



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Djulye Andréia Faustino

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA AMPUTADAS DEVIDO ÀS DOENÇAS VASCULARES NO HU/UFSC**

Florianópolis

2023

Djulye Andréia Faustino

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA AMPUTADAS DEVIDO ÀS DOENÇAS VASCULARES NO HU/UFSC**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de especialista com ênfase em Alta Complexidade em Saúde, Programa de Pós-graduação Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina e do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago.

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Maria Justo

Florianópolis

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Faustino, Djulye Andréia

As Representações Sociais do Corpo para Pessoas com Deficiência Amputadas devido às Doenças Vasculares no HU/UFSC / Djulye Andréia Faustino ; orientadora, Ana Maria Justo, 2023.

63 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Alta Complexidade em Saúde. 2. Representações Sociais. 3. Psicologia. 4. Corpo. I. Justo, Ana Maria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. III. Título.

Djulye Andréia Faustino

As representações sociais do corpo para pessoas com deficiência amputadas devido às doenças vasculares no HU/UFSC

O presente trabalho em nível de Residência foi avaliado e aprovado, em 06 de dezembro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Justo
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr^a. Letícia Macedo Gabarra
Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina

Ddo. Anderson da Silveira
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Justo
Orientadora

Florianópolis, 2023

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo compreender as representações sociais (RS) do corpo para pessoas com deficiência amputadas devido às doenças vasculares, atendidas no HU/UFSC. Quanto ao seu delineamento, a pesquisa se define como qualitativa, descritiva e exploratória; pois buscou compreender o saber produzido sobre o corpo que advém das experiências dos indivíduos em suas relações sociais. Os participantes são pessoas com deficiência amputadas no HU/UFSC devido às doenças vasculares. Tem-se como especificidade a doença vascular, devido esta ser a causa da maioria das amputações cirúrgicas do hospital. Como instrumento de coleta utilizado foi um questionário administrado pela pesquisadora. Esse foi elaborado com questões acerca da estrutura e conteúdo das RS sobre o corpo, perguntas que buscam revelar as práticas relacionadas ao corpo e interrogações relacionadas à imagem corporal, bem como a escala *Body Investment Scale* (BIS), que tem o intuito de avaliar quatro aspectos relacionados ao corpo: imagem corporal, cuidado corporal, proteção corporal e toque corporal. Foram coletados 50 questionários ao total. Em relação ao processo de análise das respostas tabuladas, foi aplicada a análise estatística descritiva nas respostas fechadas e nas questões abertas, foram utilizadas as seguintes análises: a análise de similitude e a nuvem de palavras através do *software* IRaMuTeQ e a análise de conteúdo categorial temática de Bardin. Os resultados indicaram que as pessoas amputadas, participantes deste estudo, possuem uma RS do corpo semelhante àquelas identificadas em estudos anteriores sobre RS do corpo da população geral. Nesse sentido, as RS centralizam-se em dois eixos principais: saúde e estética. As representações do corpo amputado/deficiente, a imagem corporal e as práticas corporais apresentaram majoritariamente aspectos de saúde, porém ainda assim continham percepções estéticas. Ficou demonstrado que o nível de amputação foi a associação que mais influenciou significativamente as representações do corpo amputado e a imagem corporal dos participantes. Em relação às práticas corporais houve uma mudança significativa após o adoecimento e a amputação em praticamente todos os participantes, o que ampliou e intensificou as práticas de cuidado em saúde. A escala BIS mostrou um investimento alto significativo dos participantes nos itens avaliados, bem como proporcