de mortalidade supracitada, as úlceras de pé diabético e amputações tem forte ligação com a neuropatia, hiperglicemia, tabagismo e doença arterial periférica (Shi, 2019).

A taxa de amputações tem sido considerada um indicador da qualidade do pé diabético, mesmo que haja polêmica sobre o assunto. Nesse sentido, entender os fatores associados à utilização de serviços hospitalares é fundamental para o acompanhamento da assistência preventiva, principalmente no que diz respeito a agravos potencialmente evitáveis nesse nível de atenção. Estima-se que 30 a 50% dos que realizam amputação necessitarão de amputações adicionais dentro de 1 a 3 anos e 50% morrerão dentro de 5 anos após a primeira amputação de nível maior. E, que as amputações podem ser evitadas através de prevenção partindo da atenção básica (Santos *et al.*; 2015).

A OMS e a IDF declaram que mais da metade das amputações deveriam ser prevenidas com detecções prévias, dando-lhes melhor qualidade de vida (Santos *et al.*, 2011). As úlceras do pé diabético e as resultantes de amputações de membros inferiores constituem complicações complexas, comuns, dispendiosas e incapacitantes do diabetes. Sua prevalência vem aumentando em todo o mundo e a incidência de úlceras do pé diabético está aumentando com uma taxa mais elevada do que a das outras complicações do diabetes (Armstrong *et al.*, 2011; Lee *et al.*, 2013).

Ao iniciar essa pesquisa, despertou a necessidade de analisar o que temos na literatura mundial acerca dos fatores associados às amputações de pé diabético entre os anos de 2015 e 2019. A relevância da pesquisa parte do pressuposto de que existem poucos estudos no âmbito dos periódicos brasileiros e para que haja prevenção das consequências do diabetes, é necessário entender como a doença se manifesta em outros países no que concernem os fatores associados às amputações de pés diabéticos. Levando em consideração que as amputações não traumáticas em consequência de complicações do DM são consideradas um grave problema de saúde pública, o qual deve ser estudado para que sejam traçadas estratégias nos serviços de saúde nos âmbitos da promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. Nesse sentido, essa pesquisa tem como proposta identificar na literatura os fatores de risco para amputações decorrentes do pé diabético em pessoas idosas.

Metodologia – Artigo 1

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, caracterizada como revisão integrativa a qual segundo Souza *et al.* (2010), refere-se a uma abordagem metodológica que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado, oportuniza a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos para a prática. Para o alcance do rigor metodológico, esta revisão foi realizada de acordo com as seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa, identificação de estudos relevantes (busca dos estudos relevantes), seleção dos estudos, extração de dados, separação, sumarização e relatório de resultados e divulgação dos dados.

A questão norteadora da pesquisa bibliográfica, quais são os fatores de risco associados às amputações decorrentes do pé diabético em idosos? No que se refere ao levantamento bibliográfico, foram consultados a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e

Scientific Electronic Library Online - SciELO, no período de junho a julho de 2020, utilizando-se os Descritores em Ciências de Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) com os operadores booleanos “and” e “or”, apresentado os descritores: Pé diabético, Depressão e Amputação. Nessa perspectiva, foram analisados os seguintes bancos de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Base de dados *en Enfermeria* (BDENF).

A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, indexados nas bases de dados supracitadas, publicados em português, inglês e espanhol, que tratassem de fatores associados à amputação do pé diabético em idosos. Foram excluídos estudos não relacionados à temática, em formato de editorial, carta ao editor, revisão de literatura, relato de experiências e reflexões teóricas, teses e monografias, resumos publicados Anais de eventos.

O período de seleção das publicações foi entre 2015 a 2019. Após a aplicação dos referidos filtros restaram 89 artigos da MEDLINE e uma da LILACS, 89 apresentaram-se em inglês e uma em português. A partir dessa fase, foi realizada uma leitura dinâmica de títulos e objetivos dos artigos encontrados, foram excluídos artigos que não condiziam com a temática abordada e os que, embora tenham sido publicados dentro do recorte temporal, foram integralmente realizados em um período de tempo anterior ao ano de 2015. Por fim, conforme os critérios previamente determinados, foram selecionadas 37 publicações que partiram para a leitura completa e devida seleção, bem como aplicação no desenvolvimento desta pesquisa.

Resultados e Discussão – Artigo 1

No que concerne o levantamento literário direcionado à pergunta norteadora e ao tema geral focado nos descritores de interesse à pesquisa, foram encontrados 16.231 estudos sobre a temática de interesse. A partir da aplicação de todo o processo metodológico padronizado da pesquisa integrativa e considerando-se a questão norteadora, foram pré-selecionados 90 artigos, desses foram excluídos 53, restando 37 para serem analisados. Realizou-se a caracterização dos estudos para análise, apresentados por base de dados, título, local do estudo, autores, periódicos, ano de publicação, língua vernácula, objetivo do estudo, assunto principal e conclusões alcançadas.

Nesse sentido, das bases de dados apresentadas, o maior número de artigos foi encontrado na MEDLINE com 36 e apenas uma na LILACS. Quanto ao idioma, o inglês foi o predominante com 34 (91,8%), em inglês e espanhol apresentou-se 02 (5,4%), em inglês e português apenas uma (2,7%), o que mostra claramente que as pesquisas que se referem a amputação de pé diabético são direcionadas a países de língua inglesa. Esse fato se torna ainda mais evidente ao analisar a base de dados na qual a grande maioria está incluída.

Sobre os locais dos estudos, os Estados Unidos lideraram com 07 (18,9%), seguido por China com 05 (13,5%), logo após vieram Alemanha, Grécia, Itália, Turquia com 02 (5,4%) locais dos estudos cada um respectivamente, por último, Arábia Saudita, Brasil, Canadá, Coreia, Espanha e França (juntos), Gana, Japão, Malta, Nigéria, Noruega, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Romênia, Rússia e Suíça que apresentaram 01 (2,7%) local de estudo, cada um respectivamente. Também com 01 (2,7%) estudo teve como local a Europa, não sendo possível determinar país específico.

Em se tratando dos periódicos, foram encontrados 28, dentre os quais destacaram-se o Diabetes Care e J Foot Ankle Surg com 03 (10,7%) publicações cada. Quanto ao ano de publicação, 10 (27%) dos artigos foram publicados em 2015, 05 (13,5%) em 2016 e 2017 cada, 2018 apresentou 08 (21,6%) publicações e 2019 teve 09 (24,3%) artigos publicados.

Quanto aos artigos abordados na pesquisa, foi possível identificar cinco categorias temáticas: epidemiologia 5 (13,5%); avaliação de condições de saúde da pessoa diabética 11 (29,7%); fatores de risco para amputação 12 (32,4%); risco de complicações pós amputação 4 (10,8%) e qualidade de vida 5 (13,5%) dos artigos abordados. Segundo Yan e Pogoda (2015) estima-se que 40% das amputações em pessoas com DM tipo 2 podem ser prevenidas, uma vez que ocorre um fraco controle glicêmico por parte dessas pessoas, levando a Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) a níveis superiores a 7,5% (0,58 mmol/mol de IFCC), o que leva a risco relativo de 2,5 a 5 vezes maior de complicações microvasculares, incluindo retinopatia, nefropatia, úlceras nas pernas e neuropatia.

Nesse sentido, considerando-se a micro e macrocirculação é importante ressaltar ainda que, as pessoas com DM precisam estar atentas aos níveis séricos de HDL e LDL. De acordo com Ikura *et al.* (2015) os níveis de colesterol HDL em pessoas diabéticas podem ser um preditor clínico para a incidência de amputações de membros inferiores e é o motivo pelo qual precisa ser visto de maneira preventiva. Veresiu *et al.* (2015), referem que apesar da implementação de melhorias nos padrões de cuidados com os pés de pessoas com diabetes

como triagem, prevenção primária e secundária de ulceração, usando estratégias de educação terapêutica, sapatos especiais, medicamentos, revascularização, ainda assim, houve aumento das taxas de amputações de membros inferiores.

O aumento destas amputações está direcionado a DM tipo 2 e em pessoas idosas, mas que deve haver melhorias na triagem, terapia educacional para conscientização sobre o problema do pé diabético e aplicar medidas. Na mesma abordagem, os fatores que levam a perda de um membro de forma não traumática em consequência do DM revelam muitas falhas no cuidado em saúde, a começar da dificuldade quanto ao diagnóstico, uma vez que a pessoa acometida muitas vezes só tem seu diagnóstico esclarecido após o estabelecimento de alguma complicação da doença, mais comumente encontrado é a úlcera de pé diabético que surge após um descontrole metabólico ao longo de muito tempo (Santos *et al.*, 2015).

Levando em consideração que o agravamento do pé diabético é evitável através do diagnóstico precoce e de medidas preventivas, a alta frequência de gangrena em pé diabético já estabelecida há mais de um mês da admissão de uma pessoa, demonstra um alto risco de amputação. A não adesão ao tratamento também altera a probabilidade para 50 vezes maior de úlceras e 20 vezes maior para amputação. Dentre os fatores associados à amputação de membros inferiores por pé diabético, destacam-se os relacionados à prevenção, especialmente quanto ao maior tempo de ocorrência do problema com o pé, a falta de informação dos resultados de exames de glicemia e a falta de orientação sobre cuidados com os pés (Santos *et al.*, 2015).

As pessoas diabéticas também podem apresentar cuidados de forma insatisfatória sem a presença de um profissional para cuidar de seus pés, o corte das unhas de forma inadequada pode proporcionar uma infecção bacteriana ou fúngica, presença de calos por uso de calçados inadequados são condições que costumam ser negligenciadas por pessoas diabéticas e que podem levar a uma úlcera de pé diabético e até mesmo a amputação do membro afetado. Assim, a prevenção nesse sentido é a melhor opção (Zhong *et al.*, 2017).

Nesse sentido, corroborando com os autores já citados, os estudos dessa pesquisa que abordaram fatores de risco para amputação de pé diabético mencionaram: fatores que predispõem lesões nos pés, cuidados inadequados dos pés diabéticos, lesões infectadas com presença ou não de exsudato consequente de disseminação de alguma bactéria, presença de lesões fúngicas, acesso ou não a abordagem através de exames capazes de diagnosticar infecções, acesso a serviços de saúde, diagnóstico antes de comprometimentos dos pés,

gangrena já instalada, osteomielite já instalada, tempo de mais de um mês de lesão em pé diabético, descontrole glicêmico de longo prazo, falta de conhecimento sobre o diagnóstico para que fosse possível intervir, testes específicos para analisar neuropatia, idade avançada, anemia, proteinúria, leucocitose, insuficiência vascular foram alguns fatores mencionados capazes de potencializar o risco para amputação de membros inferiores (Aljarrah, *et al.*, 2019; Pickwell, *et al.*, 2015; Li, *et al.*, 2016; Saltoglu, *et al.*, 2018; Ugwu *et al.*, 2019; Quilici, *et al.*, 2016).

Ainda sobre os preditores de amputação ressaltados pelos autores, a úlcera de pé diabético foi apontada por todos os estudos relacionados a fatores de risco para amputação do pé diabético e todos esses estudos referiram a prevenção como a principal estratégia para evitar a amputação de pé diabético. Levando em consideração os altos e crescentes números de amputações de pé diabético em todo o mundo, o estudo prospectivo de Wukich *et al.* (2018), separou 2 grupos, um com 207 pessoas que apresentavam patologias, como úlcera do pé diabético, neuropatia de Charcot, infecção no pé ou fraturas e luxações neuropáticas agudas; o outro grupo de controle era composto por 254 pessoas, esses por sua vez apresentavam patologia do pé comum não relacionada ao diabetes; foi-lhes perguntado sobre o que mais temiam dentre as complicações diabéticas (cegueira, morte, infecção do pé diabético e doença renal em estágio terminal). Como conclusão, pessoas com patologia diabética do pé temem mais a amputação de membros inferiores do que a morte, infecção do pé diabético ou doença terminal renal.

Considerações sobre o levantamento bibliográfico

Esta revisão integrativa identificou na literatura os fatores de risco para amputações decorrentes do pé diabético em pessoas idosas. A partir do levantamento bibliográfico realizado, foi possível identificar as seguintes categorias temáticas: estudos voltados para epidemiologia, avaliação de condições de saúde da pessoa diabético, fatores de risco para amputação, risco de complicações pós amputação e qualidade de vida de pessoas diabéticas. Os fatores que levam às amputações foram os mais variados possíveis, desde questões sociodemográficas, condições gerais de saúde e de acesso à saúde, adesão ao tratamento; no entanto, o que ganhou destaque foi a falta de conhecimento sobre o próprio diagnóstico, situação na qual muitas vezes a pessoa vem tomar conhecimento sobre a doença quando

apresenta uma complicação previamente instalada do Diabetes Mellitus e não menos importante, as complicações em consequência das úlceras de pé diabético.

Também fica explícito que, os cuidados preventivos associados aos cuidados secundários, que podem evitar de forma considerável o aumento do número de amputações de pé diabético no mundo. Contudo, conhecer os fatores associados às amputações decorrentes do pé diabético, trará aos serviços de saúde o norte necessário para antecipar-se a essa possível complicação nas pessoas diabéticas, fazendo-se uso das estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde dessa clientela.

3.5 Aspectos psicossociais relacionados à amputação

Os aspectos emocionais que acompanham o processo de amputação diferem entre os indivíduos e dependem da etiologia da amputação, da vida pessoal e do momento histórico-social, contribuindo para a interpretação dos sintomas (Bergo; Prebianchi, 2018). Para Oliveira (2016), isolamento social, empobrecimento da autoimagem, conflitos gerados pela dependência e pressão econômica interferem no desempenho funcional e na capacidade de realizar tarefas cotidianas, corroborando com os estudos de Furlan *et al.* (2019), em que ressaltam que essas complicações resultam em impactos como impotência sexual, falência renal, amputações decorrentes de infecção de resíduos mal curados e enfatizam que para que haja aderência ao tratamento e se possa ser evitado essas complicações, é fundamental passar informações a respeito da doença e seus cuidados adequados.

De acordo com os estudos de Matias *et al.* (2016), o impacto físico e emocional no indivíduo com DM é muito variado e há uma diminuição em sua autonomia e confiança em si, mudando sua percepção de si mesmo, com sensação de ser incapaz de concluir seus objetivos, impactando assim na sua qualidade de vida. Havendo uma maior prevalência no aspecto negativo da qualidade de vida desses pacientes pós-amputação, por ter uma alta dependência de familiares e amigos nas atividades diárias, esses achados mostram o quão é importante um cuidado holístico do ser humano frente as mudanças e que suas necessidades devem ser readaptadas (Santos *et al.*, 2019; Vietta *et al.*, 2019; Lourenço, 2017).

A adaptação de uma pessoa em relação à perda do membro pode ser dividida em quatro etapas, de acordo com o momento cirúrgico, nas quais certas emoções e mecanismos de defesa podem ser identificados.

A primeira fase, ou pré-operatória, começa com a percepção da pessoa de que a perda de um membro é provável. O processo de aceitar uma amputação não acontece apenas de uma vez. Os sentimentos incluem desânimo, raiva, preocupação com a perda, junto às preocupações com dor, dificuldades financeiras, saúde e capacidade funcional relacionada às atividades domésticas ou comunitárias, bem como, sofrimento e tristeza. Também questões sobre o uso de próteses, função sexual e dependência. Os indivíduos acreditam que a independência e os objetivos futuros serão para sempre inatingíveis e se sentem inferiores. O aspecto emocional é modificado pela forma como eles percebem a amputação, o que, por sua vez, pode ser influenciado por variáveis como cultura, crenças, família e sociedade (Bradway *et al.*, 1984, Fitzpatrick, 1999).

A segunda fase, ou pós-operatório imediato, é um período de tempo relativamente curto, que começa com a consciência inicial de que o membro não está mais presente e a dificuldade de aceitar a realidade, situação que pode ser minimizada com o uso da prótese imediata quando indicada. Mas ainda são escassos os estudos no que se refere aos aspectos emocionais vividos pelas pessoas neste período. As alterações mais referidas são a insegurança em relação às perspectivas futuras e o medo de ser rejeitado, sentimentos que são baseados na forma como percebem a amputação (Bergo; Prebianchi, 2018; Fitzpatrick, 1999).

A negação substitui gradualmente a dor, a tristeza e o desânimo. Humor eufórico e regressão são mecanismos utilizados para negar a ansiedade e o desafio de se adaptar à realidade. Usualmente, as pessoas que passaram por essa perda apresentam uma crença estereotipada sobre a incapacidade, no sentido de se sentirem indefesos, desinteressantes, de quem os outros têm pena. Esse é o cenário imaginado pelas pessoas com crenças errôneas sobre a incapacidade a perda da independência e o sentimento de isolamento social.

Essa fase se caracteriza pelo início do processo de reabilitação e a prótese, quando indicadas, como por exemplo, nas pessoas diabéticas torna-se um processo lento e gradual devido ao processo de cicatrização, mas o uso da prótese é aceito como algo novo e em que, progressivamente, retoma-se o contato com família e amigos.

A quarta e última fase, caracteriza-se pelo retorno ao ambiente doméstico, que parece ser um momento crucial no processo de reabilitação. Ao mesmo tempo em que deixar o hospital representa um sinal de recuperação, também evidencia a realidade difícil da deficiência tanto física quanto emocional, pois os indivíduos se sentem como se tivessem tornado uma pessoa diferente. Uma grande parte da reação psicológica nessa etapa é

secundária às influências ambientais, e muitas vezes ficam fora do controle da pessoa (Bradway *et al.*, 1984; Sousa, Corredeira; Pereira, 2009).

Os sentimentos das pessoas acometidos por DM que passaram por amputação, de acordo com Diniz (2018), refere, que dormem mal, cansam com facilidade, apresentam sentimento de tristeza, incapacidade de realizar um papel útil em sua vida, desinteresse por sua aparência e perda de interesse pelas coisas do dia a dia, corroborando assim, com as análises de Antunes (2019), que enfatiza que a ocorrência de uma amputação causa grande mudança no campo estético e psicológico, pois a perda de uma parte do corpo é como perder a sua própria existência gerando sentimento de incompletude.

Esses sentimentos iniciam quando a pessoa percebe que a lesão no pé diabético está piorando e a taxa glicêmica não é controlada, então o indivíduo começa a se sentir frustrado, impotente, com medo e até mesmo a fé é comprometida, passando a não acreditar no tratamento e que ninguém pode ajudá-lo (Salomé; Ferreira, 2017). No estudo de Pedras (2017), foram sugeridas inúmeras propostas para investigações futuras na prática clínica, onde o estudo enfatiza a necessidade de intervenção psicológica, para os pacientes antes e após a cirurgia, para promover a adaptação a amputação e aumentar a qualidade de vida de maneira significativa na população.

Nos estudos foram encontrados sentimentos que envolvem as expectativas dos pacientes quanto ao futuro, Barbosa *et al.*, (2016), retratam os sentimentos de tristeza, resignação, desvalia e pessimismo, corroborando com o estudo de Volpato (2018), onde ele expressa que o medo da morte pode acontecer pós amputação e representa as expectativas e o medo quanto ao futuro. Neste sentido, a percepção do paciente sobre si mesmo, reflete o alto nível de sofrimento emocional e baixa qualidade de vida.

Os níveis de sofrimento com depressão e ansiedade tendem a diminuir a partir do aprendizado de novas habilidades e do retorno ao ambiente doméstico. Assim também, a depressão e a ansiedade são evidenciadas durante a hospitalização, que se caracteriza por uma reação ao significado das implicações a longo prazo da doença, da interação com os profissionais, da perda de controle, da realização de procedimentos dolorosos e marcantes, ou seja, os indivíduos passam por uma enorme quantidade de estressores no seu dia a dia (Fitzpatrick, 1999).

A sintomatologia relacionada à depressão não pode ser atribuída simplesmente a ausência do membro, acompanhada de outras perdas, como dificuldade de encontrar trabalho,

diminuição da interação social, baixa autoestima e aumento da dependência. O sistema de suporte social e fatores predisponentes provavelmente estão envolvidos, enfatizando a etiologia multifatorial da depressão entre as pessoas. Em função dos níveis de depressão verificados, os autores sugerem que não somente os cuidados físicos devem ser levados em conta, mas também as necessidades emocionais, que representam um aspecto essencial na atenção a pessoa com amputação. Os sintomas depressivos após o período de hospitalização são relacionados com o baixo nível de mobilidade, a restrição para atividades, o sentimento de vulnerabilidade e baixas condições de saúde em geral (Gabarra; Crepaldi, 2009; Bradway *et al.*, 1984).

Atherton e Robertson (2009) relataram nível de depressão em 13,4% das pessoas que avaliaram, sendo considerado um valor abaixo da média quando comparado a outras pesquisas. Atribuem esse resultado ao uso de próteses, uma vez que o estudo avaliou somente pessoas que usavam esse dispositivo e desta forma poderiam ser mais ativas do que aquelas que não a usavam.

Em estudo realizado na Cidade do México, identificou-se uma taxa de 27,5% de tentativas de suicídio após amputação de membros. Os autores citam uma correlação significativa entre funcionalidade e depressão, sendo esta a mais comum nas pessoas mais dependentes após a amputação (Vázquez *et al.*, 2017).

No estudo com pessoas avaliadas um ano após a amputação, 15,71% relataram tentativa de suicídio e esse índice foi correlacionado com baixos níveis de mobilidade, maior grau de dependência para as atividades de vida diária, além de altos níveis de depressão. Pessoas com amputações mais recentes parecem apresentar maior risco para a tentativa de suicídio. Um rastreamento de rotina poderá resultar em uma maior identificação de indivíduos com dificuldade de lidar com sua deficiência e permitir uma abordagem adequada pela equipe multidisciplinar (Turner *et al.*, 2015). Existem poucos relatos que abordam estas questões: amputação, depressão e suicídio.

Grande parte desses estudos que envolvem pessoas com amputação e os aspectos psicossociais, foram construídos por meio de pesquisas qualitativas, em entrevistas individuais e por grupos focais que observaram os sentimentos e as reações dos participantes, acerca dos fatores ambientais, físicos, sociais e emocionais envolvidos na interface da imagem corporal na amputação. Que perpassada pela questão da construção subjetiva do corpo e do quanto um procedimento invasivo pode influenciar diretamente a dimensão

humana. Nesse sentido, baseando-se nos aspectos da constituição do ser, destaca-se a íntima articulação entre a amputação e a percepção, uma vez que uma alteração física provoca alterações na imagem do corpo, que reverbera nos contornos do ser. Acredita-se na desestruturação do segmento corporal provocada pelo procedimento cirúrgico, que ocasiona uma interferência na imagem de si mesmo e na vivência do próprio corpo, a qual se configura na imagem corporal.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Imagem Corporal

O interesse pela pesquisa da imagem corporal surgiu com os neurologistas, cientistas comportamentais e filósofos, no início do século XX, que começaram a investigá-la, explorando sua natureza e significado, estudaram, entretanto, as diferentes maneiras pelas quais as pessoas percebem seus corpos, a representação mental do corpo e também a percepção de membros fantasmas (Grogan, 2017).

A expressão imagem do corpo surgiu através de pesquisas relacionadas com a área biomédica, considerando o corpo biológico e tendo como sustentação a noção de esquema corporal sugerida pelo neurologista britânico Henry Head (1911), definindo-o como o modelo que cada pessoa tem de seu próprio corpo, através desse esquema que as pessoas são capazes de se movimentar e perceber os movimentos de seus corpos.

O estudo de Head e Holmes (1911) investigou a percepção de dois tipos de esquemas corporais. O primeiro estava relacionado ao reconhecimento da posição do corpo no espaço, enquanto o segundo estava relacionado à capacidade de localizar estímulos nos corpos. Os autores descobriram que lesões cerebrais poderiam afetar significativamente esses esquemas, causando dificuldades no reconhecimento e execução da lateralidade e no reconhecimento da própria postura corporal. Somente incorporou os aspectos de cunho afetivo e social a partir dos estudos do médico neurologista, psiquiatra, psicanalista e filósofo austríaco Paul Schilder em 1923, para indicar simultaneamente, as representações conscientes e inconscientes da posição do corpo no espaço, que levou em consideração os aspectos fisiológico, social e os referentes a libido.

Diante desses aspectos, Schilder (1999) refere-se a postura corporal como a percepção de si e de seu corpo, atreladas às emoções e à personalidade singular que se revelam pelas ações que, somadas aos desejos, desempenham primordial importância no caminho para o autoconhecimento de cada sujeito. A projeção da imagem corporal no meio social, leva as identificações através das emoções e da atitude em relação ao corpo dos outros indivíduos.

Para Schilder, a “atitude em relação às várias partes do corpo pode depender do interesse que as pessoas que dão a nosso corpo. Elaboramos nossa imagem corporal segundo as experiências que obtemos através das ações e atitudes dos outros”. Pode-se então entender

que, as ações dos outros podem provocar sensações, quando estes nos tocam ou manipulam e podem nos influenciar através de palavras e ações que atraem nossa atenção para determinadas partes do seu corpo e do nosso (Schilder, 1999, p.190).

O mesmo autor refere que a imagem corporal é a representação mental do próprio corpo e do modo como ele é percebido pelo indivíduo, de forma que a imagem abrange os sentidos, as ideias e sentimentos referentes ao corpo. Ressalta a importância de se observar como as experiências psicológicas fazem parte dos aspectos fisiológicos e refletem no biológico do corpo humano. Quando “expandimos e contraímos o modelo postural do corpo; retiramos e adicionamos partes; reconstruí-lo; misturamos os detalhes; criamos detalhes; acrescentamos roupas, máscaras, joias, que expandem, contraem, desfiguram ou enfatizam a imagem corporal e partes dela (Schilder, 1999, p.232-233).

Merece destaque que, na imagem corporal estão presentes os afetos, os valores, a história pessoal expressada nos gestos, no olhar e no corpo em movimento. O movimento é essencial para a construção da imagem corporal, pois através dele se pode adquirir conhecimento sobre o próprio corpo. Essa relação acontece no duplo sentido, pois tanto o movimento é necessário para a percepção do corpo, como o conhecimento dos segmentos corporais é fundamental para a realização de qualquer movimento (Turtelli, 2002). Sobre a importância do movimento na construção da imagem corporal, destaca-se a explanação de Schilder (1999) ao modelo postural do corpo, o conhecimento dos membros e de suas relações mútuas, como necessário para começar qualquer movimento, pois “quando o conhecimento dos membros for insuficiente para o início do movimento, o indivíduo tentará aumentar seu conhecimento através de movimentos de teste. O conhecimento sem movimento é sempre incompleto” (Schilder, 1999, p. 324).

Com ênfase no movimento Schilder (1935, p.15), referiu que “ao estudarmos a imagem corporal, devemos abordar o problema psicológico central da relação entre as impressões de nossos sentidos, nossos movimentos e a motilidade em geral”. Isto significa que o esquema corporal está em perpétua autoconstrução, vive em contínua diferenciação e integração. Por outro lado, o modelo postural do nosso corpo se relaciona com o modelo postural dos corpos dos outros. A experiência da nossa imagem corporal e a experiência dos corpos dos outros estão intimamente interligadas. Assim, as emoções, as ações e percepções são inseparáveis, que contribuem para a construção da nossa imagem corporal.

4.2 Construção da Imagem Corporal

Na perspectiva psicanalítica, a imagem corporal é baseada em uma noção de corpo que vai além dos limites biológicos e das fronteiras da percepção da imagem. Schilder recorre à teoria psicanalítica para explicar a estrutura libidinal da imagem corporal. Ressalta que “nos interessamos pela integridade do nosso corpo”, e que a libido pertence ao nosso próprio corpo, a princípio, a libido é referida ao corpo como um todo. Nesta etapa, a criança se interessa apenas por si própria, depois se segue uma fase autoerótica, na qual a libido se concentra em partes do corpo que têm significação erógena especial (Schilder, 1935, p.107).

Ao realizar leitura da obra freudiana, Schilder aponta que desde o início da vida existe um núcleo da imagem corporal na zona oral. Ainda admite a existência de um desenvolvimento primário que começa na zona oral e um refinamento secundário que diferencia o ego corporal do mundo externo.

De acordo com a teoria freudiana, o Eu e o Corpo não são dados a priori e a imagem corporal está sempre em reformulação (Freud, 2006). Portanto, avaliar a imagem corporal com um medidor universal seria impossível. Além disso, associar essa imagem a comportamentos patológicos é questionável. A apreensão da imagem do corpo e sua identificação como o “Eu” é resultado de operações psíquicas complexas e fundamentais.

Sabe-se que, corpo e psiquismo estão interligados de tal forma que só podem ser vistos separadamente em casos de pessoas psicóticas. Quando um sujeito identificado com sua imagem se olha no espelho, ele não apenas vê aquele corpo, mas também o sente como seu. Essa imagem é a imagem do seu corpo e ele é o sujeito. Esse é o desdobramento psíquico necessário para o surgimento de um Eu, de um corpo e da imagem corporal (Lucena *et al.*, 2020).

Dessa forma, entende-se que imagem do corpo é o suporte do narcisismo, sendo a partir da adoção dessa imagem como representante no mundo das coisas que se é capaz de afirmar que existe um Eu, fruto da coesão fornecida pela imagem do corpo. No entanto, a imagem do corpo apreendida nunca é exatamente como ela é, mas sim como podemos assimilá-la. Na perspectiva da psicanálise, o corpo é necessariamente fonte de insatisfação, pois é recortado e talhado pela pulsão que, por princípio, não se satisfaz (Freud, 2006). Assim, a evolução da imagem corporal se dá, de certa forma, paralelamente ao desenvolvimento das percepções, do pensamento e das relações objetivas.

4.3 Entendendo o esquema corporal

O neurologista Henry refere que o esquema corporal é um componente neurológico que permite ao indivíduo ter consciência dos segmentos corporais e da posição que seu corpo ocupa no espaço. É a representação das relações espaciais entre as partes do corpo percebidas cinestésicamente e proprioceptivamente, ou seja, uma interação neuromotora que permite ao indivíduo estar consciente do seu corpo a partir da experiência do espaço, do tempo e do movimento (Olivier, 1995).

Head, em 1911, foi o primeiro pesquisador a utilizar o termo esquema corporal. Para ele, a construção desse esquema seria uma necessidade dos indivíduos para se moverem e se situarem no espaço, com controle sobre a postura e sobre os movimentos do corpo.

A elaboração do esquema corporal inicia-se antes do nascimento e seu desenvolvimento depende da maturação neurológica e das experiências vividas pelo indivíduo. Entre o primeiro e o terceiro ano de vida da criança, a evolução acontece de acordo com a capacidade de mover e endireitar a cabeça, sensação de continuidade do tronco, descobrimento do contorno do corpo, individualização dos membros e aperfeiçoamento da preensão até que alcance o desenvolvimento da marcha. Já dos três aos sete anos, há o desenvolvimento da motricidade e da cinestesia, quando se percebe melhor os movimentos e a criança se reconhece como um indivíduo autônomo, estruturando seu esquema corporal. Com sete anos percebe-se a independência dos braços em relação ao corpo e reconhece-se as noções de lateralidade, controle muscular e respiratório (Barreto, 1999).

Considera ainda Barreto que, no que concerne ao desenvolvimento do esquema corporal, dos sete aos doze anos a consciência das partes do corpo e dos movimentos atinge sua totalidade, ocorrendo a sua elaboração definitiva. A partir de então, a criança terá alcançado sua autonomia e estará pronta para planejar ações antes de executá-las. Com doze anos o esquema corporal já está formado. Sua característica neuromotora possibilita ao indivíduo ter a consciência do seu corpo anatômico no espaço, moldando-o às novas situações. Entretanto, a plasticidade desse aspecto permite que fatores o influenciem e o alterem constantemente, mesmo depois de formado. Por isso, o esquema corporal continua em permanente evolução adaptativa e se modifica pelo resto da existência do indivíduo (Barreto, 1999).

Todos os componentes que estruturam o esquema corporal são imprescindíveis na organização das relações do indivíduo com seu corpo e o espaço. A integridade é necessária para que ocorra uma boa interação nervosa no sentido de fornecer informações para o córtex cerebral sobre o corpo, possibilitando a elaboração de ajustes adequados para cada situação em relação à percepção do próprio corpo, da postura, do equilíbrio, da noção de lateralidade e do controle respiratório. Identifica-se a área do esquema corporal nas regiões do cérebro onde ocorre a integração das informações de cunho visual, auditivo e proprioceptivo, que permitem ao indivíduo ter a percepção do corpo anatômico e do espaço (Machado, 1988).

4.4 Relação entre Imagem Corporal e Esquema Corporal

O esquema corporal e imagem corporal às vezes se confundem por terem fatores relacionados e complementares. A distinção entre eles tem sido considerada motivo de divergências ao longo das pesquisas. A grande maioria dos pesquisadores defende uma distinção entre os conceitos e atribui à imagem corporal e as características psicológicas, de caráter subjetivo, enquanto, ao esquema corporal são atribuídas características biológicas, que serviriam de base para a elaboração da imagem corporal. As duas estruturas são cruciais para a análise do bem-estar físico e psicológico das pessoas.

Turtelli (2003) observou desde o início das pesquisas sobre a imagem corporal, havia uma tendência desses estudos serem realizados de forma isolada, o que levou ao uso de nomenclaturas divergentes com a utilização de termos como "imagem corporal", "conceito corporal", "esquema corporal" e "percepção corporal" (Fisher, 1990). Esta divergência quanto aos conceitos continua até a atualidade.

Evidencia-se também por Olivier (1995), quando pesquisou pontos de vista de diversos autores e concluiu que de maneira geral, o esquema corporal estaria relacionado a questões de ordem neurológica e a imagem corporal a questões ligadas à psicologia e à psiquiatria. Assim, o esquema corporal seria uma organização neurológica das diversas áreas do corpo, de acordo com a importância de inervação somática que elas recebem.

Vale destacar que a imagem corporal e o esquema corporal têm funções complementares, pois permitem ao ser humano situar-se no mundo em que vive (Schaffhauser; Breuer, 2011). O esquema corporal fornece a integração em sucessivos sinais proprioceptivos que complementam a consciência da imagem corporal (Maravita; Irki, 2004).

Caracteriza-se como um sistema de capacidades motoras que, para exercer suas funções, necessita de informações perceptuais, enquanto a imagem corporal, em contraste, é um sistema de percepção, atitudes e crenças que pertence a um corpo (Gallagher; Meltzoff, 1996).

Pode-se então acrescentar que, o esquema corporal é a percepção tridimensional que cada um tem de si mesmo, é o modelo postural do corpo. A diferença entre a imagem corporal do esquema corporal é que a imagem consiste na crença sobre o seu corpo, e o segundo caracteriza a habilidade de fazer algum movimento ou a capacidade de mover esse corpo. Assim, a imagem corporal envolve percepção, crença, emoção e representação, enquanto o esquema relaciona-se com as capacidades motoras, habilidades e manutenção da postura. Entendendo que imagem é a percepção do movimento e o esquema é a realização desse movimento, complementando-se e fazendo parte de um só sistema.

No que se refere a pessoa que passou pelo processo de amputação podemos evidenciar esses dois constructos na imagem do corpo quando se percebem sem a presença de um membro e quanto ao esquema quando se sentem incapazes de desenvolver suas atividades da vida diária.

4.5 Imagem corporal alterada na amputação

Com a perda de uma ou mais partes do corpo, o 'ser' tem sua imagem corporal alterada e para que esse indivíduo tenha sucesso em sua recuperação faz-se necessário a reintegração dessa nova imagem corporal à consciência. As alterações decorrentes desse distúrbio da imagem do corpo se sobrepõem a perda da sensação do membro e sua função, que influenciam na autoestima, nas relações sociais e laborais, bem como, no autoconceito da pessoa.

A amputação transcende a perda física de um membro, mas engloba fatores emocionais, laborais e sociais advindos com essa perda. A aceitação de sua nova condição passa pelo processo de reintegração corporal, que se vê e se percebe em sua condição de amputado e passa a enxergar as possibilidades que existem além da dependência física e voltar a perceber o corpo com a amputação.

Após o processo de amputação, muitas pessoas enfrentam dificuldades para se adaptar ao novo corpo e sofrem uma intensificação dos seus sentimentos em relação ao membro

perdido. Dessa forma, a imagem corporal é distorcida e a pessoa se prende às lembranças do corpo completo, negando a sua realidade atual.

Enfrentar o processo de aceitação após a amputação de um membro é um grande desafio para o ser, pois a adaptação ao novo corpo provoca profundas alterações na autoimagem, fazendo com que o indivíduo, muitas vezes, vivencie sentimentos como tristeza e angústia, que pode se intensificar ainda mais, dependendo do tipo de estímulo que recebe das pessoas de seu ciclo social, cuja percepção de autoimagem pode se tornar mais comprometida diante de opiniões negativas, ou ainda, se negar a ver o corpo de acordo com a nova realidade.

Diante dessa realidade, surgiu o interesse em entender o comprometimento físico e emocional quanto a alteração da autoimagem em pessoas amputadas, que teve início após inserção como docente no curso de Graduação em Enfermagem na UFCG, nas atividades práticas da disciplina Semiologia e Semiotécnica II, com os alunos inseridos na ala clínica do HUAC, despertando assim as inquietações ao presenciar os relatos das pessoas diabéticas amputadas, que se encontram internadas. Dentre os relatos, destaco a fala de um senhor amputado, que se encontrava muito angustiado *“quando o doutor vem me avaliar, vê apenas a parte amputada, o curativo e esquecem que existe uma pessoa que foi amputada, que sofre e tem sentimentos”*.

Senti então, angústia pela abordagem mecanicista dos profissionais, então procurei despertar nos alunos a escuta individualizada das pessoas que passaram por procedimento traumático, e necessidade de serem acompanhados com sensibilidade, carinho e atenção, além de perceber os aspectos psicológicos relacionados a perda do membro, promovendo um olhar humanizado e acolhedor de maneira integral.

Com minha inserção no Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, intensificaram as leituras das disciplinas ofertadas pelo curso, com destaque para disciplina Epistemologia em Psicologia Clínica ministrada pelo professor Dr. Gilberto Safra, que definiu estética como a ciência do sentido, da sensação, apresentado no primeiro capítulo do seu livro *“a face estética do self: teoria e clínica”*, conforme discussão promovida nessa disciplina, tiveram o interesse pela percepção da imagem corporal alterada. Realizei inicialmente, busca em bases de dados sobre a percepção de pessoas diabéticas amputadas, que evidenciaram o caráter expressivo quanto a dificuldade motora existente nas pessoas, em contato com seu

meio interno (lado afetivo, sensível) e com seu meio externo, tanto em relação ao outro, quanto em relação ao meio ambiente.

Considero importante destacar as áreas da psicologia e da psicanálise com o propósito de subsidiar o suporte a essas relações e as diferentes alterações evidenciadas ao ser amputado. Imergi na produção de pesquisa sobre a percepção de um ser e suas relações com a amputação, que influenciam e são influenciados por ela. Durante a análise dessa abordagem, ficou evidente quão pragmática é a literatura quando aborda o tema da amputação, para buscar recursos acerca desse processo que se inclina em articular o impacto da cirurgia de amputação.

Partindo desse pressuposto, a cirurgia de amputação é compreendida enquanto uma intervenção que abala o corpo subjetivo, e não somente um procedimento cirúrgico que secciona um membro anatômico. Por isso, essa interface se debruça sobre o impacto causado pela notícia da amputação e suas repercussões psíquicas, tendo em vista o quanto esse momento é propulsor de desamparo para quem o vivencia e o confronta com uma situação de difícil representação e elaboração.

O procedimento cirúrgico provoca não apenas uma instabilidade emocional, como também traz à tona a ameaça de morte que esse evento representa (Sebastiani; Maia, 2005). Sobre isso, ressalta-se mencionada instabilidade e o temor do futuro que são evidenciados e potencializados frente a iminente perda do membro, referentes às reações no momento da notícia da amputação.

A notícia inesperada provocou abruptamente um encontro com aquilo que o psiquismo não teve recursos para elaborar. O processo de elaboração psíquica é conceituado como um processo de trabalho realizado pelo aparelho psíquico, com o objetivo de dominar as excitações que se apresentam a ele e que correm o risco de acumularem-se, tornando-se patogênicas (Laplanche; Pontalis, 2001). Embora, as pessoas diabéticas terem mencionado um conhecimento prévio da possibilidade de amputação e que estavam esperando por isso, suas inquietações demonstraram que diante da notícia, eles se depararam com a falta de recursos para lidar com esse fato novo.

Quando a amputação é indicada como único recurso, Zecchin (2004) apontou que é nesse confronto entre a mutilação que se faz real e a ausência de recursos internos para enfrentá-la que se observa um despreparo do aparelho psíquico para lidar com essa situação, para realizar o trabalho de elaboração psíquica, revelando uma condição de fragilidade. O fato

de a pessoa não ter como evitar esse confronto exposto no corpo, é uma das razões desse evento apresentar-se como algo gerador de intensa angústia e difícil de ser subjetivado.

Na concepção de Freud (1996), o estado de desamparo no adulto é o protótipo do seu próprio nascimento, evento traumático propulsor de intensa angústia. Isso porque ao nascer, o bebê é totalmente impotente diante de um excesso de tensão gerado pelas necessidades orgânicas que precisam ser satisfeitas e pelas quais ele é submetido por ainda não ter recursos para dominá-las (Laplanche; Pontalis, 2001). No momento da notícia da amputação, as pessoas vivenciaram essa ameaça em suas construções simbólicas, pois essa informação foi recebida como algo que interrompe qualquer possibilidade de enfrentamento. Isso significa que em seu universo simbólico, os recursos elaborativos que dispunham não deram conta do impacto gerado pela notícia da amputação.

Por ser a amputação de membros um evento que leva à incapacidade física, sabe-se que o ser se defronta com limitações que contemplam todas as esferas de sua vida, não se restringindo apenas à perda de uma parte importante de seu corpo. Essa perda se estende à saúde, à eficiência corporal e causa dificuldades desde o âmbito pessoal até o profissional (Oliveira, 2004; Paiva; Goellner, 2008).

Ao lançar-se um olhar a subjetividade do sujeito amputado, o que se observa não é somente a perda da autonomia, mas uma perda da imagem de si mesmo e um abalo em seu narcisismo. Essas limitações restringem e muitas vezes, impossibilitam a autonomia das pessoas amputadas, visto que as colocam em contato constante com suas fragilidades, com uma imagem de si e um modo de vida que não existem mais.

A amputação pode adquirir contornos traumáticos e por essa razão, sua elaboração e sua integração no aparelho psíquico pode tornar-se difícil. Em decorrência disso, quando a amputação não foi aceita, o sujeito depara-se também com uma dificuldade de reconstruir a percepção de si mesmo. Enquanto a mudança corporal não é integrada no aparelho psíquico através da realização do trabalho de luto pela perda do membro amputado, a reconstrução da autoimagem fica prejudicada.

Nota-se que a referência ao sentimento de bem-estar diante da amputação, que num primeiro momento poderia ser pensado como o uso da negação, revela, sob um olhar mais aprofundado, que a perda do membro ainda não foi representada psiquicamente por essas pessoas. Contudo, para que isso aconteça, há um trabalho a ser feito, ou seja, um processo de

elaboração da perda do membro e da antiga vivência corporal para que uma nova configuração do corpo e uma nova imagem corporal seja construída.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que, para que essas pessoas reconstruam suas autoimagens, é fundamental a elaboração da perda do membro amputado, o que possibilitará o investimento dos novos limites corporais. Isso constitui o alicerce para uma reorganização narcísica, para reorganização dos limites do eu. Para que isso ocorra, o corpo precisa ser vivenciado enquanto um corpo novo, diferente e mutilado, marcado por novas incapacidades, por um novo contorno. Assim, esse corpo com nova aparência deverá ser novamente reconstruído e investido para que a imagem de si e o narcisismo sejam reestruturados.

Esse alinhamento contempla a noção de que, algo deve existir que marca o instante de significação para a formação do que se entende por “consciência do Eu”. Surge então, o sentimento de oposição entre o Eu e o mundo, constituindo-se progressivamente as dimensões subjetivas e objetivas da experiência humana. A consciência do Eu pressupõe a tomada de percepção do próprio corpo, do “Eu físico”. A este Eu corporal, psíquico e somático a um só tempo, que a psicologia denominou de esquema ou imagem corporal (Schilder; Wertman, 1994). Se a consciência do Eu também abrange o corpo, então observa-se o entrelace do psíquico com o somático (o ego, para Freud, é, antes de tudo, um ego corporal). Portanto, na chamada despersonalização, ocorrem alterações tanto do Eu psíquico quanto do corporal.

A cada momento, o Eu é sentido como algo indivisível, essa é uma qualidade da vivência do Eu sentida como natural e espontânea. Na alteração da unidade do Eu, não se trata de dissociação da personalidade ou de expressões metafóricas referidas, como “Moram em meu coração duas almas” ou “Razão e sentimento se encontram em divergência no meu interior”, etc. Não se trata de tomar consciência de conflitos ou aspectos multifacetados da própria personalidade. O que está sendo discutido é algo mais radical e decisivo, demonstra que a pessoa diabética com perda corporal sofre com todas as alterações físicas e psicológicas.

Nesse sentido, destaca-se que nos relatos dos participantes do estudo, quando acontece a amputação de membros há uma ausência real de alguma parte significativa do corpo e uma ausência simbólica de um estilo particular de vida, de um jeito de ser, de uma identidade e ainda é preciso que se consiga dar vida ao restante que se mantém ali presente.

No relato seguinte, o ser amputado demonstra a necessidade de um reinvestimento em si mesmo para que seu corpo possa retornar ao estado de unidade:

Querer trabalhar e não poder, é querer fazer alguma coisa e não poder e não conseguir, a parte mais difícil foi essa, a minha aposentadoria [...]. E5.

O que antes eu queria fazer, hoje eu tenho que falar se der para ser feito [...] levanto, tomo café, fico sentado [...]. E9.

O que eu não quero para mim é uma vida sem nenhuma novidade assim, agora fico só em casa e não saio para ver meus amigos. E8.

Com esse relato, pode-se evidenciar o sofrimento psíquico que uma pessoa amputada expressa quando toda sua vida muda de uma hora para outra, que as atividades cotidianas descritas precisam ser executadas pelo ato de andar, que depois da amputação fica muito difícil se movimentar até mesmo dentro de casa.

4.6 Movimento e a amputação

Movimento e imagem corporal estão intimamente ligados, sofrem influência a todo momento simultaneamente. Uma função atribuída à imagem corporal é a orientação da postura e dos movimentos corporais. Por outro lado, o movimento é essencial para o reconhecimento e construção da imagem corporal, e só através do movimento, podemos adquirir conhecimentos a respeito do nosso corpo. "O desenvolvimento da imagem corporal é guiado pela experiência, erro e acerto, esforço e tentativa" (Schilder, 1999, p.318). As pessoas amputadas têm dificuldade de movimento, uma característica predominante é o esforço do corpo ao realizar suas atividades diárias.

Para conhecer o corpo, Schilder enfatiza a importância do movimento e da ação para o reconhecimento e construção da imagem corporal. A relação acontece nos dois sentidos, tanto o movimento se faz necessário para a percepção do corpo, quanto o conhecimento das diversas partes do corpo e de suas relações mútuas é necessário para a realização de qualquer movimento. O autor também ressalta o caráter dinâmico da imagem corporal, visto que qualquer movimento que fazemos pode modificá-la. Por sua vez, ela imprimirá as características individuais e circunstanciais a realização de qualquer movimento.

O movimento torna-se imprescindível para o ser humano, que passa a ser observado nas modificações da imagem corporal que ocorrem a partir da percepção das mais diversas sensações, das necessidades emocionais, das relações com o meio externo e com as imagens corporais de outras pessoas. Além disso, incorporam-se à imagem corporal os objetos que são

tocados pelo corpo, roupas e adereços utilizados. Neste sentido, a configuração da imagem corporal se dá em um constante fluir entre o meio interno do corpo e o meio externo.

Pode-se entender Le Boulch (1987), quando firma que a imagem do corpo se torna "cristalizada", que muitas vezes ocorre devido ao distanciamento entre a esfera intelectual e a esfera afetivo-motora, o vocabulário de movimentos do indivíduo torna-se limitado e mecanizado, enquanto a imagem corporal está "operatória", caracterizando-se pela plasticidade, os movimentos do indivíduo serão mais expressivos e eficazes na sua ação sobre o meio. Quanto ao ser amputado, o movimento se torna alterado e ineficaz.

Autores como Reich (1972), Gaiarsa (1984), Freire (1988) e Keleman (1992), exploram a relação entre o lado afetivo e o lado motor. Esta relação resulta numa formação física única para cada indivíduo, expressa na sua postura, nas suas tensões, e que resultará em um modo individualizado de se mover.

Observa-se assim que, existe uma complexa relação entre imagem corporal e movimento. É através do movimento que formamos nossa imagem corporal e, por outro lado, é a imagem corporal que nos permite realizarmos movimentos coordenados e coerentes com nossas intenções e necessidades. A formação da imagem corporal ocorre em uma relação intrínseca com a formação de nossa própria identidade. A imagem que fazemos de nós mesmos, é importante para o nosso sentido, para nossa noção de sermos a mesma pessoa ontem e hoje, e sermos um corpo que é uma unidade, não vários membros separados.

Nesta perspectiva, o movimento representa um elemento integrador e a expressão de cada individualidade, na medida em que nossos padrões motores remetem a aprendizados obtidos cedo na infância e testados e aprimorados por toda uma vida. A imagem corporal e o movimento trazem esta relação com o desenvolvimento ontogenético e, além disso, precisam ser entendidos considerando-se sempre o indivíduo na sua relação com o ambiente. Ao tratarmos de imagem corporal e movimento devemos considerar sua ligação intrínseca com o lado emocional, a personalidade de cada indivíduo e tudo o que ela engloba, a experiência corporal enquanto realidade única para cada ser humano, tanto no seu mover, quanto na própria organização física, tônica e postural do seu corpo.

Vale salientar, que diante dessa experiência corporal de um ser que sente dificuldade de andar, devo sugerir a equipe multidisciplinar um olhar multifacetado para o processo de transformação corporal presente na pessoa com amputação de membro inferior.

4.7 Pesquisas realizadas sobre imagem corporal

As pesquisas relacionadas à imagem corporal iniciaram no século passado. Cash e Pruzinsky (2002) descrevem quatro fases. A primeira, caracteriza-se pelo esforço clínico em compreender as formas de neuropatologias das experiências corporais. O foco da segunda foram as experiências corporais nas distorções perceptivas, induzidas por lesões cerebrais. A terceira fase caracterizou-se pelos estudos sob a perspectiva psicanalítica e psicodinâmica. Já na última fase, foi proposta uma teoria integrativa, relacionando informações de várias áreas da psicologia experimental, considerando a experiência corporal como multidimensional.

No cenário brasileiro, as pesquisas relacionadas à imagem corporal iniciaram-se na década de 1990. Um dos estudos precursores foi o desenvolvido por Cordás e Castilho (1994) que apresentaram uma versão do Questionário de Imagem Corporal (*Body Shape Questionnaire* - BSQ), de Cooper *et al.* (1987) para o português, com o intuito de avaliar a insatisfação corporal de pessoas com transtornos alimentares.

A partir de então, diversas pesquisas têm sido realizadas sobre o tema, podendo ser classificadas de acordo com seus objetivos, que variam entre as questões conceituais, para a compreensão das bases teóricas (Claudino; Borges, 2002; Giordani, 2006), à avaliação de populações específicas, mensurando-se a imagem corporal destes grupos com diversos instrumentos (Lemes *et al.*, 2001; Kakeshita; Almeida, 2006); e estudos de validade e reprodutibilidade de métodos, para adequação dos instrumentos aplicados (Scagliusi, *et al.*; 2005; Galindo, Carvalho, 2007).

Os estudos que avaliam a imagem corporal, observa-se a aplicação de inúmeros instrumentos que mensuram aspectos específicos do construto “imagem corporal”. Existem no mínimo cinquenta medidas disponíveis para esta avaliação (Thompson; Gray, 1995). Os instrumentos mais usados em estudos populacionais são os questionários e as escalas de silhueta, devido à sua praticidade de aplicação e correção (Mendelson *et al.*, 2002).

Nas pesquisas nacionais, o instrumento mais aplicado é o BSQ (Lemes *et al.*, 2001; Oliveira *et al.*, 2003; Branco; Hilária; Cintra, 2006; Kakeshita; Almeida, 2006). Este fornece uma avaliação contínua e descritiva das insatisfações da imagem corporal em populações clínicas e não clínicas. Trata-se de um questionário de 34 itens de autopreenchimento na forma de escala Likert de pontos, com o objetivo de mensurar a preocupação com a forma e peso corporais nas últimas quatro semanas, especialmente a frequência com que indivíduos

com e sem transtornos alimentares experimentam a sensação de se “sentirem gordos”. Para Ghaderi e Scott (2000) o BSQ avalia o aspecto afetivo da imagem corporal.

As escalas de silhuetas, amplamente utilizadas para avaliação da imagem corporal, se caracterizam pelos desenhos de figuras humanas. Por meio deste instrumento, o sujeito escolhe, em uma série que varia do mais magro ao mais gordo, a imagem que mais se aproxima de como se percebe e outra aquela que se aproxima de como gostaria de ser (Damasceno *et al.*, 2005; Almeida *et al.*, 2005; Pinheiro; Giugliani, 2006; Scagliusi, *et al.*; 2005; Scagliusi, 2006). Desta forma, são identificadas informações acerca da insatisfação em relação à imagem corporal, sendo esta entendida como o valor da diferença entre o corpo real (percebido) e o ideal (desejado).

Outro instrumento aplicado são as escalas de áreas corporais (Conti; Frutuoso; Gambardella, 2005; Conti; Gambardella; Frutuoso, 2005), que apresentam diversas áreas corporais, o sujeito deve avaliar, em uma escala Likert, seu grau de satisfação, que varia da plena insatisfação à plena satisfação (Thompson; Gray; 1995). Por fim, a técnica do desenho da figura humana corresponde a uma avaliação de exatidão perceptiva do indivíduo. Questões como tamanho, formato, aspecto apresentado e peso relatados são avaliados em relação à apresentação atual do sujeito. Nesta técnica, solicita-se inicialmente ao entrevistado para que desenhe uma figura humana, em seguida, é realizada uma nova solicitação para que faça um novo desenho, agora de outro sexo. Acredita-se que, este instrumento explora em profundidade os aspectos afetivos e cognitivos do construto imagem corporal (Almeida; Loureiro; Santos, 2002).

Considerando as várias possibilidades de medidas para avaliação da imagem corporal, alguns cuidados são necessários para que o pesquisador não leve a erros que inviabilizem seu estudo (Thompson, 2004). A seleção cuidadosa do instrumento no estudo é indispensável para que sejam identificadas as informações almejadas.

Além disso, é de extrema importância a definição, a priori, dos aspectos a serem avaliados nos estudos relacionados à imagem corporal. Deve-se considerar ainda que este tema é relativamente novo na área científica e há pouco conhecimento, em especial no cenário brasileiro.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por uma abordagem quantitativa e qualitativa por meio de um estudo com delineamento exploratório, descritivo e epidemiológico, que busca compreender a percepção da pessoa diabética, ao perceber uma amputação.

A pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação, almejando descobrir as relações existentes entre os elementos que a compõem. Tal estratégia requer um planejamento flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação, sobretudo quando há poucos estudos sobre o problema a ser estudado (Polit; Hungler, 1995).

A abordagem qualitativa 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,

entendendo, inclusive, a dinamicidade e mutabilidade do grupo analisado (Minayo, 2014). Outra vantagem da abordagem qualitativa é a possibilidade de diálogo entre outros campos do saber, como a sociologia e a comunicação, permitindo que um mesmo estudo forneça entendimentos de interesse interdisciplinar (Minayo; Deslandes; Gomes, 2015).

5.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no HUAC, no município de Campina Grande - PB, localizado na mesorregião do agreste paraibano, sendo o segundo município mais desenvolvido do Estado (IBGE, 2021).

O HUAC vinculado a UFCG é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade oferecer assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. Por suas características de natureza pública, atende a todos, sem distinção, respeitando os princípios éticos, integra à estrutura orgânica do SUS, sendo hospital de referência no município para os procedimentos de alta complexidade. Possui 150 leitos e realizou 2.291 cirurgias em 2021 e 1.550 consultas ambulatoriais, destas em torno de 800 são disponibilizadas ao serviço de endocrinologia. Nesse contexto, o HUAC foi escolhido para realização desta pesquisa, pois apresenta uma série de condições às quais o torna adequado, dentre eles: o grande volume de atendimentos ambulatoriais, a grande demanda por consultas em todas as especialidades e o fato de ser referência em alta complexidade para o município (SISREG, 2021).

O município de Campina Grande tem uma população estimada em mais de 413.000 habitantes, que teve um aumento cerca de 111,2% nos últimos 50 anos, passando de 195 mil, em 1970, para 413.830 mil, em 2021. Sendo a segunda cidade mais populosa do interior da Paraíba, representando a região metropolitana formada por dezenove municípios. O município apresenta um forte setor industrial por conta de empresas de diversas áreas que instaladas na cidade pela sua privilegiada posição geográfica entre os Estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte (IBGE, 2021).

A população estudada foi representada por adultos com DM tipo 2, atendidos em 2021 no Ambulatório de Endocrinologia do HUAC, que apresentavam úlceras nos membros inferiores e amputações, residentes no município de Campina Grande – PB.

5.3 Período

O estudo foi realizado no período de outubro de 2020 a setembro de 2023 e a coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a setembro de 2022.

5.4 População e Amostra

A população foi composta de 63 pessoas diabéticas atendidas no serviço de endocrinologia do HUAC, referente ao estudo quantitativo. A determinação da amostra foi realizada por meio da fórmula para população finita e variáveis qualitativas (Miot, 2011), considerando 5% de erro, totalizando uma amostra de 20 pessoas diabéticas com amputação de membros inferiores realizada há mais de seis meses.

5.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa, todas as pessoas atendidas no serviço especializado, durante o período de coleta de dados, com seus responsáveis legais, que aceitaram participar do estudo e que estivessem em boas condições cognitivas para responder ao questionário. Foram excluídas aquelas pessoas diabéticas que se recusaram a participar da pesquisa.

5.6 Instrumento de Coleta dos Dados

As entrevistas foram realizadas utilizando um questionário previamente elaborado, composto pelas variáveis: 1 - Identificação (nome, idade e cidade de procedência); 2 - Dados Clínicos: tempo de diagnóstico de diabetes, doenças associadas (dislipidemia, HAS ou ambas), uso de insulina, antecedentes familiares, presença de complicações crônicas microvasculares como retinopatia e nefropatia diabética (Apêndice A).

Utilizou-se, também, um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, elaborada pela pesquisadora com base nos objetivos da pesquisa e em informações da literatura, com o propósito de investigar outras dimensões da amputação que são subjetivas a cada participante, como a percepção atribuída pelo participante; explorar as experiências e vivências individuais, assim como os aspectos relevantes relacionados à amputação, não

contemplados na pesquisa quantitativa; além de compreender as variáveis que estão presentes na vida desses indivíduos que podem influenciar na qualidade de vida após a amputação (Apêndice A). A entrevista foi realizada em local com privacidade, com duração em média de 40 minutos, sendo gravada, e posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Inicialmente, o questionário foi aplicado a dois participantes com amputação, referente ao estudo piloto, que permitiu adicionar e redefinir as perguntas da entrevista, com a reestruturação no seu conteúdo, relacionando-se a percepção da pessoa com indicação da amputação e, também após a amputação; as mudanças que ocorreram com a amputação e o relacionamento entre familiares.

Para Zaccaron et al. (2018) o estudo piloto é um instrumento em pequena escala capaz de reproduzir os meios e métodos planejados para um dado estudo que serão encontrados na coleta de dados definitiva, e que apesar de serem tomados todos os possíveis cuidados na fase de planejamento da pesquisa, é no momento do delineamento e implementação do piloto que falhas antes imperceptíveis podem vir à tona.

O processamento dos dados foi realizado pelo uso da planilha Excel e do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21, apresentados em forma de tabelas e discutidos com base na literatura.

5.7 Procedimentos de coleta de dados

Foi realizado a entrevista no setor de endocrinologia do HUAC, com as pessoas amputadas, que se encontravam em atendimento com a equipe de saúde realizando avaliação clínica e curativo, sendo esse atendimento realizado de acordo com o agendamento prévio pelo Sistema de Regulação do município.

Durante o atendimento foram convidados a participar da pesquisa e encaminhados a um local reservado, com privacidade, para a aplicação do questionário. Antes, porém, foram apresentados os objetivos da pesquisa e solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Ao final da entrevista, a pesquisadora explicou as dúvidas que surgiram dos participantes.

Após finalizar a etapa da coleta das variáveis quantitativas, os participantes que apresentaram amputação nos últimos seis meses foram convidados para a próxima fase da

pesquisa. Duas pessoas se recusaram participar da pesquisa e um foi excluído por ser residente fora do município da pesquisa.

5.8 Análise dos Dados

Após concluir a primeira fase da pesquisa quantitativa, através do questionário, realizou-se a segunda fase referente a abordagem qualitativa guiado por um roteiro semiestruturado contendo dez questões abertas que contemple a percepção das pessoas diabéticas ao vivenciar uma amputação, com o propósito de identificar os aspectos psicossociais e a autoimagem.

As abordagens apresentaram características equivalentes, mas não idênticas, no sentido de identificar os conteúdos nas respostas. Contudo, os relatos foram transcritos, após inseridos e processados no software Interface de *R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) versão 2020, para identificação das características comuns ao discurso e a realização da análise de conteúdo na vertente de Bardin, pautada em quatro fases: a pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação (Bardin, 2016).

Durante a pré-análise, fez-se uma leitura das respostas dos entrevistados, nas quais os principais grupos de palavras são identificados e segregados para posteriormente ser processado no software IRaMuTeQ, neste momento são identificados os principais registros e determinantes na identificação do objeto pesquisado.

Durante a segunda fase, ocorreu a segregação do material, no qual foi realizado uma análise do material e os conteúdos foram identificados em hierarquia. Nesta fase, o IRaMuTeQ segrega e quantifica os conteúdos, de acordo com o nível de importância em ordem decrescente, representando a hierarquia de palavras de acordo com o tamanho que representam, quanto maior e centralizada for a palavra, maior sua citação por parte dos entrevistados.

A terceira fase é marcada pela materialização dos dados, em que foram realizadas a análise do que há de mais relevante em cada fala, a identificação dos dados, considerando a correlação da percepção após a amputação e sua respectiva associação das causas da amputação e a mudança na imagem corporal.

A última fase, referência e interpretação, os dados foram sequenciados e correlacionados com a literatura, na qual foram identificados os fatores psicossociais, as abordagens interdisciplinares e suas respectivas relações com as alterações na percepção da imagem corporal. Nessa etapa, buscamos também realizar uma leitura das entrevistas usando o vértice psicodinâmico na interpretação dos dados, buscando identificar constelações psicopatológicas decorrentes das reações dos pacientes ao procedimento cirúrgico, ao qual foram submetidos.

5.9 Considerações Éticas

Foram apresentados aos participantes, inicialmente, os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário, e que a sua participação, ou a negativa em participar, seria de nenhum modo ter qualquer implicação a sequência da assistência prestada no serviço. Foram informados de que a análise dos dados seria individualizada, sem que o nome do participante fosse divulgado, assegurando a confidencialidade. Para garantir o sigilo dos participantes, foi utilizado a letra E referente a entrevista, seguida de um número entre 1 e 20. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foram respeitados os princípios éticos regidos a partir da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do HUAC, aprovado pelo parecer 4.411.030 e CAAE nº 35617420.3.00005182.

5.10 Respondendo as questões norteadoras

Para alcançar os objetivos propostos, o estudo encontra-se dividido em duas etapas. A primeira delas constitui a análise do perfil de pessoas com DM tipo 2 agendadas no serviço de endocrinologia do HUAC, em atendimento a pessoa com pé diabético. Trata-se, portanto, de um estudo desafiador, tendo em vista que foi desenvolvido durante a pandemia da Covid-19, sendo evidente na literatura estudos realizados enfatizando o diabetes como fator de risco para potencializar os sintomas do Coronavírus.

Inicialmente, a pesquisa foi submetida ao edital do Programa de Institucional Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC), da UFCG, com o projeto intitulado: Análise dos fatores associados às amputações de membros inferiores em diabéticos, contemplando a

abordagem quantitativa. A coleta de dados foi iniciada após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC.

Iniciou-se então, a busca pelos atendimentos as pessoas com lesões no pé, no ambulatório de endocrinologia, utilizando a agenda de atendimento, onde verificou todos os cadastros do dia, para então realizar avaliação das fichas de atendimento individual e a seleção dos participantes. As atividades de coleta de dados foram realizadas pela pesquisadora com uma aluna bolsista.

A discente responsável pela coleta de dados foi orientada sobre o preenchimento do questionário a fim de evitar dúvidas no momento da coleta. Após a identificação da clientela atendida na sala do pé diabético, foi realizado o primeiro contato para explicar sobre os objetivos da pesquisa, atentar sobre os critérios de inclusão/exclusão e solicitar sua participação, legitimada pela assinatura do TCLE. As entrevistas ocorreram sempre pela manhã, após avaliação clínica e realização de curativos.

Na segunda etapa do estudo, foi realizado a entrevista utilizando o roteiro com perguntas abertas, com o propósito de resgatar fatores associados à imagem corporal que pudessem estar relacionados com a ocorrência de amputações.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente capítulo apresenta os resultados do estudo. Inicia-se pela descrição da população e análise das variáveis sociodemográficas, seguidas pelos resultados das entrevistas da amostra, realizada de forma individualizada, e depois pela análise das correlações entre eles. Ao final, as informações referentes às entrevistas serão apresentadas, em forma de nuvens de palavras com suas respectivas descrições.

Inicialmente, realizou-se uma busca no DATASUS com o propósito de investigar o quantitativo de internações por amputações realizadas na Paraíba entre 2016 a 2021 (Tabela 1).

Tabela 1 – Internações por amputações associadas a DM. CID – 10, entre 2016 a 2021 no estado da Paraíba e no HUAC.

ANOS	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Paraíba	2.861	2.996	3.017	2.654	2.327	1.259
HUAC	368	316	315	255	191	102

Fonte: MS/ SIH-SUS.

Evidencia-se na tabela 1, a distribuição do total de internação por amputações relacionadas a DM entre 2016 a 2021 ocorridas no HUAC. Merece destaque, o total de 2.327 casos de internações no estado da Paraíba, com destaque no hospital do estudo que apresentou redução em 2020, quando iniciou a coleta de dados do referido projeto de pesquisa. Fato justificado pelo reflexo da Pandemia por Covid-19, semelhante ao estudo realizado pela Faculdade de Medicina do ABC, em parceria com a Oncologia do Brasil Ensino e Pesquisa e a Universidade de Santiago do Chile, demonstrando que houve redução no número de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis na cidade de São Paulo/SP, no primeiro semestre de 2020, início da pandemia de Covid-19 (Maselli-Schoueri *et al.*, 2021).

Quanto a redução de casos de amputação nos anos de 2020 e uma redução quase pela metade em 2021, poderá estar associada a subnotificação, pela dificuldade de acesso do usuário ao serviço de saúde e redução do número de cirurgias eletivas durante o período da pandemia, quando muitas vezes a cirurgia de amputação não seja considerada uma cirurgia eletiva; houve também uma reorganização do serviço de saúde, onde o fluxo do serviço de saúde passou a ser alterado em virtude da pandemia do Covid, gerando uma demanda retida principalmente no que se refere a APS (Padilha *et al.*, 2017).

Corroborando com Sarti *et al.* (2020), o SUS apresenta uma vasta Rede de Atenção à Saúde (RAS) tendo como principal porta de entrada do sistema de saúde a atenção básica, a qual destaca-se pelo importante papel durante o período de pandemia, tanto no atendimento das situações causadas por arboviroses quanto relacionado a Covid-19. Merece destaque a pandemia, onde o processo de organização do trabalho sofreu sérias adaptações, pois não se limitava apenas aos atendimentos na APS, mas a suspensão de agendamentos realizados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma forma abrupta, a fim de atender a demanda mais urgente da pandemia em curso.

Por outro lado, muitos profissionais de saúde deixaram de frequentar o trabalho de maneira presencial, substituindo-o pela modalidade remota, aconteceu então, um desequilíbrio no perfil epidemiológico e de mortalidade, além de campanhas de vacinas e atividades relacionadas a pandemia que transcendeu a assistência em sua rotina convencional (Rouquayrol, 2018).

Outro fator que justifica a redução de amputações no período desse estudo é o coeficiente de mortalidade na pandemia do Covid-19, uma vez que a maior parte das pessoas que evoluíram para casos graves e óbito no início da pandemia eram pessoas idosas que apresentaram comorbidades, sendo a principal delas a diabetes, hipertensão, seguida de doenças respiratórias crônicas. O atendimento à saúde também ficou prejudicado em relação ao absenteísmo, conseqüente ao número de profissionais acometidos pela doença. A organização dos serviços de saúde pode ter contribuído negativamente para a resolutividade relacionada aos casos de DM, como também, aos casos de subnotificações (Tabela 2)

Tabela 2 – Amputações associadas a DM em pacientes atendidos no ambulatório do HUAC entre 2016 a 2022. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021 (n=63).

CID 10	Categorias	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
E10	DM Insulinodependente	47	66	71	60	69	23	20
E13	Outros Tipos Espec de DM	02	03	03	06	13	02	03
E14	DM Não Especificado	24	23	23	34	09	04	04
	TOTAL	73	92	97	100	91	29	27

Fonte: MS/ SIH-SUS.

Pode-se evidenciar na tabela 2, a redução do número de amputação em 2021 e 2022, fato justificado pela reorganização setorial relacionada aos casos de amputação no HUAC, o

qual deixou de ser referência para o serviço de amputação, fato que não justifica uma queda pela metade dos casos de amputação associada a diabetes em 2020 para o ano de 2022, conforme a tabela acima.

A Covid-19 acometeu com maior frequência de pessoas com comorbidades como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares entre outras. Em outro estudo realizado no país identificou-se que em pessoas diabéticas, o risco de evolução para gravidade e morte em pessoas diagnosticados com Covid foi de 95% a mais em pessoas diabéticos, do que em pessoas com outras morbidades (Anghebem *et al.*, 2020).

6.1 Perfil da População

Na primeira fase do estudo, referente a abordagem quantitativa, a população foi composta por 63 diabéticos, sendo 41 (65 %) homens e 22 (34,9%) mulheres; com 32 (50,7) pessoas com idade entre 50 e 61 anos; 45 (71,4 %) apresentavam ensino fundamental I; 48 (76,1 %) eram aposentados; 63 (100 %), tinham renda familiar de um salário-mínimo e com tempo de diagnóstico de DM maior de cinco anos 51 (82,5%). No que se refere aos antecedentes familiares de diabetes e de hipertensão arterial apresentaram pai e mãe como maior prevalência (Negreiros, *et al.*, 2021).

Vale salientar que, essa população se refere às pessoas diabéticas atendidas no ambulatório de Endocrinologia do HUAC (Tabela 3)

Tabela 3 – Caracterização socioeconômica, demográfica de diabéticos atendidos no Ambulatório do HUAC. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2021 (n=63).

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	22	34,9
Masculino	41	65,0
Faixa Etária (em anos)		
50 a 61	32	50,7
61 a 70	12	19,0
71 a 80	14	22,2
81 a 90	4	6,3
Escolaridade		
Ensino Fundamental I	45	71,4
Ensino Fundamental II	9	14,2
Ensino Superior	0	0
Alfabetizado	9	14,2
Renda Familiar (salários-mínimos)		
1 SM	63	100,0
2 SM	0	0

Ocupação		
Aposentado	48	76,1
Comerciante	1	1,5
Autônomo	12	19,0
Desempregado	2	3,1
Procedência		
Campina Grande	35	55,6
Cidades da 2ª macrorregião	28	44,4
Encaminhamento		
USF	14	22,2
UPA	16	25,4
Médicos HUAC	33	52,3

Fonte: Arquivo do projeto PIVIC. UFCG, 2021.

Minha aproximação com as pessoas diabéticas ocorreu ao acompanhá-los no Ambulatório de Endocrinologia, no HUAC. Nessa oportunidade, percebe-se a procura pelo serviço especializado pelas pessoas amputadas decorrentes de DM. Muitas dessas pessoas já apresentavam amputações prévias de pododáctilos e, na maioria dos casos, necessitavam de novas amputações, decorrentes de complicações da doença.

Merece destaque, o DM como um importante problema de saúde pública, por ser importante causa de amputação e incapacidade permanente, causando problemas do ponto de vista funcional, social, emocional e econômico em pessoas acometidas por amputação. Neste sentido, estratégias de promoção a saúde podem ser eficazes e muitos casos poderiam ter sido evitados com a implementação de ações de prevenção mais incisivas considerando o contexto biopsicossocial, além de promoção de ações educativas a fim de envolver o binômio pessoa-família, para que houvesse maior envolvimento e mobilização nas ações.

Investir na prevenção é importante no sentido de evitar complicações e incapacidade permanente, que poderá reduzir a qualidade de vida da pessoa que convive com DM. Como identificado no referido estudo, a maior parte da amostra é composta por idosos na faixa etária de 60 anos, com maioria do sexo masculino, de baixa renda e pouca escolaridade. Em um estudo realizado no estado de Pernambuco com uma amostra de 214 pessoas, 50% das pessoas evoluíram para amputação sendo metade deles de baixa renda, escolaridade e do sexo masculino, fato que imprime à necessidade de campanhas educativas e um maior direcionamento a população mais vulnerável a complicações do DM que por sua vez poderá contribuir com a morbimortalidade e amputação. A educação em saúde com relação à diabetes necessita ser simples e descomplicada tendo em vista que cerca de 85% dos

problemas advindos do pé diabético podem ser prevenidos se a pessoa portadora da Diabetes Mellitus executar os devidos cuidados e orientações médicas (Silva *et al.* 2019).

Neste contexto, evidencia-se, a implantação do Programa Saúde da Família em 1994, como proposta de ação voltada para a população adstrita, baseada na prevenção, sendo a porta de entrada da UBS, abrangendo vários programas dentre eles, o Hiperdia, voltado para o acompanhamento e prevenção da hipertensão e diabetes. Mesmo após vários anos da implantação da saúde da família, que oferta uma assistência humanizada voltada para a família e a comunidade, os casos de amputação que são resultantes, na maioria das vezes, das complicações do DM ainda persistem sugerindo a necessidade da criação de estratégias que possam reduzir tais índices.

Devido à demanda de casos de amputação, surgiu a necessidade de desenvolver o Projeto de Extensão: “Primeiros Cuidados em Casa: estratégia e capacitação de enfrentamento à Covid-19”, promovido de forma virtual devido à pandemia do Covid-19. Constata-se então, nos encontros com os participantes do projeto, as dificuldades quanto a ausência de um espaço para que possam expressar seus sentimentos e, muitas vezes, de relatar sua história, o que nos desafia quanto a escuta humanizada (Negreiros *et al.*, 2022). Durante as ações no referido projeto, questões importantes começaram a surgir. Dentre elas, como a pessoa com diabetes supera as diversas formas de perdas que lhe são impostas pela amputação?

Com a implementação das atividades extensionistas com o propósito de promover uma aproximação acolhedora com as pessoas diabéticas amputadas, realizou-se encontros semanais, como forma de adquirir confiança dos participantes, fato que contribuiu para o agendamento das entrevistas. Observou-se também, fortes impactos psicológicos relacionados a autoimagem corporal, que fez com que a pessoa se identifique daquela maneira, uma vez prejudicada esta concepção a pessoa apresentará dificuldades de autoidentificação, ao interagir com outras pessoas e com o mundo.

6.2 Caracterização da amostra

A amostra referente a segunda fase do estudo, foi composta por 20 pessoas, selecionadas da população atendida no serviço de endocrinologia e que tinham amputação, de, pelo menos, um membro, em consequência das complicações do DM, nos últimos seis meses, que foram selecionados na primeira fase do estudo.

Nessa oportunidade foi agendado, com cada acompanhante e/ou familiar, o dia e horário mais conveniente para realizar a entrevista, inicialmente, de forma virtual por chamada de vídeo pelo WhatsApp, atendendo assim, as normas de distanciamento preconizados pelas autoridades sanitárias do Estado, devido à pandemia do Covid-19.

Os encontros com as pessoas diabéticas aconteciam também nas enfermarias durante o pós-operatório da amputação, na sala do pé diabético, localizado no ambulatório de endocrinologia no hospital do estudo e nas casas dos participantes, onde realizou-se a entrevista previamente agendada, durante a execução do projeto de extensão. As entrevistas encontram-se distribuídas na tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização da amostra de pessoas diabéticas amputadas, atendidos no ambulatório de endocrinologia do HUAC. Campina Grande, PB. 2021.

Participantes	Sexo	Idade	Tempo Diabetes	Amputação	Tempo amputação
E1	F	63	7 anos	Familiares	1 ano
E2	M	66	11 anos	Perna E	1 ano
E3	M	60	20 anos	Halus	2 anos
E4	F	58	20 anos	Ante-pé E	1 ano
E5	F	82	22 anos	Duas pernas	6 anos
E6	M	82	10 anos	Pé esquerdo	1 ano
E7	M	72	15 anos	Pé esquerdo	1 ano
E8	F	81	16 anos	Pododáctilos 2º, 3º, 4º	2 anos
E9	M	49	10 anos	Halus	1 ano
E10	M	60	10 anos	Ante-pé E	1 ano
E11	M	57	30 anos	Pé Esquerdo	1 ano
E12	M	39	5 anos	Pododáctilo 2º	2 anos
E13	M	63	22 anos	Halus	5 anos
E14	M	68	28 anos	Hálus Pododáctilo 2º	5 anos
E15	M	54	10 anos	Pé	3 anos
E16	F	70	20 anos	Ante-pé	5 anos
E17	M	60	10 anos	Ante-pé	6 anos
E18	F	79	20 anos	Ante-pé	10 anos

E19	M	60	16 anos	Ante-pé	5 anos
E20	M	72	10 anos	Pododáctilo 2º	6 anos

Fonte: Arquivo do projeto PIVIC - UFCG, 2021.

Durante as entrevistas, a aproximação da pesquisadora na primeira fase da pesquisa, facilitou os diálogos dos entrevistados quanto ao ser-no-mundo que se apresenta com imagem corporal alterada, mostrando que, cada ser manifesta seus sentimentos de formas diferentes, em virtude de suas próprias perspectivas ontológicas.

Vale ressaltar que, a pandemia afetou as relações familiares, os fatores econômicos, o setor de transportes, além de exigir do serviço uma reorganização a fim assistir as pessoas oriundas da referência para a Covid 19, do qual o hospital fez parte. Por outro lado, algumas pactuações foram redirecionadas para outros serviços influenciando assim, na quantidade da amostra desse estudo que eram atendidas no hospital.

A redução no atendimento do serviço de endocrinologia evidencia-se também no sistema de regulação do município, onde observou-se uma considerável queda do número de amputação a partir do ano de 2020 em que iniciou a pandemia e diminuiu para menos da metade, fato que poderá estar associado a fatores operacionais e a dificuldade de agendamento no serviço especializado, que poderão interferir no atendimento a essa clientela.

Infelizmente, os atendimentos ficaram prejudicados devido à emergência em saúde pública em 2020 e para surpresa dos gestores houve um processo antagônico a transição epidemiológica, ocasionando um aumento de doenças infectocontagiosas sobretudo pela Covid-19.

Fato que se contradiz com Rouquayrol (2018), onde a transição epidemiológica apresenta a redução das doenças infectocontagiosas e um aumento das doenças crônico-degenerativas no país, devido aos fatores como o aumento da qualidade de vida, a diminuição da fome e a organização do SUS, que contribuíram positivamente no aumento da expectativa de vida do brasileiro.

A fim de suprir a demanda de atendimentos na pandemia, os serviços de saúde foram reorganizados, ocasionando insatisfação por muitos usuários, que ficaram desmotivados e apreensivos pela diminuição do acesso a UBS, onde muitas pessoas foram referenciadas ou direcionadas para outros serviços mais próximos do seu domicílio, além de ter algumas

amputações suspensas que não foram remarcadas devido à disponibilidade de leitos hospitalares. Diante desse panorama, pode-se ter influenciado diretamente a diminuição na realização de amputações registradas neste período dessa pesquisa.

Após a conclusão das entrevistas, realizou-se a transcrições dos diálogos, posteriormente foi realizada a análise e discussão. Dentre os relatos dos participantes evidencia-se a percepção das pessoas diabéticas que passaram por alguma amputação, as classes que se destacaram e apontam questões de relevância quanto às percepções e sentimentos associados à amputação, diretamente relacionados às problemáticas psicossociais e a imagem corporal. Após a transcrição de alguns relatos dos participantes, pode-se evidenciar o sofrimento psíquico dos participantes (Tabela 5).

Quadro 1 - Categorias destacadas dos diálogos após a transcrição. Pessoas diabéticas amputadas. Projeto PIVIC/UFCG. 2022

<p>Conhecimento sobre o pé diabético</p>	<p><i>E6 - “ele começou a ficar vermelho depois que eu comecei a cortar as unhas do pé, no outro dia tinha uma queimação nos pés que foi só foi aumentando, parecia que tava pegando fogo! E começou a doer, né”.</i></p> <p><i>E2 - “comecei a sentir muito queimor na sola dos pés. Eu ia dormir, tinha que ligar o ventilador porque queimava demais, sabe! Aquele desconforto”</i></p> <p><i>E5 - “porque não me doía e nem nada e de repente já me deu aquela suadera... antes de me levarem para o hospital... é que eu tenho a pele seca né”</i></p>
<p>Perda da autonomia</p>	<p><i>E2 - “Somente o problema de não poder andar. Somente. Porque agora eu fico aqui, na frente da minha casa onde eu trabalhava, ao redor, fico olhando sem nem poder ir lá olhar”</i></p> <p><i>E4 - “Não tenho mais atividade para andar. Aí mudou muito, eu sinto muita falta”</i></p> <p><i>E5 - “Não é muito bom não, veio essa amputação aí piorou tudo, fico só deitado”</i></p> <p><i>E2 - “tem que depender de meus filhos e esposa para tudo, muito ruim ter que pedir tudo e não poder ir pegar”</i></p> <p><i>E7 - “isso é uma coisa que deixa a gente muito limitada, muito dependente dos outros. Aí tudo mais difícil, as coisas, mas também, não é motivo, pra mim, não é motivo pra desespero. Eu tô na minha, não acha bom, mas se acostuma”</i></p>

	<p>E8 - “Eu fazia tudo dentro de casa, agora dependo da minha filha e do meu marido”</p> <p>E9 - “Tô me sentindo trancado, não posso sair pra canto nenhum”</p> <p>E10- “O que mudou é que eu fiquei mais em casa, sem trabalhar, só conversando, somente”</p> <p>E11 - “O que mudou foi que andava muito, hoje em dia não ando mais, fico só em casa, parado”</p>
Tristeza	<p>E1 - “Não é por isso que você vai morrer, mas é uma coisa triste, é uma coisa dolorosa. É um pedaço seu que se vai, sem dúvida, né?”</p> <p>E3 - “Deu uma tristeza em mim, né? Mas assim, foi consequência daquilo que eu procurei. Eu não podia ter evitado, né? Isso dói, machuca, você fica triste, né?”</p> <p>E4 - "Assim, no momento eu fiquei triste, mas não foi aquela tristeza de entrar em depressão, de chorar, não”</p> <p>E7 - “Foi uma das coisas que me deixou mais preocupado, uma das coisas que me deixou mais triste foi exatamente isso aí, a gente não poder comer aquilo que a gente gosta, entendeu?”</p> <p>E8 - “Fiquei triste, mulher, porque só fico em casa, né? Sem poder andar, sem fazer minhas coisas”</p>
Conformidade	<p>E 1 - “Se for necessário, vamos fazer”</p> <p>E3 - “Eu me sinto bem, eu não tenho do que reclamar, como eu disse a você, eu que procurei pra minha vida essa doença, Deus não quis isso pra mim. Eu não tive cuidado, não me cuidei, fiz muitas coisas que não devia fazer, né?”</p> <p>E4 - “Mas eu não me entristeci não, continuo a mesma pessoa alegre. Não me entristeci não, nem entrei em depressão, não fiquei depressiva não. É como eu lhe disse, eu só sinto falta de não poder andar, sabe? De ter aquela atividade de andar, de ir no banheiro tomar um banho sem precisar de cadeira, de tudo”</p> <p>E5 - “Eu sou muito realista, eu sou muito tranquila. Eu disse “tá certo, doutor, vamos ver”</p> <p>E5 - “eu marquei, ela (a filha) aperreou, chorou, eu disse “oxente, você tá chorando por quê? Eu vou amputar uma perna, num morri</p>

	<p><i>não, e se eu morrer, tudo bem”. Aí fiz, mas foi uma maravilha, sarou num instante, fazia o curativo direitinho, aí enfim”</i></p> <p><i>E5 - “Essa palavra “depressão”, minha filha, não existe no meu dicionário não!”</i></p> <p><i>E7 - “eu fiquei bem na minha, não perdi a cabeça, aceitei normal, disse “tem nada não, eu tenho duas, perco uma, fico com outra, dá pra ir quebrando o galho. Já vivi muito com duas pernas, e agora vivo com uma perna só, dá pra passar”, e assim eu agi”</i></p> <p><i>E7- “Bem, eu cheguei à conclusão, nos últimos dias, que a minha vida não vai ser a mesma nunca mais, entendeu? Perder um membro, principalmente uma perna, é difícil, mas, eu também não tenho, assim, que procurar esquentar a cabeça com isso não”</i></p> <p><i>E9 - “Se o cabra deixar pensar mesmo, o cabra se abate, mas eu tô evitando isso aí, né? Pensando pra não se abater”</i></p> <p><i>E9 - “Aí depois da amputação, eu passei uns dias chorando ainda, meio angustiada, mas o cabra tem que colocar a cabeça pra frente, se não o cabra não vive não”</i></p> <p><i>E10 - “Eu fiquei triste, né? Fiquei sem poder andar direito, fiquei sem fazer as caminhadas, jogar bola. Mas com fé em Deus, vou ficar boM”</i></p> <p><i>E11 - “Aí bate a tristeza na pessoa, mas depois o cabra vai analisando que a vida é assim mesmo, a gente tem que se conformar, né?”</i></p> <p><i>E11 - “Senti que ia perder o pé, mas recebi naturalmente, eu sabia que ia ficar bom, que era pra melhorar minha. Eu fiquei numa boa, senti nada não”</i></p>
<p>Amputação como consequência de escolhas</p>	<p><i>E3 - “Então, se fui eu que procurei isso pra minha vida eu tenho que arcar com aquilo que eu procurei”</i></p> <p><i>E3 - “Tinha que tirar, não tem problema, a gente sabe que dói, machuca, mas fui eu que procurei e se eu que procurei, tenho que arcar com aquilo que aconteceu”</i></p> <p><i>E3 - “isso aqui foi consequência do meu erro, não quero que você passe por isso”, porque aquilo que eu passei num quero passar pra um filho, num quero passar pra um neto, se ele quiser, problema é</i></p>

	<i>dele, mas isso é um exemplo”</i>
Mudanças de hábito e de rotina	<p><i>E4 – “Eu faço de tudo pra não machucar os pés, evito demais comida, massa, doces, essas coisas”.</i></p> <p><i>F6 - “Fiz exames para saber, depois minha vida era comer frutas e verduras e tinha cuidado de tomar todos os remédios”</i></p> <p><i>E2 - “É muito difícil, a gente tem que ficar dentro de casa, não posso ir para os lugares que antes eu ia, também não posso ir para o roçado”</i></p> <p><i>E3 - “eu tenho que andar, eu não sou aposentado, eu tenho uma bodeguinha véia que eu trabalho ali, como você viu, me arrastando, minha mulher que mais toma conta, não posso andar muito, quando eu ando muito meu pé incha”</i></p> <p><i>E4 - “O que mudou, assim, foi minha rotina. Porque eu era uma pessoa muito ativa, assim, pra andar, eu fazia tudo. Mesmo com a deficiência dos olhos eu fazia minhas coisas”</i></p> <p><i>E7- “O pior é a gente gostar das coisas, ter, comprar e não poder comer, querer comer só um pedacinho pra aguentar mais a vontade de comer mais e não poder”</i></p> <p><i>E12 - “Vivo tomando os cuidados com as taxas, trabalho o dia todo com muito cuidado, não tenho tempo de ir ao médico”</i></p> <p><i>E12 - “A gente fica com medo de se machucar todos os dias, para não acontecer de perder outro dedo”</i></p>
Continuidade da vida	<p><i>E1- “A amputação é uma tristeza, é um pedaço seu que se vai, mas a vida continua”</i></p> <p><i>E4 - “Mas eu faço minhas coisas, eu lavo roupa, boto a roupa na máquina, eu estendo, assim, na cadeira de roda mesmo, eu ponho no varal, eu panho, sabe?”</i></p> <p><i>E5 - “eu tomo um banho sozinha [...]E minha fralda eu mesmo boto, tiro, visto a calça, gosto de futebol, política, tem dia que eu só vou dormir depois do jornal. Cozinha e culinária eu adoro”</i></p>
Membro fantasma	<p><i>E6 - “Sim, com quinze dias da amputação comecei a dizer a meu filho, coca meu dedo do pé”</i></p> <p><i>E7 - “Já. Teve aqui um primo meu que também foi amputado, que</i></p>

	<p><i>veio me visitar e ele falou que também, ainda hoje, ele sente isso. Dizia até assim “tem hora que dá umas furadas, uma dorzinha na perna, aí vou lá com a mão pra coçar lá embaixo e não tem nada”</i></p> <p><i>E8 - “Não, tá tudo saradim, bom todo. Foi logo três dedos. Não sinto nada, nadinha. E é dormente, eu não sinto”</i></p> <p><i>E9 - “Eu só sinto dor na perna que não tem, vontade de coçar a perna que não tem. Começou depois de uns 3 a 4 dias de amputação. É psicológico, no caso, né?”</i></p> <p><i>E12 - “Não sei o que é isso. Agora que você explicou, senti apenas uns quinze dias depois da amputação”</i></p>
--	--

Fonte: Arquivo do Projeto de pesquisa, PIVIC 2022.

Neste sentido, a descrição da linguagem dos participantes constituiu-se de relatos significativos para a construção da pesquisa, pois representa sentimentos expressos pelos seres no mundo. Essa descrição permite ao pesquisador o acesso à percepção dos sentimentos vividos após a amputação. Quando as pessoas descrevem suas experiências são entendidas e, os significados das suas percepções emergem do seu real cotidiano.

No discurso das pessoas que vivenciam algum fenômeno representa peça-chave para desenvolver a análise compreensiva numa pesquisa qualitativa. Para captar a plenitude expressa pelos sujeitos em suas linguagens, realizou-se a descrição minuciosa de cada discurso. Assim, a priori, realizou-se a transcrição dos depoimentos no Word de acordo com a formatação a ser reconhecida pelo Iramuteq, onde destacou os trechos ou unidade de segmento (US) que se mostraram pertinentes à questão a ser investigada.

A posteriori, foi realizado a interpretação das US de cada depoimento, buscando compreender o sentido na linguagem dos sujeitos, onde uma US revela sentimentos pelos depoentes e, que contempla a questão de pesquisa. Ressalto, ainda, que, na interpretação de cada US pretende-se extrair, trechos que desvelam a essência da mensagem de cada sujeito. Após realizar a interpretação dos depoimentos, destacamos os sentimentos que mais se evidenciaram em cada discurso, dos quais emergiram temáticas existenciais que exprimem seu existir-no-mundo com uma amputação.

Na fase de exploração do material, contou-se com o auxílio do software Iramuteq, que se encontra disponível de forma gratuita e se ancora no software R e na linguagem Python.

Foi desenvolvido inicialmente em língua francesa pelo pesquisador Pierre Ratinaud e começou a ser utilizado no Brasil em 2013 (Camargo; Justo, 2013).

Na aplicação do Iramuteq, o material textual foi organizado em um grupo monotemático formado pelas entrevistas semiestruturadas, o que compôs o corpus textual da pesquisa. Nas análises lexicais clássicas, o programa identifica e reformata as unidades de texto, transformando em Unidades de Contexto Iniciais (UCI), a partir das quais o programa efetua a fragmentação inicial, em Unidades de Contexto Elementares, definidas segundo critérios de tamanho do texto, número de palavras analisadas e pontuação (Camargo; Justo, 2013; Nascimento; Menandro, 2006).

O software representou graficamente o conteúdo processado resultando em um corpus em 36 textos, 1721 ocorrências, 465 formas, 201 hapax, sendo este 11.68% das ocorrências em 54.62% das formas – hápax, que são as palavras apresentadas nos textos somente uma vez. A média de ocorrências por texto de 47.81. A partir de então obteve-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), utilizando-se ainda o método da saturação do discurso. Vale ressaltar que foram realizadas todas as etapas da análise de Bardin e após a CHD observou-se uma classe predominante que se sobressai em relação as outras e que houve similaridade em duas classes conjugadas e apenas uma que não apresentou similaridade com as demais.

O método da CHD pode ser realizado a partir do corpus reunido em um único arquivo de texto, com o propósito de obter classes ou categorias de segmentos de texto que, apresentem vocabulário semelhante entre si, mas com vocabulário diferente entre as demais classes. Uma classe ou uma categoria é o agrupamento constituído por várias Unidades de Contexto Elementares de vocabulário homogêneo. Com a CHD, o programa constrói o dendrograma, que representa as partições realizadas no corpus para se chegar às classes finais (Camargo; Justo, 2013).

6.3 Dendrograma

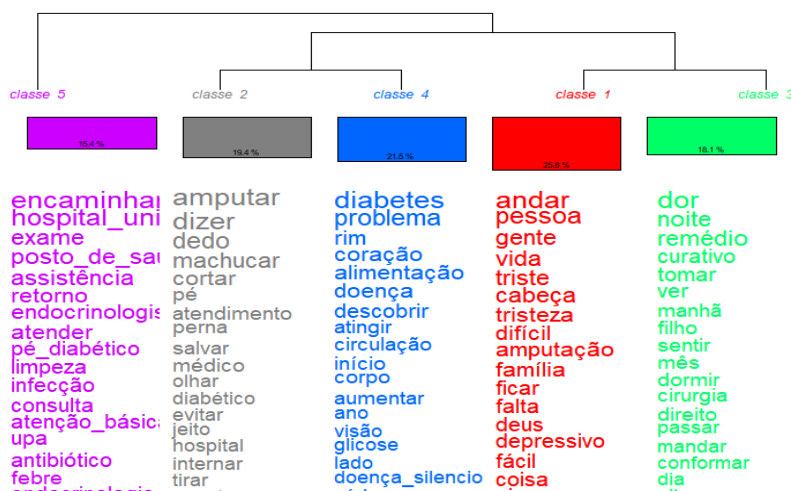
Na CHD, o software também possibilitou a divisão final das classes representadas graficamente por um Dendrograma de leitura da esquerda para direita e a identificação lexical contida em cada uma das classes. O dendrograma apresentado na Figura 1 destina-se a demonstrar as relações existentes entre as classes e indica o percentual de palavras que compõe cada uma delas em relação ao conjunto de palavras – corpus. A leitura do

dendrograma é realizada da esquerda para a direita, de acordo com a afinidade entre as classes.

No primeiro momento, o corpus foi dividido em dois sub-corpus, separando-se a classe 1 do restante do material. No segundo momento, o subcorpus maior foi dividido, originando a classe 5. Posteriormente, em um terceiro momento, uma nova divisão formou a classe 4 e, em um quarto momento, uma nova partição ocorreu, originando as classes 2 e 3. A CHD foi finalizada nesse momento, após a formação das cinco categorias, pois estas se mostraram estáveis, ou seja, compostas por unidades de segmento de texto com vocabulários semelhantes, conforme preconiza o método. A análise foi repetida cinco vezes, a fim de se identificar possíveis mudanças nos resultados obtidos, sendo evidenciada estabilidade e coerência em todas as análises realizadas.

Após apresentação do dendrograma com as classes, conforme a Figura 1, as mesmas serão descritas detalhadamente de acordo com o sistema hierárquico desenvolvido e nomeado pelo Iramuteq.

Figura 1 - Dendrograma de representação das classes.



Fonte: Arquivo próprio, 2023.

Ao analisar os perfis propostos pelo Iramuteq suas classes são agrupadas conforme variáveis que são: o *Type-classe* gramatical das palavras; o χ^2 de associação da palavra com a classe; P - identifica o nível de significância da associação da palavra com a classe; Porcentagem – representa a porcentagem de ocorrências da palavra nos segmentos de textos de cada classe; eff.st - número de segmentos de texto que contém a palavra em cada classe e, eff.total - que é o número de segmentos de texto no corpus que contém a palavra citada pelo menos uma vez.

Apesar de identificar cinco classes, é importante ressaltar a similaridade entre as classes seguindo a hierarquização, a classe 2 e 4 representados pelas cores cinza e azul se associam entre si pela expressão dos sentimentos que vão desde os sintomas de gravidade da doença até o encaminhamento para o serviço. As classes 1 e 3 apresentam similaridade por representarem o misto de emoções expressadas pelas pessoas entrevistadas, a dor física, a falta do membro e suas consequências e o alento na religiosidade e na fé.

Observa-se ainda, de acordo com a CHD, que todas as classes estão vinculadas a classe 5 que representa o destino final, que vai desde a chegada da pessoa ao hospital até a realização do procedimento de amputação. Destaca-se a importância da prevenção na implementação de medidas educativas, no atendimento à pessoa com DM na UBS, através da avaliação dos pés pela equipe de saúde, de modo a evitar complicações, como infecções, lesões, ulcerações e amputações.

Ainda, destaco uma das classes, como exemplo a classe 1, entende-se que dos Seguinte de Texto analisados 25% compõem essa classe, suas duas formas ativas de maior significância foram andar e pessoa, apresentando maior χ^2 e percentual nos seguimentos, quanto maior a semelhança entre os seguimentos maior será o agrupamento nas classes.

De acordo com as classes identificadas podem-se observar que a classe 1 enfatiza os sentimentos de pesar, tristeza relacionada as modificações e transtornos relacionados ao processo de amputação, a qual a hierarquia enfatiza sentimentos de dor, tristeza, desconforto, o contexto familiar e o conforto amparado pela fé, quando se referem a Deus (Padilha *et al.*, 2017).

Corroborando com o resultado alcançado, Bergo e Prebianchi (2018), referem que as pessoas submetidas a cirurgia de amputação no período de adaptação sentem pesar, sofrimento e estresse físico, emocional e social devido às modificações relacionadas ao afastamento das atividades laborais, convívio social e familiar, além de outros aspectos que influenciam diretamente na qualidade de vida das pessoas nesta condição.

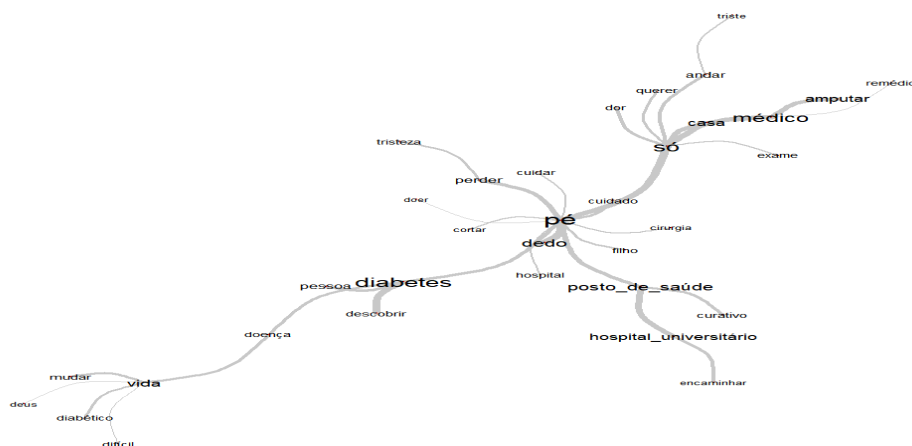
6.4 Análise de Similitude

A Análise de Similitude baseia-se na teoria dos gráficos e é utilizada basicamente para descrever representações sociais. O objetivo desta análise é estudar a proximidade e a relação entre os elementos de um conjunto, suas formas apresentadas como “árvores de máxima”

(número de ligações entre dois itens que se deslocam), procuram o menor número possível de ligações para chegar a um gráfico de conexões sem ciclo (Marchand; Ratinaud, 2012).

A partir destas ligações possibilita a representação de uma árvore sem ciclo, árvore máxima ou árvore de concorrências, criada pelas extremidades mais fortes do gráfico representando a descontinuidade do esquema da imagem corporal, simulando os impactos emocionais e psicológicos negativos causados nos entrevistados conforme descrito por Schilder (1999). A partir do gráfico abaixo, obtivemos a comparação de palavras semelhantes ou expressões de palavras que mais se repetem.

Figura 2 - Árvore de Sentimentos



Fonte: Arquivo próprio. 2023.

A árvore de sentimentos descreve o caminho percorrido pela pessoa com DM, desde o diagnóstico da doença até o processo de amputação, como demonstrado graficamente, que vai desde o diagnóstico da doença até o percurso por ele percorrido no qual o núcleo das atenções é representado pelo pé e a possível amputação dele. A ausência do membro traz consequências desde a expectativa da indicação cirúrgica até o momento da ocorrência fazendo com que a pessoa vivencie um processo de luto decorrente da perda do membro.

Atualmente, muitos padrões sociais exigem que o sujeito suprima o processo de luto e até mesmo de não o demonstre, fato que poderá se transformar em doenças psicossomática e até mesmo a não resolução deste processo. Segundo Seren e Tilio (2014), o luto não se restringe a perda de um ente querido, mas a perda de um membro e várias situações relacionadas a perda podem levar ao luto.

poderiam olhar excessivamente ou evitar olhar para a sua corporeidade, transportando-os para a experiência de estigmatizado ou de invisibilidade levando-os a não se sentir aceitos e acolhidos pelo outro. Como evidenciado nas falas:

“No posto aqui perto não dizia nada para mim e nem olhava meus pés”. E3

“Os amigos tiveram pena de mim e nem foram me ver, achei até melhor, eles iam ficar só olhando para minha perna, senti”. E1

Para Schilder (1999), a perda do membro transcende a amputação refletindo nos aspectos sociais, emocionais e nas relações sociais e familiares. Neste sentido, faz-se necessárias estratégias de adaptação a nova rotina. Por outro lado, o sentir-se diferente existe uma quebra no esquema corporal fazendo com que a pessoa amputada se sinta diferente daquilo que esquematizou acerca de seu próprio corpo e de sua imagem desde a infância. O mesmo autor afirma que, ao ser apresenta alterações em sua imagem corporal e só através do desenvolvimento de uma nova consciência acerca de sua autoimagem, que a pessoa disponibilizará de uma adaptação a nova rotina.

Essa adaptação tem início no período pós-operatório tardio, com o surgimento da dor, progressivamente evolui para a experiência do membro fantasma que se apresenta como um fenômeno decorrente de alterações tanto do esquema corporal, quanto da imagem do corpo. Embora tenha ocorrido a amputação, a pessoa tende a manter a imagem do corpo em sua totalidade, uma vez que ela é a sustentação de sua identidade, conforme relato de uma pessoa amputada:

“me assustei com a falta da perna, ainda estava sentindo minha perna no lugar. E18

Segundo a teoria de Schilder (1999), muitas vezes o ser apresenta dificuldades ao se deparar com a nova imagem, como dificuldades de adaptação e de enfrentamento relacionado ao processo de perda do membro e ao surgimento da nova imagem. Conforme visto no depoimento acima, o indivíduo se prende as lembranças do corpo anterior apresentando negação ao se deparar com a nova imagem, distorcendo as alterações físicas pela nova imagem corporal, refletindo em um impacto relacionado ao processo de perda do membro.

Nessa perspectiva, observamos após leitura detalhada e análise das entrevistas, alterações no psicodinamismo das pessoas que passaram pelo processo de amputação, como a experiência de depressão que acontece pelo fato da pessoa viver em decorrência da amputação, pela perda de parte do corpo e mudança do modo de vida, conforme o relato:

“Aí depois da amputação, eu passei uns dias chorando ainda, meio angustiado, mas temos que colocar a cabeça para a frente, se não a pessoa não vive não” E17.

Evidencia-se a revolta, quando o indivíduo, ao se sentir inconformado, vive a amputação não tanto como cuidado necessário, mas como injustiça, por ação imaginária vinda das escolhas da vida ou de Deus. Conforme evidenciado no relato:

“chega uma hora que a gente fica meio revoltado”. E18

Em seguida, observa-se a culpa que algumas pessoas relatam após a experiência de amputação, como resultado de sua falta de cuidado. Buscam manejar esse sentimento de modo a transformá-lo em responsabilidade, ou situá-lo diante de sua religiosidade. Fato evidenciado no relato:

“De quem é a culpa? é minha. Nós temos em nossas mãos a liberdade de escolha, a gente tem que tomar ciência de que aquilo que escolhi para minha vida” E20.

Outro sentimento muito prevalente no discurso dos entrevistados, refere-se a perda do sentido de vida. A ausência de um membro pode ser referida como perda contundente, que leva o indivíduo a considerar que sua vida perdeu o sentido. Aqui temos a fenômeno de interlocução entre perda de parte do corpo com a perda da totalidade da existência, fato evidenciado nos relatos:

“um dia eu estava em casa sozinho, comecei a pensar que minha vida não tinha mais sentido, não consigo fazer mais nada” E11.

“Sou um deficiente por completo, porque falta parte do corpo” E07.

Observa-se também, a melancolia pela experiência de perda do sentido de vida acompanhado de revolta, que pode instaurar depressão melancólica com ideação suicida, conforme evidenciado no depoimento do ser amputado:

“Me deu uma tristeza no começo, deu vontade de tirar minha vida, ser diabético é muito difícil” E9.

Além da claustrofobia, considerado um transtorno situacional onde o principal sintoma apresentado pelo indivíduo é a ansiedade. Neste sentido, a condição se assemelha à síndrome do pânico e ao transtorno de ansiedade diante da experiência da amputação, a pessoa pode acreditar na possibilidade de se mover também estaria perdida, perspectiva que leva ao aparecimento de ansiedades claustrofóbicas, relacionada a gatilhos que fazem com que o indivíduo associe os espaços a uma sensação de pânico ou perigo iminente. Geralmente, essa reação está associada a experiências traumáticas, conforme se evidencia no relato:

“Estou com receio de não poder mais andar, estou me sentindo trancado em casa, não posso sair para canto nenhum” E12

Diante dessa perspectiva, torna-se importante que o indivíduo possa reformular sua imagem corporal. Para Schilder (1980), é “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente”, ou seja, como o nosso corpo se apresenta para nós e como o percebemos. O corpo que sofreu uma desestruturação por causa da amputação, incorporando suas limitações físicas e adaptando-se ao seu novo estado físico, independentemente da sua forma de manifestação pode afetar sua imagem corporal.

Desse modo, o esquema e a imagem corporal são imprescindíveis para o bem-estar físico e psíquico do indivíduo. Uma vez que há uma ruptura na integridade física do indivíduo desenvolve uma série de sentimentos negativos relacionados a si mesmo e sua maneira de interagir com outras pessoas e ao ambiente. Geralmente a negação é uma defesa temporária, mas necessária para que o indivíduo mantenha seu equilíbrio psíquico.

Após algum tempo, o indivíduo pode aceitar, ao menos parcialmente, sua realidade e passa a utilizar diversas estratégias para se adaptar à realidade e neutralizar sua ansiedade, diante do novo estado de seu corpo, pode reagir agressivamente contra tudo e contra todos, pode ficar muito passivo, fugir do contato com os outros e se isolando cada vez mais. Observa-se ainda, tristeza referida pelos entrevistados, decorrente da falta de uma abordagem multiprofissional que valorize o fator emocional e psíquico do indivíduo. Apesar da integralidade preconizada pelo SUS, observa-se uma assistência fragmentada e voltada apenas para os procedimentos técnicos, refletindo na necessidade de uma assistência integral.

Vale também destacar, a questão da dependência, que é frequentemente abordada pelos entrevistados quando as modificações físicas refletem nas questões do desenvolvimento humano que ocorre pela crescente autonomia adquirida pela pessoa ao longo de sua vida. Entretanto, o retorno inesperado nas relações de dependência pode ser vivido pelo indivíduo como infantilização, perda do mundo e da vida, perspectiva, que poderia, eventualmente, ser melhor modelada se for vivida como oferta de ternura e cuidado do outro. Evidenciado no relato:

“O que eu acho mais ruim de tudo é a dependência. Tenho dor fantasma, ainda hoje senti tem hora que dá umas furadas, uma dorzinha no pé, aí vou lá com a mão para coçar lá embaixo e não tem nada” E19.

Conforme evidenciado no depoimento, a perda do esquema corporal reflete na perda da autonomia, quando o indivíduo expressa a dependência relacionada a perda da autonomia, física, financeira das habilidades laborais e ao sofrimento de sentir a dor fantasma vinculada a um membro não mais existente, um fato que poderá contribuir significativamente com a dificuldade de adaptação a nova imagem corporal. O esquema corporal e sua imagem, uma vez desfeito exige um suporte multidisciplinar que minimize os danos relacionados a perda. Existe uma perda na crença acerca do próprio corpo que repercute na habilidade do movimento e em lidar com atividades até então realizadas pelo próprio corpo.

Alguns entrevistados referem-se a falta de esclarecimento pela equipe médica, o que dificulta no manejo da ansiedade e melhor condição de elaboração da experiência de amputação, de acordo com o relato:

“Só que o médico de lá nem olhou para mim, nem passou exame de nada, só fez repetir a receita, somente” E12

A quebra do esquema e da imagem corporal requer o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao enfrentamento da perda. Deste modo, a subjetividade individual associada a carência de apoio tanto no contexto familiar, quanto nos serviços de saúde poderão postergar uma possível adaptação que permita que o indivíduo supere a quebra de rotina e da própria imagem, possibilitando o desenvolvimento de doenças psíquicas e emocionais. Como profissional de saúde, observei uma lacuna nos serviços de saúde entre as necessidades emocionais vivenciadas pela pessoa amputada e a ausência de um serviço que atenda às necessidades psíquicas em um contexto integral dos pacientes, direcionados ao serviço rede de atenção à saúde.

Existem relatos em que os indivíduos descrevem o sofrimento decorrente do tipo de atendimento oferecidos nos serviços de saúde, na perspectiva de contribuir para incrementar uma dificuldade de elaboração na situação já bastante difícil de ser enfrentada. Conforme referidos nos relatos:

“Bate uma tristeza em saber que não temos material para fazer o curativo no posto, temos que comprar tudo e remédio, ainda ter que ir nos dias marcados para os médicos, o gasto é muito grande. Quando eu vou no posto não tem médico, material de curativo”. E2

“Acho que deveria ser mais trabalhado no postinho para eles acompanhar a gente com mais atenção, precisa avisar a todo mundo que essa doença perturba toda nossa vida e da família”. E1

Diante desse panorama, mesmo com a implantação da Política Nacional de Humanização em 2003, o atendimento ofertado pela rede de serviços do SUS permanece dicotômico, fragmentado e voltado para a doença e não para o doente, assim sendo as necessidades do usuário em seu contexto integral (biopsicossocial) não são atendidas, enfatizando a carência da estruturação de políticas e ações multiprofissionais e interdisciplinares direcionadas não só a técnica e ao processo de amputação em si, mas a uma abordagem integral valorizando os atores envolvidos em seu contexto social, familiar, pessoal, emocional, psíquico, além dos aspectos físicos. (Brasil, 2008).

6.5 Classes construídas do corpo textual

Após análise do corpo textual, apresentam-se as cinco classes que se destacam dos relatos dos participantes do estudo.

Figura 4 – Nuvem de palavras da **Classe 1** - Andar



Fonte: Arquivo próprio. 2023

Na Classe 1, o percentual obtido referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos segmentos de texto foi de 25,6% com destaque das palavras 'andar' e 'vida'. Ao fazer análise minuciosa dos dados obtidos percebemos a importância do tratamento oferecido pela equipe multidisciplinar, pela cordialidade e atenção recebida durante o período da amputação. A palavra andar traduz o sofrimento dos diabéticos, a respeito do sentimento de perda de membro, que prejudicou a sua locomoção.

Merece destaque, a dificuldade de andar e a imagem corporal estão relacionadas, o enfrentamento da situação, afastamento das atividades cotidianas, a convivência com o membro fantasma são fatores que levam a ansiedade, depressão e dificuldade de interação com o meio. Este feedback negativo é expresso pela alteração da imagem corporal e a relação com as consequências mentais e emocionais.

As verbalizações dos participantes sobre se tornar um indivíduo deficiente apresentaram diferentes tipos de significados. Esta classe se caracteriza pelos relatos em relação aos desafios de se tornar uma pessoa com imagem corporal alterada, à forma como lidam com as mudanças na qualidade de vida, à dificuldade de se perceberem e se adaptarem, à mudança nas relações familiares e com amigos, assim como à percepção que aflora no que se refere ao suporte recebido após comprometimento do membro (Padilha *et al.*, 2017).

A amputação contribui negativamente com sua qualidade de vida, prejudicando seu deslocamento, interação social e familiar, bem como ao comprometimento financeiro, uma vez que aquele indivíduo não consegue se deslocar para realizar atividades elementares do cotidiano. Concordando com esta afirmativa, Sobreira (2008) afirma que o ser relaciona o corpo com uma matriz de identidade e através dele que acontece a interação com a família e sociedade, uma vez que ocorre uma amputação o sujeito perde sua identidade e poderá apresentar sintomas de depressão, ansiedade e dificuldade de adaptação.

No entanto, sabe-se que, o DM representa uma importante causa não traumática da amputação, que pode ser evitada, na maioria dos casos através da identificação de fatores de risco como posição, do hálux, dedos em garra, formigamentos e redução da capacidade protetora. É importante a frequência e acompanhamento na atenção básica a fim de controlar as complicações e evitar a amputação (Sobreira, 2008).

Em um estudo realizado com 64 pessoas acerca da qualidade de vida do diabético observou-se que, o pós-operatório na amputação compromete a dimensão funcional, uma vez que as pessoas se queixam que além da imagem corporal, acontece comprometimento psicológico, dor fantasma no coto, dificuldade de lidar com a prótese e acomodação do corpo, além de ressaltar a importância da aceitação no processo de reabilitação, quanto mais aceitar a condição mais rápida será a reabilitação da pessoa (Kizilkurt *et al.*, 2020).

As falas caracterizam-se ainda, pelo sentimento de tristeza, não aceitação da situação e pensamento triste, como relatado por um participante, que foi internado para avaliação do membro inferior esquerdo por causa de um comprometimento na região plantar. A partir das

entrevistas realizadas, é possível inferir que as pessoas diabéticas avaliam suas condições depois da amputação, como limitante e dependente. Apontam alguns problemas como precisar da ajuda dos familiares para as necessidades básicas, e não poder sair de casa, como se observa na fala a seguir:

“É difícil ficar sempre em casa, sem poder sair [...] todos os meus amigos passam na frente de minha casa e falam, que vida boa só fica em casa dormindo (P8)”.

Tonar-se uma pessoa inválida pela deficiência é uma vivência única e às vezes solitária, porém, o suporte de familiares e amigos tem sido uma estratégia utilizada por boa parte dos participantes. Deve-se buscar as próprias motivações para superar e resgatar a qualidade de vida, sendo a ressignificação interna algo fundamental no processo de enfrentamento, que fica evidente nos relatos a seguir:

“A questão é aceitar a amputação é tudo diferente a vida muda muito” (P8)

“É claro que houve momentos que fiquei triste, mas eu sempre me peguei a família e os amigos todos” (P9).

“A amputação é um sofrimento difícil, é um problema que deixa você triste, todos os dias, você fica sem animo, eu penso dessa forma, [...] pela manhã preciso de ajuda dos familiares para tudo” (P2).

Além das limitações físicas e diminuição da funcionalidade, a pessoa com amputação enfrenta a aceitação ou rejeição da sua própria imagem corporal, o que pode dificultar o retorno às tarefas cotidianas, como trabalho e lazer, conforme Penna (1990) que ressalta a relação entre os processos perceptivos, o movimento e a imagem corporal. Além da dificuldade aos retomo das atividades diárias, os indivíduos com amputação apresentam percepção negativa de si mesmo e acreditam que os outros também os veem de forma negativa, que pode gerar conflitos diante de uma nova forma física com incapacidade funcional e aceitação, quando comparada a condição anterior (Ribeiro *et al.*, 2015).

Figura 5 – Nuvem de palavras da Classe 2 - Amputar.



Fonte: Arquivo próprio. 2023

Seu percentual obtido na análise de classe formada pelo Segmento textual foi de 21% com maior destaque para as palavras amputar e pé referindo perda. Sugerindo o sofrimento com o membro amputado, no contexto da imagem corporal (Padilha *et al.*, 2017).

Ao se deparar com a notícia, o ser enfrenta uma fase de luto, angústia depressão e preocupação com situações futuras, a maioria deles encontram apoio na família e rede de amigos até a aceitação da temida amputação. A perda do membro se distancia de um luto de um ente querido pela dificuldade da readaptação a uma nova rotina decorrente da perda do membro, como seria o retorno as atividades laborais. A perda do membro se relaciona a perda da identidade, quando muitas vezes o indivíduo enfrenta a alteração relacionada a sua imagem corporal.

Ao se deparar com a notícia da amputação a pessoa vivencia as fases do luto que são: Negação e isolamento relacionado a perda do membro vivenciada pela dificuldade de aceitação; a raiva ou ira que se manifesta através de um sentimento de revolta relacionada a perda do membro; Negociação, faz parte do início da aceitação na qual o sujeito passa a tentar aceitar, procrastinar a morte e negociação da perda do membro; Depressão, um sentimento de tristeza profunda relacionada a perda do membro e aceitação no qual a pessoa compreende a perda e a possibilidade do óbito. Sabe-se que, a imagem corporal gera consequências emocionais, sociais e psicológicas, principalmente, quando se refere ao isolamento quando ocorre a dificuldade de lidar com o corpo e de como a pessoa se vê e os outros o veem, que dificulta a adaptação e não existe no serviço público ações direcionadas para o retorno da pessoa nas suas relações e nas atividades cotidianas (Seren; Tilio, 2014).

A classe 2 também enfatiza a palavra amputar e hierarquicamente a perda do pé e todo o processo vivenciado pelo ser até a ocorrência da amputação propriamente dita. A pessoa apresenta dificuldade de aceitação relacionada ao procedimento com um quadro de tristeza, ansiedade, depressão, perda, percepção, dificuldade de autopercepção corporal, dificuldade de adaptação pós-protéticos, além de insatisfação relacionada a vida (Kizilkurt *et al.*, 2020).

A percepção individual do próprio corpo pode ser afetada por idade, gênero e condição física, também por fatores externos, ambientais e sociais. A pessoa com amputação tem de se adaptar física, social e psicologicamente às alterações estruturais, funcionais e da imagem corporal (Holzer *et al.*, 2014).

Weiss (1999) afirma que o corpo é um referencial para a pessoa e sua autoimagem refere a maneira como ele se identifica uma vez ocorrendo uma amputação o elo do ser com sua imagem poderá ser rompido, situações como membro fantasma e dores afetam também a relação do ser com sua integridade e percepção do seu próprio corpo podendo causar sintomas psicológicos como, depressão, angústia e ansiedade.

A pessoa que sofreu amputação deve se ajustar a diferentes imagens corporais, inclusive a do corpo antes da lesão (corpo completo), a do corpo traumatizado, cicatrizado e a do corpo estendido, que é o auxiliado pela prótese (Schaffalitzky *et al.*, 2010). Deve adaptar-se a uma imagem de si própria sem o membro amputado, enquanto concilia três imagens do seu corpo: antes da perda do membro, sem a prótese e com o possível uso da prótese (Rybarczyk; Edwards; Behel, 2004).

Diante desse arcabouço, o corpo amputado não é o corpo esperado ou desejado, mas as pessoas referem ser o seu corpo. Essa situação inicialmente perturbadora acaba sendo natural com o passar do tempo, na medida em que se torna habitual ostentar, sob o olhar do outro, um corpo com forma diferente. Não aceitar que seus corpos foram modificados significa viver no passado, em um eterno luto pelo corpo perdido. Pessoas com amputação referem que a prótese faça com que resgatem não somente a atividade, mas também parte da estética, na medida em que passaram a vislumbrar esse corpo novamente como completo (Paiva; Goellner, 2008).

O ser incapaz de andar apresenta outro sistema de atenção com o corpo, que de acordo com Kinsbourne (1998), para percebermos a posição do corpo, usamos uma interação de informações de origem cinestésica, tátil e visual. A cinestesia tem um papel principal na determinação de como está o nosso corpo. Por exemplo, quando olhamos para espelhos distorcidos, não sentimos que nossos corpos estão distorcidos. No entanto, em experiências nas quais são feitas contrações nos músculos dos sujeitos, eles sentem movimentos que não correspondem à realidade.

Considerando a estrutura a representação das partes do corpo, Kinsbourne (1998) refere que talvez a relativa proeminência de uma parte do corpo na representação que fazemos dela, seja determinada pela extensão pela qual normalmente usamos esta parte do corpo na ação sob atenção focalizada. Ficamos mais conscientes das partes do corpo que usamos mais frequentemente em nossas ações.

No tocante as ações desempenhadas diariamente por uma pessoa amputada, sobre a influência pela aceitação na qualidade de vida da pessoa e uma reabilitação mais próxima de uma vida normal, que requer a participação de uma equipe multidisciplinar envolvendo também o psicólogo e psiquiatra a fim de reinserir esta pessoa desde sua percepção acerca da imagem corporal, considerando suas necessidades holísticas para que esta pessoa consiga reabilitar dentro do possível suas habilidades, mesmo adaptando as limitações decorrentes deste processo (Kizilkurt *et al.*, 2020).

Diante das limitações, sempre vem associada a ansiedade relacionada ao medo de como será a nova situação vivenciada com a ausência do membro, quais as complicações relacionadas ao dia a dia, apresentando um sentimento de depressão e perda, que se torna frequentemente um ser arrependimento de não ter seguindo as orientações da equipe do “postinho perto de casa”, quando falavam para controlar os níveis glicêmicos, como forma de prevenção de complicações e futuras amputações.

A prevenção é a principal medida profilática, os pés são a base do corpo e cuidado com os membros inferiores são imprescindíveis para uma pessoa com diagnóstico da DM, a educação em saúde e trabalho de uma equipe multidisciplinar são fundamentais para prevenir. Neste sentido, a APS tem papel fundamental acerca da adesão à pessoa aos cuidados diários com os pés a fim de evitar que a amputação ocorra (Santana *et al.*, 2019).

A amputação não é um meio e sim o fim de uma sequência de atitudes que contribuíram para que ocorresse, muitas vezes a falha se encontra no serviço de saúde no qual a prevenção deve ser uma prioridade, a função da Atenção Básica é de suma importância na identificação precoce de complicações que podem evoluir para uma amputação gerando custos para o Estado, transtornos em todos os aspectos na vida da pessoa como um todo, incapacidade e óbito, além de poder evoluir para necessidade de outras amputações (Santana *et al.*, 2019).

Apesar dos avanços das políticas de prevenção e APS, os níveis de amputação altos persistem exigindo por parte dos gestores e profissionais envolvidos ações estratégicas para a reversão do quadro. Medidas educativas são fundamentais, além de identificação precoce de complicações que podem levar a amputação, faz-se necessário os olhares mais atentos para umas populações esquecidas e muitas vezes negligenciadas (Padilha *et al.*, 2017). Sabe-se que, as ações educativas são transformadoras, uma vez que a educação tem o objetivo, transformar comportamentos e pós implantação de manejos e educação em saúde 4 anos após

o auge das mortes por amputação houve uma queda progressiva devido ao aumento de orientação em saúde (Silva *et al.*, 2021).

Deve-se então, realizar o encaminhamento ao serviço especializado, com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce, a orientação e envolvimento que são estratégias importantes na prevenção da perda do membro. A pessoa deverá entender e participar ativamente do autocuidado a fim de evitar possíveis incapacidades permanentes, para tanto, a equipe da atenção básica deverá interagir e participar ativamente neste processo.

É na ESF que o profissional tem mais chances de lograr êxito no sentido de evitar uma amputação e o enfermeiro tem papel fundamental neste processo, pois na consulta de enfermagem e no envolvimento com a equipe, o profissional tem a oportunidade de interagir, escutar, trocar experiências de maneira integral, assistindo o usuário de forma holística. É necessário então, determinar os casos que realmente podem ser tratáveis e as amputações evitáveis, também consistem em estratégia fundamental na redução destes índices. A maioria dos participantes do estudo de Negassh *et al.* (2022) possuíam úlceras grau 1 ou grau 2 um total de cerca de 68 por cento aproximadamente o estudo demonstrou que a grande maioria dos diabéticos apresentavam lesões devido à deficiência do autocuidado e de orientações adequadas.

Figura 6 – Nuvem de palavras da Classe 3 -Sentir



Fonte: Arquivo próprio. 2023

Na classe 3 o percentual obtido referente a contextualização dos vocábulos típicos de cada classe formada pelos ST foi de 18,3% com Chi2 maior para as palavras sentir e dor. Após leitura minuciosa e comparativa com análise do software percebemos o sofrimento destas pessoas em estar com um membro comprometido e até mesmo infectado ou se sentir como se estivesse passando por uma situação inesperada, nos sugere como tipo de desconforto, a intranquilidade na experiência do contexto psicossocial

O fator emocional ganhou maior visibilidade em relação à circunstância do que até mesmo preocupação com a cirurgia propriamente dita, a angústia por eles vivenciada contribui significativamente para o comprometimento emocional e de autoestima. Destarte, a dor fantasma representa uma das principais queixas de uma pessoa amputada, sobretudo daqueles que tem maior resistência a aceitação. Embora ausente, a pessoa continua sentindo a presença do membro muito tempo após o procedimento. Nos primeiros dias, a pessoa apresenta dor, câimbras, formigamento, dor aguda, ferroadada e pontada que são sintomas relacionados a síndrome do membro amputado. Muitos deles permanecem com tais sintomas durante muito tempo, fato que requer da equipe de saúde habilidade e capacitação no processo de reabilitação. Mesmo após a amputação poderão sentir além dos sintomas referidos, dor relacionada a mudança da marcha decorrente da perda do membro (Peña *et al.*, 2020).

Sabe-se que a dor fantasma estar relacionada a cicatrização dos nervos daquela região, muitas vezes a exérese da inervação, no entanto algum tempo depois a dor pode retornar tendo em vista que existe rearranjo nos circuitos cerebrais. A prevenção é imprescindível não só da amputação propriamente dita, mas também das consequências relacionadas ao procedimento. O acompanhamento prévio, durante e após o procedimento torna-se imprescindível (Sarti *et al.*, 2020).

Mesmo antes da amputação iminente, o pé diabético representa para as pessoas um contraste de sentimentos como a esperança, repulsa e a necessidade de se deparar com o autocuidado. Além disto, a compreensão de relacionar o pé diabético enquanto condição crônica que limita a condição física impacta nos aspectos físicos e psicológicos. Muitos recorrem a esperança, fé religiosa que se conforta com o sentimento de dor, amputação iminente e condição crônica. A equipe de saúde deverá acolher a pessoa com pé diabético e trabalhar de maneira interdisciplinar para minimizar as consequências ou até mesmo o enfrentamento de uma possível amputação.

Com o episódio da amputação, surge a alteração da percepção do próprio corpo e sua relação com a autoimagem que é interferido por novas situações, as quais o estado psicológico do indivíduo é afetado por alterações no corpo e na maneira como ele se percebia antes da amputação. Entendendo que a autoimagem corporal é de suma importância e influência a maneira como o ser interage com a família e a sociedade, as dificuldades relacionadas com a imagem corporal dificultam a adaptação do indivíduo a nova realidade, ou seja, com o membro amputado (Barros, 2005).

Infelizmente, o serviço de saúde não dispõe de atendimentos especializados voltados para o impacto psicológico da imagem corporal, corroborando com Fisher (1986) quando refere que, o nosso comportamento é significativamente influenciado pelo modo como nós nos adaptamos psicologicamente à nossa experiência corporal. Em vista disso, para facilitarmos mudanças humanas, precisamos dar atenção às experiências corporais do ser.

Diante das experiências, utiliza-se de estratégias cognitivas, emocionais e corporais para lidarmos com o mundo, muito depois da necessidade de um enfrentamento de determinada maneira ter passado, nós continuamos a empregar os mesmos mecanismos de defesa para nos defendermos, que são repetidamente, internalizados e se tornam inconscientes. Avaliar e mudar estes mecanismos corporais é um dos grandes focos das formas de terapia. Segundo Pope *et al.* (2000), nas terapias somatopsíquicas um estilo individual de movimento ou postura, é assumido como sendo um componente importante da personalidade. Assim, ajustes nos padrões habituais de movimento são considerados essenciais para facilitar a mudança no funcionamento e na experiência do indivíduo.

Evidencia-se a importância de o corpo ser considerado na psicoterapia, e deve-se ser valorizada toda a expressividade na clínica psicológica, não apenas a mente e não apenas o corpo. "A análise do inconsciente começa pela análise das resistências e está se revela na voz, na postura, na expressão do paciente" (Penna, 1989, p.02). Além disso, ressalta-se a importância dos gestos e movimentos como expressões da individualidade da pessoa, seus sentimentos, seus desejos, suas necessidades, e a consciência do movimento, visto que é importante para a consciência da própria pessoa enquanto indivíduo. Ademais, existe uma relação entre imagem corporal e identidade, pois não é possível uma consciência de si que não seja, antes de tudo, para Merleau-Ponty (1971, p.03) uma consciência corporal que apresenta ser "a consciência de ser um indivíduo, segundo esta perspectiva, está fundada na representação mental do próprio corpo".

Figura 7 – Nuvem de palavras da Classe 4 - Diabetes



Fonte: Arquivo próprio. 2023

O percentual obtido na análise de classe 4 formada pelos ST foi de 21% com Chi2 maior para as palavras diabetes e problema referindo-se a doença incurável. Sugerindo o saber como tipo de prevenção no contexto físico e ambiental, experienciado por estas pessoas, também após leitura dos dados em um comparativo com a análise

A dimensão 4 foi representada pela diabetes, o confronto com o diagnóstico inicial a adaptação a uma nova rotina, além do fantasma das possíveis consequências da doença como a probabilidade de evoluir para amputação. Lidar com a diabetes não é fácil, são muitas informações, cuidados, mudança de hábito e restrições alimentares. Embora a amostra do estudo tenha baixa renda e nível educacional, boa parte deles teve contato com alguém que perdeu um membro em decorrência da diabetes.

Nessa perspectiva, trata-se de uma doença considerada importante problema de saúde pública, com principal desafio de estabelecer um controle metabólico com o propósito de evitar maiores consequências, como toda doença crônica exige a participação da pessoa e seus familiares.

Dessa maneira, como o indivíduo enfrenta a doença está relacionada com a percepção que o sujeito tem do processo saúde-doença que envolve as suas experiências pessoais, os valores, suas crenças e o modo com que ele vivenciou essas experiências ao longo de sua vida. Além disso, sabe-se o que o diabetes é considerado um problema de saúde pública está atrelado a situação socioeconômica baixo nível de escolaridade e possui também com relação à dificuldade de aprendizagem ponto todas essas limitações podem ser um requisito para a falta de adesão e falta do cumprimento dos tratamentos e medidas preventivas adequadas para

viver uma vida com diabetes e menos complicações para que se tenha um cuidado pleno é necessário que o portador entenda da patologia e esteja aberto ao ver orientações sobre cuidados para a manutenção e uma ótima qualidade de vida dentro das situações cabíveis (Nascimento et al., 2019; Salomé, Pereira, 2021).

O processo de enfrentamento altera o fator psicológico por uma situação que exige resiliência, para tanto, a participação da família, equipe de saúde e amigos poderá contribuir para reinserção do indivíduo as atividades diárias. Sabe-se que a imagem corporal prejudicada leva a dificuldade de autoaceitação, sensação de perda da identidade, sentimento de luto, podendo evoluir para ansiedade e depressão. A maneira como a pessoa se vê estar relacionada a maneira como ele percebe seu corpo, a amputação promove sentimento de perda e descaracterização da maneira como o indivíduo se vê e se define. Por vezes, a família e profissionais se preocupam com o procedimento, mas não identificam os fatores que levam a possível mudança de comportamento do indivíduo (Barros, 2005).

Diante desse panorama, a incidência de procedimentos cirúrgicos nas pessoas com DM representa 40 a 60% dos casos de amputação de MMII, que ocorre após o surgimento de ulceração nos pés, assim, a pessoa com DM tem 2 a 3 vezes mais chances de amputação, devido aos diversos fatores associados, como genéticos, ambientais e orgânicos. Com o envolvimento da equipe multidisciplinar com o paciente diabético iniciando na atenção básica é possível reduzir o número de internações por complicação da doença (Pires *et al.*, 2022).

Além do diagnóstico inicial da doença ser importante, sempre causa impactos psicológicos, emocionais, fisiológicos e sociais. Com destaque para a dificuldade que a pessoa tem de prevenir as consequências da doença que está relacionada a dificuldade de reconhecer a gravidade da doença, da disciplina necessária para mudança nos hábitos de vida e de aderir ao tratamento, ou seja, são muitas as consequências resultantes deste distúrbio metabólico, sendo o mais temido a necessidade de amputação.

Conforme estudo realizado, Peña *et al.* (2020) observaram que, embora as pessoas conviverem com a DM tenham conhecimento acerca dos cuidados, enfrentam outras dificuldades relacionadas ao tratamento, tanto ao serviço quanto relacionadas a eles que contribuem para a ocorrência de amputação. Corroborando assim, com Antunes (2019), onde enfatiza que a ocorrência de uma amputação causa acentuada mudança no campo estético e psicológico, pois a perda de uma parte do corpo é como perder a sua própria existência gerando sentimento de incompletude.

do procedimento propriamente dito. Nessa perspectiva, a amputação é considerada um problema de saúde pelo impacto pessoal, econômico e social na vida das pessoas que passaram por esse processo, visto que têm efeitos na limitação, na mobilidade, na dependência total ou parcial de outras pessoas para realização de atividades de vida diária, bem como na perda da capacidade de autocuidado, laboral e de socialização, resultando na inevitável diminuição da qualidade de vida (Garcia; Ribeiro, 2019).

Diante desse panorama, muitas vezes é importante preparar o ser humano e orientá-lo acerca da nova realidade a enfrentar. Conforme evidenciado na minha experiência profissional ao acompanhar uma pessoa ao centro cirúrgico para realizar uma amputação, ao entrar na sala de cirurgia, o paciente começou a chorar demonstrando muita angústia, medo e aflição, sempre clamando o nome de Deus. Diante dessa situação constrangedora, perguntei se a pessoa sabia da cirurgia do membro que seria retirado, que respondeu, imediatamente, que não foi informado o que realmente ia acontecer naquele local.

É fundamental preparar a pessoa e tentar reinseri-lo implementando estratégias de adaptação, bem como planejar ações e proporcionar intervenções de adaptação para a compreensão de uma nova mudança corporal. Após o procedimento, muitos são acometidos de desconforto, dificuldade de adaptação, dor fantasma e até mesmo dificuldade de deslocamento seja com ou sem a prótese. Para Seren e Tilio (2014), a perda do membro associada à existência desse indivíduo envolve mudanças em seu meio sentimental, ocorrendo o luto e a sensação do membro fantasma.

Um estudo descreveu a amputação como consequência da falta de temor, de autocuidado, de organização do serviço e “quando nada acontece” aquela pessoa sofre o enfrentamento da amputação e, posteriormente, necessita mais uma vez de frequentar o serviço de saúde, adaptar-se a nova rotina e assim, retomar suas atividades da melhor maneira possível (Xiaoli; Cuifeng; Shiyi, 2022).

Vários estudos descrevem as reações corporais decorrentes de imagens da amputação que podem ocorrer em diferentes amplitudes. Quando existe um maior envolvimento emocional, aumentam as possibilidades de que ocorram modificações corporais mais intensas. Algumas imagens nos remetem a determinadas emoções e assim desencadeiam os processos de reação corporal que lhes são característicos.

Para entender essas reações na pessoa amputada recorreremos a Schilder (1999, p.195) que destaca "quando há uma figuração criada por um impulso emocional, esta influência o

sistema vegetativo do corpo". O autor chama as imagens que fazem com que consigamos influenciar indiretamente as partes internas do corpo de "representações-chave" que são individuais, ligadas à história de vida de cada pessoa.

Enquanto Kinsbourne (1998) considera que a habilidade para atentar para as próprias representações das partes do próprio corpo pode ser um precursor essencial para a aquisição do conceito de *self*. Ainda, fala que o corpo traz uma sensação de "familiaridade", de algo constante que existe independentemente do que a pessoa estiver pensando, fazendo, sentindo, e mesmo que ela não esteja com a atenção voltada para o corpo. Segundo o autor, este "pano de fundo" sempre presente pode ser a base para a construção da continuidade da experiência de *self*.

Além do mais, Fisher (1990) ressalta o caráter subjetivo da experiência da imagem corporal, sobre vários componentes individuais que participam da sua formação como funções das partes do corpo, idade, etnicidade, declarações feitas por outros a respeito de uma pessoa, crenças pessoais sobre o corpo, satisfação ou insatisfação com os aspectos da experiência corporal, sentimentos de conforto ou desconforto, entre outros. Pode-se identificar essas variáveis no indivíduo que passou pelo processo de perda de alguma parte do corpo.

Entretanto Schilder (1999) ainda acrescenta a integração da imagem corporal com o meio e o movimento falando do caráter dinâmico da imagem corporal. "Do ponto de vista fisiológico, a imagem corporal não é um fenômeno estático, e sim adquirido, construído e estruturado em um contato contínuo com o mundo. Não é uma estrutura, mas uma estruturação, na qual ocorrem mudanças contínuas, todas relacionadas à mobilidade e a ações no mundo externo" (p.192).

O mundo externo precisa ser entendido de maneira essencial quando a pessoa tem uma doença crônica que precisa ser encaminhada aos especialistas para controlar os níveis glicêmicos e avaliar as alterações no pé diabético. Por outro lado, o encaminhamento ao cirurgião vascular representa as dores e as expectativas de como o seu corpo será danificado pela amputação, sua integridade será abalada por alterações que levam a dor e perda. Por outro lado, quando ocorre a amputação sua autoimagem estará alterada pela perda de um membro que dói, que sente, mas não existe mais, e tudo isto poderá influenciar a maneira como vê o mundo e como interage com o próprio. Depois da amputação, o indivíduo sofre um grande impacto psicológico e vários distúrbios emocionais surgem na adaptação física e

social, o que lhe faz enfrentar uma nova situação, mas como reluta em aceitá-la, acaba tentando, inconscientemente, manter a integridade de seu corpo (Schilder, 1989).

Vale também destacar, quanto ao conhecimento sobre o autocuidado, os estudos são controversos, enquanto alguns afirmam que a pessoa tem pleno conhecimento acerca do autocuidado e enfrentam obstáculos para realizá-los, outros afirmam que a pessoa não tem conhecimento sobre o autocuidado como um dos fatores que predispõe a amputação. Faz-se necessário que, o serviço de saúde esteja organizado e que haja atuação de uma equipe multidisciplinar para minimizar os casos de amputação ofertando assim uma assistência holística e empática para atender a pessoa em sua integralidade. Assim, o trabalho de organização da rede de atenção, orientação profissional, estabelecer protocolo e materiais educativos a fim conscientizar os profissionais com o propósito de elaborar um material objetivo e didático, como uma cartilha educativa poderiam reduzir as lacunas existentes entre a atenção básica e o serviço de referência (Xiaoli *et al.*, 2021).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este estudo respondeu ao objetivo proposto, uma vez que foram compreendidos os desdobramentos das percepções das alterações da imagem corporal das pessoas pós-amputação. Foi possível notar que este fenômeno se apresenta repleto de episódios marcantes e de características peculiares na vida do Ser-amputado em todas as fases de comprometimento nos membros inferiores causado pela doença. Com a perda de parte do seu corpo, o indivíduo tem sua imagem corporal alterada e para que a aceitação da amputação e da reabilitação ocorra de forma satisfatória, é necessário que a equipe de saúde multiprofissional se dedique à escuta qualificada para além dos aspectos biofisiológicos do ser e recorram à trajetória vivenciada durante todo o processo saúde-doença.

A amputação interfere na maneira como a pessoa percebe sua imagem corporal. Ao procurar o serviço de saúde, o direcionamento das ações é voltado apenas para questões físicas e impactos relacionados a parte da amputação propriamente dita, porém deixa de contemplar uma assistência voltada para os aspectos psicológicos e autoestima do ser que se encontra com dificuldade de adaptação a perda de um membro.

A percepção acerca da pessoa amputada compreende aspectos físicos, psicológicos e emocionais devido à alteração da imagem corporal. Com isso, faz-se necessário que a equipe multidisciplinar realize não somente os cuidados pré e pós-operatórios e orientações ao indivíduo e a família, mas também auxilie o Ser-amputado quanto aos seus dilemas frente a nova realidade, escutando suas angústias, medos e incertezas diante desse corpo modificado e das repercussões que produzirá em sua vida.

Os resultados obtidos na pesquisa permitiram abordar a evolução das complicações causadas pela doença que promovem o episódio da amputação. Diante dessa realidade, pode-se destacar a importância da perspectiva da prevenção e promoção da saúde como forma de reduzir os índices de amputação nas instituições de saúde, fazendo-se necessária a implementação de uma rede de atenção à saúde organizada e horizontalizada.

Com a reorganização dos serviços de saúde, os profissionais de saúde devem atuar de forma inter e transdisciplinar no sentido de assistir a pessoa com DM, através de ações integradas na atenção primária, secundária e terciária. Merece destaque, principalmente, a valorização dos profissionais da atenção básica como forma de efetivar estratégias de prevenção através da reorganização das ações fundamentais na prevenção das complicações

do pé diabético, com o propósito de prevenir e minimizar o número de amputação de membros inferiores no estado da Paraíba, no Brasil e no mundo.

Ainda, é fundamental que os serviços de saúde, por meio dos seus gestores, busquem capacitar e atualizar seus profissionais para que sejam capazes de prestar uma assistência voltada à comunidade diabética e seus familiares, considerando as necessidades individuais e coletivas desse grupo de pessoas, prestando um cuidado responsável e efetivo, além de ter caráter holístico, humanizado, resolutivo e de qualidade.

Ao realizar o presente estudo, observou-se que a amputação causa danos emocionais, físicos e psicológicos no paciente que por vezes, não são identificados nem valorizados pelos profissionais de saúde. Faz-se necessária a realização de estratégias no âmbito da educação permanente em saúde no sentido de conscientizar a importância desta problemática que não é discutida na rede do SUS. Não há uma organização direcionada a uma assistência integral e multidisciplinar, para tanto, há um longo caminho a ser percorrido no sentido de ofertar uma assistência que possa identificar os impactos físicos, psíquicos e emocionais dos pacientes submetidos ao processo de amputação.

O estudo destaca contribuições significativas para melhorar a assistência prestada as pessoas diabéticas na APS. Enfatiza-se assim, a necessidade de melhoria tanto nos serviços de saúde, em que é necessária uma atenção redobrada dos profissionais e a prática do autocuidado em casa. Neste aspecto, a equipe multidisciplinar tem um papel primordial no cuidado e assistência prestados aos indivíduos diabéticos, onde são necessárias mudanças das ações desenvolvidas na APS ao controle e tratamento das complicações da DM.

A limitação do estudo foi devido à amostra reduzida, ocasionada pela diminuição no número de amputação, devido ao agendamento de cirurgias serem alterados em consequência dos casos de Covid-19. Aconteceu também, alterações na rotina dos outros atendimentos devido à redução de leitos hospitalares, atendendo ao protocolo de distanciamento social.

O estudo apresenta relevância significativa para o desenvolvimento de novos estudos que abordem outras facetas do fenômeno amputação, auxiliando na compreensão da experiência permeada de sentimentos envolvidos no processo de alteração da imagem corporal das pessoas amputadas, salientando a magnitude de estudos futuros que abordem o sofrimento psíquico pela equipe multiprofissional a fim de entender a abordagem das experiências do ser amputado, em termos da vivência do processo de perda do membro.

Para os próximos estudos, sugere-se a implementação de uma cartilha de conscientização, na atenção básica pelos profissionais de saúde, descrevendo as condutas a serem adotadas diariamente pelos usuários, como o propósito de melhorar a adesão à prevenção. Além de contemplar a abordagem sobre a percepção da imagem corporal alterada após uma amputação que possibilite uma avaliação completa do cliente, tanto física como psicológica, ampliando o cenário de pesquisas nessa temática.

8. REFERÊNCIAS

- ALJARRAH, Q.; ALLOUH, M.Z.; BAKKAR, S.; ALESHAWI, A.; OBEIDAT, H.; HIJAZI, E.; *et al.* Major lower extremity amputation: A contemporary analysis from an academic tertiary referral centre in a developing community. *BMC Surg*; n.19, pp.:170. 2019. <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0637-y>.
- ALMEIDA, G.A.N.; LOUREIRO, S.R.; SANTOS, J.E. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do desenho da figura humana. *Psicologia Reflexão e Crítica*, n.5, a.2, p.:283-292. 2002.
- ALMEIDA, G.A.N.; SANTOS, J.E.; PASIAN, S.R.; LOUREIRO, S.R. Percepção do tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. *Psicologia em Estudo*; n.10, a.1, pp.:27-35. 2005.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA. Improving Care and Promotion Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes. 2019. *Diabetes Care*. n. 42 (Suppl 1), pp.: S7-S12. 2019. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc19-S001>.
- ANGHEBEM, M. I.; REGO, F. G. M.; PICHETH, G. COVID-19 e Diabetes: a relação entre duas pandemias distintas. *Revista brasileira de Análises Clínicas*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.21877/2448-3877.20200001>.
- ANTUNES, C. Vivências de Pessoas com Diabetes e Amputação de Membros. Associação Nacional de Atenção ao Diabetes. 2019.
- ARMSTRONG, D.G.; BOULTON A.J.M.; BUS S.A. Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *N Engl J Med.*; n. 376, v. 24, pp.: 2367-2375. 2017 Jun 15. DOI: <https://doi.org/10.1056/nejmra1615439>.
- ARMSTRONG, D.G.; *et al.* “Diabetic foot ulcers and vascular insufficiency: our population has changed, but our methods have not”, *In. J Diabetes Sci Tech*, n. 5, a. 6, pp.:1591-5. 2011.
- ATLAS, Diabetes. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 10th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2021.
- ATOSONA, A.; LARBIE, C. Prevalence and Determinants of Diabetic Foot Ulcers and Lower Extremity Amputations in Three Selected Tertiary Hospitals in Ghana. *Journal of Diabetes Research*, v. 2019, p. 1–9, 11 fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/7132861>. Acesso em: 20 de fev. 2022.
- ATHERTON, R.; ROBERTSON, N. Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability Rehabilitation*, n.28, pp.:1201-1209. 2006.
- BARBOSA, L. B. A., GUERRA, C. L., RESENDE, J. L.; ANDRADE, M. B. T. D. Sentimentos e expectativas do ser-amputado: um olhar fenomenológico. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, n.4, a. 2, p.:62-72. 2016.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo, 70 ed. 2016.
- BARRETO, J.F. Sistema estomatognático y esquema corporal, *Comumbia Médica*. vol. 30, n.4, 1999.

BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2: p. 547-54, maio-ago. 2005.

BERGO, M. F. C; PREBIANCHI, H. B. Emotional aspects present in the lives of amputees: a literature review. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, n. 20, a.1, pp.: 47-60. São Paulo, SP, jan.- abr. 2018. 49. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>

BRANCO, L.M.; HILÁRIA, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*; n.33, n.6, p.:292-296. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012: define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção a pessoa amputada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. 36 p.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.

BRADWAY, J. K., MALONE, J. M., RACY, J., LEAL, J. M.; POOLE, J. Psychological adaptation to amputation: An overview. *Orthotics and Prosthetics*, a.38, n.3, pp.46–50. 1984.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, nº. 2, 513-518. 2013.

CARDOSO, R.S, NEGREIROS, R.V, ABREU, R.A.; SILVA, A.C.R.L.; QUEIROZ, L. F.R, PEREIRA, A.M.; PORTO, R.F.; SAFRA, G. Ações extensionistas no enfrentamento da Covid-19 diabéticos: relato de experiência. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, n.8, a.3, pp.: 18435–18447. 2022. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-195>.

CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. (orgs). *Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; n. 24 (Supl III), pp.:7-12. 2002.

- CONTI, M.A.; FRUTUOSO, M.F.; GAMBARDELLA, A.M.D. Excesso de peso e insatisfação corporal em adolescentes. *Revista de Nutrição – PUC/Campinas*; n.18, a.4, pp.:491-497. 2005.
- CONTI, M.A.; GAMBARDELLA, A.M.D.; FRUTUOSO, M.F. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes e sua relação com a maturação sexual. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*; n.15, a.2, p.:36-44. 2005.
- COOPER, P.J.; TAYLOR, M.; COOPER, Z.; FAIRBURN, C.G. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*; n.6, pp.:485-94. 1987.
- CORDÁS, T.A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares – instrumentos de avaliação: “Body Shape Questionnaire”. *Psiquiatria Biológica*; n. 2, a.1, pp.:17-21.1994.
- DAMASCENO, V.O.; LIMA, J.R.P.; VIANNA, J.M.; VIANNA, V.R.; NOVAES, J.S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*; n.3, a. 1, p.:181-186. 2005.
- DATASUS. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas – por local de internação – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- DINIZ, J. M. da G. A. Transtorno mental comum em pessoas submetidas a amputações não-traumáticas decorrentes do Diabetes Mellitus. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). 2018.
- EHDE, D. N.; SMITH, D. G. Chronic pain management. In. SMITH, D. G., MICHAEL, J. W.; BOWKER, J. H. (Eds.). *Atlas of Amputations and Limb Deficiencies. Surgical, Prosthetic, and Rehabilitation Principles* (Third, pp. 711–726). Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2004.
- FELIX, L.G. Intervenção educativa sobre pé diabético para enfermeiros da atenção básica. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação, Universidade Federal da Paraíba. UFPB. 2017.
- FISHER, S. *Development and structure of the body image*. Nova Jersey: LEA. 1986. <https://doi.org/10.22298/rfs.2018.v6.n1.4507>.
- FISHER, S. The evolution of Psychological Concepts about the Body. In: CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. *Body Images: development, deviance and change*, p. 03-20. New York: The Guilford Press, 1990.
- FITZPATRICK, M. The psychologic assessment and psychosocial recovery of the patient with an amputation. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 361, 98-107, 1999.
- FORTI, A. C.; PIRES, A. C.; PITTITO, B. A.; GERCHMAN, F.; OLIVEIRA, J. E.; ZAJDENVERG, L., et al., organizadores e coordenadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2019. Disponível em: [https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES\[1\]COMPLETA-2019-2020.pdf](https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES[1]COMPLETA-2019-2020.pdf). Acesso em: 13 de fev. 2022.

- FREIRE, R. *Soma – uma terapia anarquista – a alma é o corpo*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988.
- FREUD, S. Introducción del narcisismo. *In: Freud, S. Obras completas (vol. XIV)*. Buenos Aires: Amorrortu, p. 65-98. 2006.
- FREUD, Sigmund. Rascunho G – melancolia, 1895. *In: Publicações prépsicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 246-253.
- FURLAN, C.; ALMEIDA, B. R.; NEVES, R. C.; LEONE, I. S.; CYRINO, F. V. R.; MARINHO, B. H. Nível de conhecimento sobre diabetes e perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos no Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/SP. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, n.40, a.2, p.: 197-202. 2019.
- GABARRA, L. M.; CREPALDI, M. A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia [online]*, n.30, pp. 59-72. ISSN 1413-0394. 2009. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942009000200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- GAIARSA, J.A. *Couraça muscular do caráter*: Wilhem Reich. São Paulo: Àgora, 1984.
- GALLAGHER, S.; MELTZOFF, A. The Earliest Sense of Self and Others: Merleau-Ponty and Recent Developmental Studies, *Philosophical Psychology*, v.9, 1996.
- GARCIA, E. J. S.; RIBEIRO, J. F.S. A dimensão afetiva e psicossocial da perda na amputação – um estudo de revisão. *Revista Mosaico*, n.10, a. 1; pp. 71-8. 2019. DOI: <https://doi.org/10.21727/rm.v10i1.1723>.
- GALINDO, E.M.C.; CARVALHO, A.M.P. Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do Eating Behaviours and Body Image: Test para uso com crianças do sexo feminino. *Revista de Nutrição*; n.20, a.1, p.:47-54. 2007.
- GHADERI, A.; SCOTT, B. The Big Five e transtornos alimentares: um estudo prospectivo na população em geral. *European Journal of Personality*, n.14, a.4, pp.; 311–323. 2000. [https://doi.org/10.1002/1099-0984\(200007/08\)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1099-0984(200007/08)14:4<311::AID-PER378>3.0.CO;2-8)
- GIORDANI, R.C.F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociologia. *Psicologia e Sociedade*; n.18, a.2, pp.: 81-88. 2006.
- GOMES, C. B. S; GAUDÊNCIO, E. O.; SAFRA, G.; FELIX, L. G. F.; ABREU, R. A. NEGREIROS, R. V. Fatores associados às amputações do pé diabético em pessoas idosas: uma análise integrativa da literatura. *International Journal of Development Research*, v. 10, a. 09, pp.: 40104-40107, September, 2020. <https://doi.org/10.37118/ijdr.19631.09.2020>.
- GROGAN, S. *Body Image: understanding body dissatisfaction in men, women and children*. New York, NY: Routledge. 2017.
- HAWKINS, A. T., HENRY, A. J., CRANDELL, D. M.; NGUYEN, L. L. A Systematic review of functional and quality of life assessment after major lower extremity amputation. *Annals of Vascular Surgery*, n.28, a.3, pp. 763–780. 2014. <http://doi.org/10.1016/j.avsg.2013.07.011>.

HEAD, H.; HOLMES, G. Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, n.34, a.102 - 254. 1911. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/34.2-3.102>

HEAD, H.; HOLMES, G. *Lês Sensations et el CórteX Cerebral*. Paris: Ed. Privat. pp. 102-141. 1973.

HOLZER, L. A., SEVELDA, F., FRABERGER, G., BLUDER, O., KICKINGER, W.; HOLZER, G. Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLoS ONE*, n.9, a.3, pp.: e92943. 2014. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0092943>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil em Síntese. Relatório do censo demográfico da população brasileira, 2010. Acesso em 24 abr

International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*. 10th ed. Bruxelas (BE); 2021. [cited 2021 Jan. 18]. Available from: <https://www.diabetesatlas.org>.

IDF - INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *IDF Diabetes Atlas*. 9th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2019. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

IWGDF. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e tratamento da doença do pé diabético [Internet]. Disponível em: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2019/05/IWGDF-Guidelines-2019>

KAKESHITA, I.S; ALMEIDA, S.S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da autoimagem em universitários. *Revista de Saúde Pública*; n.40, a.3, p:497-504. 2006

KELEMAN, S. *Anatomia emocional: a estrutura da experiência*. São Paulo: Summus, 1992.

KINSBOURNE, M. Awareness of one's own body: an attentional theory of its nature, development, and brain basis. In: BERMÚDEZ, J.L.; MARCEL, A.; EILAN, N. (Eds.). *The body and the self*. Cambridge, MA: The MIT Press, p.205-224, 1998.

KIZILKURT, K. O; YIIMAZ, A; NOYAN, C.O, DILBAZ, N. Ansiedade de saúde durante as fases iniciais da COVID-19 pandemia na Turquia e sua relação com atitudes pós-pandemia, desesperança e problemas psicológicos resiliência. *Perspectiva de atendimento psiquiátrico*. n. 57, pp.: 399-407. 2020 <https://doi.org/10.1111/ppc.12646>KIZILKURT ET AL. | 407.

KLARICH, J.; BRUECKNER, I. Amputee rehabilitation and preprosthetic care. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, n.25, a.1, pp.:75-91. 2014. <http://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.09.005>

KNEZEVIC, A., SALAMON, T., MILANKOV, M., NINKOVIC, S., JEREMIC-KNEZEVIC, M.; TOMASEVIC TODOROVIC, S. Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Medicinski Pregled*, n.68, a.(3-4), pp.: 103-108. 2015. <http://doi.org/10.2298/MPNS1504103K>.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

LE BOULCH, J. *Rumo a uma ciência do movimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

- LEE, K.M.; et al. Risk factors of treatment failure in diabetic foot ulcer patients. *Arch Plast Surg*. n. 40, a. 2, pp.:123-8. 2013. <http://dx.doi.org/10.5999/aps.2013.40.2.123>. PMID:23532959.
- LEMES, S.O.; VALVERDE, M.A, FISBERG, PEREZ, I.P.; FRANQUES, A.M. Percepção de imagem corporal em adultos (obesos e sobrepeso) do “Spa Médico São Pedro/ Sorocaba-SP”. *A Folha Medica*; n.4, (120), pp.:229-234. 2001.
- LEWIS, S. L. et al. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2013.
- LOURENÇO, R. P. Nível de atividade física, excesso de peso e qualidade de vida em amputados de membro inferior atendidos nas unidades básicas de saúde de Aracajú - SE. Dissertação (Mestrado em Educação Física). 2017.
- LUCENA, B. B. V.; SEIXAS, C. M.; FERREIRA, F. R.; PRADO, S. D P. Imagem Corporal pelo campo da psicanálise: contribuições para o campo da alimentação e nutrição. *Demetra*; n.15, pp.: e46198 2020. DOI: 10.12957/demetra.2020.46198.
- MACHADO, A.B.M. Neuroanatomia Funcional. São Paulo, Atheneu, 1988.
- MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. In: 11^{ème} Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles (JADT 2012). Actes des., JADT, 2012, pp. 687-699.
- MARAVITA, A.; IRKI, A. Tools For The Body. Schema, Trends in Cognitive Sciences, v.8, n.2, p.79-86, 2004.
- MASELLI-SCHOUERI, J. H. et al. Hospital Admissions Associated With Noncommunicable Diseases During the COVID-19 Outbreak in Brazil. *Journal of American Medical Association (JAMA) Network Open*. n. 4, a. 3. p. e210799, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamannetworkopen.2021.0799>. Acesso em 09 jul. 2021.
- MATIAS, M.J., DA SILVA, J. G., SOUZA, A. L. S. D., NASCIMENTO, I. E. D. O. D., BEZERRA, A. G. R.; OLIVEIRA, S. N. D. Principais complicações associadas à diabetes mellitus gestacional para gestante e feto. *Revista Saúde-UNG-Ser*, n.10, a. 1, p.87. 2016.
- MENDELSON, B.K.; MCLAREN, L.; GAUVIN, L.; STEIGER, H. The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*; n.31, a.3, pp.:318-23. 2002.
- MERLEAU-PONTY, M. A fenomenologia da percepção. Rio de Janeiro. Freitas Barros. 1971. 464p.
- MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014. 407 p.
- MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, Ó. GOMES. R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34. Ed. Petrópolis, RJ: vozes, 2015.
- MIOT, H. A. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, 10, 275-278, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, n. 6, a.2, pp.: 72–88. 2006.

NASCIMENTO, M. T et al.; Fatores de risco associados ao desenvolvimento do pé diabético e ações executadas na Atenção Primária à Saúde para prevenção do agravo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 33, p.: e1371. 2019.

NEGREIROS, R. V., ARAÚJO, T. L. de L.; SILVA, A. C. R. L., SILVA, M. T. M., PEREIRA, A. M., C. ANDRADE, M. L., PORTO, R. F.; SAFRA, G. Processo de enfermagem em idoso com amputação transtorsica: Relato de caso. Nursing process in the elderly with transtorsic amputation: Case report. *Brazilian Journal of Development*, n.7, a.10, pp.: 98374–98386. 2021. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-246>.

NEGASSH, W. *et al.* Prevalências de úlcera de pé diabético e prática de autocuidado com os pés e fatores associados em pacientes adultos com diabetes no sudeste da Etiópia. *The Journal of International Medical Research*, 2022; 50:03000605221129028.

OLIVEIRA, F.P.; BOSI. M.L.M, VIGÁRIO, O.S; VIEIRA, R.S. Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*; n.9, a.6, p.:348-356. 2003.

OLIVEIRA, G. de C. *Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico*. Petrópolis: Vozes, 2004.

OLIVEIRA, J. D. Pé diabético e depressão: impactos na qualidade de vida do idoso. 2016. Dissertação. Mestrado em Fisioterapia. 2016.

OLIVEIRA, J.E.P.; JUNIOR, R.M.M.; VENCIO, S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017- 2018*. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

OLIVIER, G. G. F. *Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade*. Campinas: 1995.

OLIVER, T. I.; MUTLUOGLU, M. Diabetic Foot Ulcer. In. StatPearls. StatPearls Publishing. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2023 janeiro. 2023 8 de agosto.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Tracking SARS-CoV-2 variants. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/en/activities/trackingSARS-CoV-2-variants>. Acesso em: 6 jan. 2023

PADILHA, A.P.; ROSA, L.M.; SCHOELLER, S.D.; JUNKES, C.; MENDEZ, C.B.; MARTINS, M.M.F.P.S. Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por Scoping Study. *Texto Contexto Enferm*; n.26, a.4, p.: e2190017, 2017.

PAIVA, L. L.; GOELLNER, S. V. Reinventando a vida: Um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, n.12, a.26, pp.: 485–497. 2008.

PEDRAS, C. S. A. Preditores da Qualidade de Vida e Adaptação à Amputação em Pacientes Diabéticos com Pé Diabético: Um estudo longitudinal. Tese (Doutorado em Psicologia Aplicada). 2017.

- PEÑA, S.; CUADRADO, C.; RIVERA-AGUIRRE, A.E.; HASDELL, R., NAZIF-MUNOZ, J.I.; YUSUF, M. POLIMAP: Uma proposta de taxonomia para mapear e compreender a resposta política global à COVID-19. 2020, 20 de abril.
<https://doi.org/10.31219/osf.io/h6mvs>.
- PENNA, L. Além da fronteira desgastada: o significado do movimento. *Bol. psicol.* v.39, n.90/91, p.1-12, 1989.
- PENNA, L. Imagem Corporal: uma revisão seletiva da literatura. *Psicologia - USP*, São Paulo, n.1, a.2, pp.: 167 – 174, 1990.
- PEREIRA, C.R; CALÔNIGO, M.A.M.; LEMONICA L.; MOREIRA, G.A.B. The P-A-C-I-E-N-TE Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Med Bras*; n.63, a.1, pp.:43-49. 2017.
- PINHEIRO, A.P.; GIUGLIANI, E.R.J. Body dissatisfaction in brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*; n. 40, a.3, pp.:489-496. 2006.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- PIRES RCC, et al. Manejo das úlceras do pé diabético no contexto da atenção primária à saúde (aps): uma revisão integrativa. *Rev Ibero-America de Humanidades, Ciências e Educação*, n. 8, pp.: 761–778. 2022
- POPE, H.G; GRUBER, A.J.; MANGWETH.,B.; BUREAU, B.; COL, C.; JOUVENT. R.; HUDSON, J.I. Body Image Perception Among Men in Three Countries. *Am J Psychiatry*; n.157; a.8, pp.: 1297-1301. 2000.
- RATHORE, F.A., MANSOOR, S. N.; QURESHI A. R.; FAHIM M. Demographics of Lower Limb Amputations in the Pakistan Military: A Single Center, Three-Year Prospective Survey. *Cureus*, n. 8, a.4, p.; e566. 2016. DOI:10.7759/cureus.566.
- REICH, I. Wilhelm Reich: una biografía personal Buenos Aires: *Granica*. 1972.
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/pzMnDR4QNfZ87vQ7y56G4c/>
- RIBEIRO, D.K.M.N.; LENARDT, M.H.; MICHEL, T.; LARISSA, S.S.; BLANSKI, C.R.B.; OLIVEIRA, E.S. Contributory factors for the functional independence of oldest old. *Journal of school of nursing USP*. n. 49, n. 1 , p.: 87-93. 2015. Acesso em 22 Dez 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103165/101551>.
- ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*, 9 ed. Rio de Janeiro: MedsiI, 2018.
- RYBARCZYK, B., EDWARDS, R.; BEHEL, J. Diversity in adjustment to a leg amputation: Case illustrations of common themes. *Disability and Rehabilitation*, n. 26 (December), pp.: 944– 953. 2004. <http://doi.org/10.1080/09638280410001708986>.
- SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M. Locus de controle da saúde, imagem corporal e autoimagem em indivíduos diabéticos com pés ulcerados. *Rev. enferm. UFPE on line*, n. 11,a.9, pp.: 3419-3428. 2017.
- SALOME, G, M; PEREIRA, S.M.A. Construção e validação de um manual de prevenção do pé diabético. *Saúde (Santa Maria)*; n.47, p.:1-12. 2021.

- SANTANA, A. T. de et al. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19, p. 135-144, 2019.
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/btdZrZ4bXTQpcj6qnyLDxSm/?format=html&lang=pt>.
- SANTOS, W.P., FREITAS, F. B. D. D., NASCIMENTO, L. C., LEITE, T. M. U. D. S., SOUSA, M. M. D.; GOUVEIA, B. D. L. A. Repercussões das Amputações por Complicações do Pé Diabético. *Revista Enfermagem Atual InDerme*, n.88, a.26. 2019.
- SANTOS, I.C.R.V.; CARVALHO, E.F.; SOUZA, W.V.; ALBUQUERQUE, E.C. Factors associated with diabetic foot amputations. *J. Vasc Bras*; n.14, a.1, pp.:37-45. 2015.
- SANTOS, I. C. R. V.; NUNES, E. N. S.; MELO, C. A. et al. Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para cuidados preventivos de enfermagem. *Revista RENE*, v. 12, n. 4, 2011, p. 684-691. <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027977004.pdf>.
- SARTI, T.D.; LAZARINI, W.S.; FONTENELLE, L.F.; ALMEIDA, A.P.S.C. Atenção Primária à Saúde diante da pandemia. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, n.29, a.2, pp.: e2020166, 2020.
- SCAGLIUSI, F.B.; ALVARENGA, M.; POLACOW, V.; CORDÁS, T.A.; QUEIROZ, G.K.O.; COELHO, D.; PHILIPPI, S.T.; LANCHI, JR. A.H. Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*; n.47, pp.:77-82. 2006.
- SCAGLIUSI, F.B.; ALVARENGA, M.; POLACOW, V.; CORDÁS, T.A.; QUEIROZ, G.K.O.; COELHO, D.; PHILIPPI, S.T.; LANCHI, JR. A.H. Psychometric Testing and applications of the Body Attitudes Questionnaire translated into Portuguese. *Perceptual and Motor Skills*; n.101, pp.:25-41. 2005.
- SCHAFFALITZKY, E., GALLAGHER, P., MACLACHLAN, M.; RYALL, N. Understanding the benefits of prosthetic prescription: Exploring the experiences of practitioners and lower limb prosthetic users. *Disability and Rehabilitation*, n.33, a.15–16, pp.:1314–1323. 2011. <http://doi.org/10.3109/09638288.2010.529234>.
- SCHAFFALITZKY, E.; GALLAGHER P.; DESMOND, D.; MACLACHLAN, M.. Adaptation to amputation and prosthesis use. In C. Murray (Ed.), *Amputation, Prosthesis Use, and Phantom pain: An Interdisciplinary Perspective* (pp. 65–79). Springer. 2010.
http://doi.org/10.1007/978-0-387-87462-3_5.
- SCHAFFHAUSER, D.; BREUER, M. *Body Image/Body Schema*, 2011.
- SCHAPER, N.C.; VAN NETTEN, J.J.; APELQVIST, J.; BUS, S.A.; HINCHLIFFE, R.J.; LIPSKY, B.A.; IWGDF Editorial Board. Practical Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2020 Mar; 36 Suppl 1, p.: e3266. DOI: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3266>. PMID: 32176447.
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo: As energias construtivas da psique*. São Paulo, SP: Martins Fontes.1999. Trabalho original publicado em 1935.
- SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. Trad. Rosanne Wertman. São Paulo: Martins Fontes; 1980

- SCHILDER; WERTMAN. R. A Imagem do Copo: as energias construtivas da psique. Paul Schilder (1950). Pa. Tradução de Rosanne Wertman. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
- SCHMIDT, M.I.; HOFFMAN, J.F.; DINIZ, M.F.S.; et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA Brasil). *Diabetology and Metabolic Syndrome*; v. 6, p.123. 2014. <https://doi.org/10.1186/1758-5996-6-123>.
- SCHMIDT, I.M.; DUNCAN, B.B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiol Serv Saude.*; n.20, n.4, p.:421-3. 2011.
- SCHNUR; D.; MEIER, R. H. Amputation surgery. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25, n.1, pp.: 35–43. 2014. <http://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.09.013>.
- SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, n. 20, a.1, pp.: 50-55. 2005.
- SEREN, R.; TILIO, R. As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *Rev. SPAGESP*, v. 15, n. 1, p. 64-78, 2014.
- SHEEHAN, T. P.; GONDO, G. C. Impact of limb loss in the United States. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, n.25, a.1; pp.: 9-28. 2014. <http://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.09.007>.
- SHI, H. “A health needs assessment of adults with diabetic foot disease in the US.”. *In Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, v. 13, n. 3, p. 2152–2157, maio 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187140211930267X?via%3Di>. Acesso em: 04 de julho de 2022.
- SISREG. Departamento de Regulação - SISREG. Sistema de Regulação. SISREG. 2021.
- SILVA, A.A.S.; CASTRO, A.A.; BOMFIM, L.G.; PITTA, G.B.B. Amputação de membro inferior por Diabetes Mellitus nos estados e regiões do Brasil. *RSD*; n.10, a.4, pp.: e11910413837. 2021. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13837>.
- SILVA, J.P, et al. Eficácia dos curativos na cicatrização de úlceras do pé diabético: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*; n. 88, pp.:1-13. 2019.
- SOBREIRA, C.D.B. Relação entre percepção auto-referida da imagem corporal de estudantes universitários da área de saúde e desenvolvimento da identidade corporal: um olhar psicodramático. 2008. Acesso: 05/01/2022. Disponível em: www.sedes.org.br/.../Imagem%20Corporal%20Celina%20Sobreira.pdf.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Rio de Janeiro: Clannad Editora Científica, 2019. <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>.
- SOUSA, A. I., CORREDEIRA, R.; PEREIRA, A. L. The body in persons with an amputation. *Adapted Physical Activity Quarterly*, n.26, a.3, p.: 236–258. 2009. <http://doi.org/10.1123/apaq.26.3.236>

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. n. 8, (1 Pt 1), pp.:102-6. 2010.

<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>

SPICHLER, E. R., SPICHLER, D., LESSA, I., COSTA e FORTI, A., FRANCO, L. J.; LAPORTE, R. E. Capture-recapture method to estimate lower extremity amputation rates in Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, n.10, a.5, pp.: 334–40. 2001. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892001001100007>.

THOMPSON, J.K. The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*. n.1, pp.:7-14. 2004.

THOMPSON, M.A.; GRAY. J.J. Development and validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment*; n. 64, a.2, pp.:258-269. 1995.

TURTELLI, L. S.; TAVARES, M.C.G.C.; DUARTE, E. Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento. *Revista brasileira de ciências do esporte*. v. 24, n. 1, 2002.

TURTELLI, Larissa S. Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica, Tese de Mestrado em Educação Física, Unicamp, Campinas. 2003.

TURNER, A. P.; MEITES, T. M.; WILLIAMS, R. M.; HENDERSON, A. W.; NORVELL, D. C., HAKIMI, K.N.; CZERNIECKI, J. M. Suicidal ideation among individuals with dysvascular lower extremity amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, n. 96, a.8, p.: 1404–1410. 2015. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.04.001>.

VÁZQUEZ, P. I. A.; AVILA, R. G. C.; ZENTELLA, M.; DEL, C. D.; HERNÁNDEZ-DÍAZ, Y.; GONZÁLEZCASTRO, T. B.; TOVILLA-ZÁRATE, C. A.; FRÉSAN, A. (2017). Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. *International Journal of Rehabilitation Research*, 1. <http://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000259>

VAN NETTEN, J.; APELQVIST, J.; LIPSKY, B.A; BUS, S.A.; HINCHLIFFE, R.J.; SCHAPER, N.C. Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: a systematic review. *Diabetes Metab. Res Rev.*; n. 36, Supl.1, p.: e3270. 2020. Acesso: 1- de abril 2022. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3270>.

VIETTA, G. G., VOLPATO, G., KRETZER, M. R., GAMA, F. O. D., NAZÁRIO, N. O.; PEREIRA, E. Impacto do conhecimento nas atitudes, no sofrimento e qualidade de vida do paciente diabético. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, n.48, a.4, pp.: 51-61. 2019.

VILAR, L. *Endocrinologia Clínica*. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. American Diabetes Association. Improving Care and Promotion Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes–2019. *Diabetes Care*. 2019; n. 42 (Suppl 1), pp.: S7-S12. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc19-S001>.

VOLPATO, G. Avaliação de conhecimento, atitudes, sofrimento e qualidade de vida em indivíduos diabéticos. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). 2018.

WHO. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Genebra (CH); 2016 [cited 2019 Jun 27]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf.

World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): situation report 72 [Internet]. Genebra: World Health Organization; 2020. [cited 2020 Apr 15]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.sfvrsn=3dd8971b_2.

XIAOLI, L.U; CUIFENG M. A.; SHIYI, W.A.N.G. Measuring the academic influence of geological research institutions based on international awards. *Science Direct/Procedia Computer Science*, n.199, p.: 1370-1376. 2022.

YOO, S. Complications following an amputation. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, n. 25,a. 1, pp.: 169-178. 2014. <http://doi.org/10.1016/j.pmr.2013.09.003>.

ZACCARON, Rafael et al. Estudo piloto: um processo importante de adaptação e refinamento para uma pesquisa quase experimental em aquisição de L2. **Revista do GELNE**, Natal/RN, v. 20, n.1: p. 30-41. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/1517-7874.2018v20n1ID13201>. Acesso: 22 de fev 2022.

ZECCHIN, R. NASCIMENYO. A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com cancer de mana. São Paulo: casa do psicólogo, 2004.

ZHANG, Y.; LAZZARINI, P.A.; MCPHAIL, S.M.; NETTEN, J.J, ARMSTRONG, D.G.; PACELLA, R.E. Global disability burdens of diabetes-related lower extremity complications in 1990 and 2016. *Diabetes Care*; a. 43, a. 5, pp.:964-74. 2020. <https://doi.org/10.2337/dc19-1614>

Referências da Revisão Integrativa

Al- AYED, M.Y et.al. Avaliação de fatores de risco associados a úlceras no pé diabético na Arábia Saudita. *Current Diabetes Reviews*, v.15, n. 3, p. 224-232, 1 abr. 2019. Disponível em: <https://www.eurekaselect.com/164721/article>. Acesso em: 10 de julho de 2020.

ARMSTRONG, D.G.; et al. Diabetic foot ulcers and vascular insufficiency: our population has changed, but our methods have not. *J Diabetes Sci Tech*, n. 5, a. 6, pp.: 1591-5. 2011. <http://dx.doi.org/10.1177/193229681100500636>.PMid:222 26282.

ATOSONA, A.; LARBIE, C. Prevalence and Determinants of Diabetic Foot Ulcers and Lower Extremity Amputations in Three Selected Tertiary Hospitals in Ghana. *Journal of Diabetes Research*, v. 2019, p. 1–9, 11 fev. 2019. Disponível em em: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2019/7132861/>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

IKURA, K.; et al. HDL cholesterol as a predictor for the incidence of lower extremity amputation and wound-related death in patients with diabetic foot ulcers. *Atherosclerosis*, v. 239, n. 2, p. 465–469, abr. 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl26044611>. Acesso em: 02 de julho de 2020.

- LEE, K.M.; et al. Risk factors of treatment failure in diabetic foot ulcer patients. *Arch Plast Surg*. n. 40, a. 2, pp.:123-8. 2013. <http://dx.doi.org/10.5999/aps.2013.40.2.123>. PMID:23532959.
- LI, X. H. et al. Fibrinogen: A Marker in Predicting Diabetic Foot Ulcer Severity. *Journal of Diabetes Research*, v. 2016, p. 1–5, 2016. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2016/2358321/>. Acesso em:04 de julho de 2020.
- PICKWELL, K. et al. Predictors of Lower-Extremity Amputation in Patients With an Infected Diabetic Foot Ulcer. *Diabetes Care*, v. 38, n. 5, p. 852–857, maio 2015. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/38/5/852>. Acesso em 04 de julho de 2020.
- QUILICI, M.T. V. et al. Fatores de risco para amputação do pé em pessoas hospitalizados por infecção no pé diabético. *Journal of Diabetes Research*, v. 2016, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2016/8931508/>. Acesso em: 10 de julho de 2020.
- SALTOGLU, N. et al. Influence of multidrug resistant organisms on the outcome of diabetic foot infection. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 70, p. 10–14, maio 2018. Disponível em: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(18\)30049-3/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(18)30049-3/fulltext). Acesso em 04 de julho de 2020.
- SANTOS, I. C. R. V. et al. Factors associated with diabetic foot amputations. *Jornal Vascular Brasileiro*, v. 14, n. 1, p. 37–45, mar. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492015000100037. Acesso em: 02 de julho de 2020.
- SANTOS, I.C.R.V.; CARVALHO, E.F.; SOUZA, W.V.; ALBUQUERQUE, E.C. Factors associated with diabetic foot amputations. *J. Vasc Bras*; n.14, a.1, pp.:37-45. 2015.
- SHI, H. A health needs assessment of adults with diabetic foot disease in the US. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, v. 13, n. 3, p. 2152–2157, maio 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187140211930267X?via%3Dihub>. Acesso em: 04 de julho de 2020.
- SMELTZER, S. C.; et al. BRUNNER; SUDDARTH, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2019-2020. São Paulo: A.C Farmacêutica; 2019 -2020.
- UGWU, E.; et al. Predictors of lower extremity amputation in patients with diabetic foot ulcer: findings from MEDFUN, a multi-center observational study. *Journal of Foot and Ankle Research*, v. 12, n. 1, p. 34, 14 jun. 2019. Disponível em: <https://jfootankleres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13047-019-0345-y>. Acesso em: 04 de julho de 2020.
- VERESIU, I. A.; et al. Trends in diabetes-related lower extremities amputations in Romania. A five year nationwide evaluation. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 109, n. 2, p. 293–298, ago. 2015. Disponível em: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(15\)00250-8/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(15)00250-8/fulltext). Acesso em: 04 de julho de 2020.

WUKICH, D. K.; et al. Patients With Diabetic Foot Disease Fear Major Lower-Extremity Amputation More Than Death. *Foot & Ankle Specialist*, v. 11, n. 1, p. 17–21, fev. 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1938640017694722>. Acesso em: 10 de julho de 2020.

YAN, K.; Pogoda, T. K. Diabetes Management and Its Association with Transtibial Amputation. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, v. 105, n. 3, p. 238–243, maio 2015. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/japma/article-abstract/105/3/238/195895/DiabetesManagement-and-Its-Association-with?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 04 de julho de 2020.

ZACHARIAS, F. C. M. Avaliação de estrutura e processo na atenção em Diabetes mellitus. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 49, n. 2, p. 134-142, 2016.

ZHONG, A. et al. The risks and external effects of diabetic foot ulcer on diabetic patients: A hospital-based survey in Wuhan area, China: Risks and external effects of diabetic foot ulcer. *Wound Repair and Regeneration*, v. 25, n. 5, p. 858–863, set. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário dos dados sociodemográficos e clínicos

I. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

1) Idade: >40 41-50 51-60 61a 70 maior 71

2) Gênero: Feminino Masculino

3) Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Separado ()

4) Renda: > 1 salário () 1 salário e meio () 2 salários () mais de três salários

Nível sociocultural:

Escolaridade: () fundamental incompleto () fundamental completo () médio completo () superior.

5) Procedência: CG zona norte zona sul zona leste zona oeste zona rural

Municípios de CG _____ Outros Estados: PE RN Outros

6) Encaminhamento: HU USF UPA Convênio Médico Particular Multiprofissional/HC

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

Diabetes: Quem: Pai Mãe Avô Avó

Hipertensão: Quem: Pai Mãe Avô Avó

Obesidade: Quem: Pai Mãe Avô Avó

Coronariopatia: Quem: Pai Mãe Avô Avó

AVC: Quem: Pai Mãe Avô Avó

III. ASPECTOS CLÍNICO

1. Quanto Tempo de diagnóstico DM ? _____

2. Quanto Tempo da amputação ? _____

3. Usa Antidiabético oral? Sim Não Tipo: _____

Insulina: Sim Não Tipo: _____

4. Quais as Complicações da DM:

Neuropatia Diabética Sim Não Angiopatia Sim Não

Gangrena Sim Não Úlcera Sim Não

Amputação anterior: Sim Não Nível: _____

MID MIE Nível: _____

Úlcera Anterior: Sim Não Localização: _____

Hipertensão Obesidade Tabagismo ETILISMO: Atual Progresso

Dislipidemia: _____ Outras: (AVC – Coronariopatias)

Roteiro de questões abertas:

1. Você tem conhecimento sobre as complicações do Diabetes Mellitus?
2. Quais as possíveis complicações do DM que você tem conhecimento?
3. Quem lhe forneceu essas informações?
4. Já fez Exames dos pés?
5. Segue alguma orientação sobre os cuidados com os pés?
6. Segue orientações nutricionais?
7. Segue corretamente os tratamentos?
8. Com que frequência comparece ao Endocrinologista?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.
Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.



Estou ciente que:

O estudo se faz necessário para que se possam descobrir as possíveis causas da amputação denominada “ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES EM DIABÉTICOS”. Tendo como objetivos analisar os fatores associados às amputações de membros inferiores em portadores de diabetes, cadastrados no Ambulatório de Endocrinologia de um hospital público entre 2020 e 2021, traçar o perfil dos portadores de diabetes que serão submetidos à amputação de membros inferiores cadastrados naquele Ambulatório, relacionar os fatores associados à amputação, correlacionar quanto à morbidade e à atenção preventiva recebida na atenção básica e analisar o sofrimento psíquico decorrente da perda e luto após a amputação.

BENEFÍCIOS

Trazer contribuições significativas para a população diabética com amputação, pois a partir dos resultados obtidos, serão traçadas intervenções para que haja melhoria das condutas relativas à prevenção e promoção dos fatores associados à doença, melhorando assim, a qualidade de vida, como também, alertar os profissionais de saúde sobre a problemática.

RISCOS

Esta pesquisa oferece riscos considerados mínimos aos participantes, pois os mesmos podem ficar inibidos no momento da aplicação da entrevista. Tais riscos se justificam, pois mesmos ficando inicialmente inibido com a presença do pesquisador, o participante terá a oportunidade, em querendo, tirar suas dúvidas a respeito do estudo, conforme a Resolução 466/12 do CNS.

- I) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo; Será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa
- II) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- III) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO
Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José. CEP: 58107 – 670.
Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.



- IV) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- V) Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento;

- Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
 Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VI) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br; ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba e à Delegacia Regional de Campina Grande.

Campina Grande - PB, ____ de _____ de 2020.

Paciente / Responsável: _____.

Testemunha 1 : _____.
Nome / RG / Telefone

Testemunha 2 : _____.
Nome / RG / Telefone

Responsável pelo Projeto:

Rosângela Vidal de Negreiros,
SIAPE: 1632535
Enfermeira: COREN: 64461

Telefone para contato e endereço profissional: Rosângela Vidal. (83) 9 86662702. Rua: Juvêncio Arruda, 795. Bodocongó. CEP: 58420-600. Centro de Ciências Biológica e da Saúde – CCBS.

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE CAMPINA
GRANDE / HUAC - UFCG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES EM DIABÉTICOS

Pesquisador: Rosângela Vidal de Negreiros

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 35617420.3.0000.5182

Instituição Proponente: Universidade Federal de Campina Grande

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.411.030

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto que tem como instituição proponente a Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) tendo como instituição Coparticipante: Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Trata-se de um estudo observacional e descritivo de caráter quanti-qualitativo. A população será constituída de pacientes com diagnóstico de diabetes cadastrados no Ambulatório de Endocrinologia, do HUAC. A amostra será composta pelos diabéticos que se submeteram à amputação de membros inferiores. Os dados serão coletados junto aos pacientes selecionados, utilizando um questionário fechado, contendo itens que possam caracterizar o perfil socioeconômico dos pacientes, associado a questões relacionadas ao seu estado patológico. E serão analisados qualitativamente a partir da proposta de Bardin, qual seja a "análise de conteúdo", à luz de conceitos oriundos do campo psicanalítico, que se constitui como teoria de base para a análise dos processos de luto e enlutamento.

Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador destaca:

Objetivos Primários: analisar os fatores associados às amputações de membros inferiores em portadores de diabetes, cadastrados no Ambulatório de Endocrinologia de um hospital público entre 2020 e 2021.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br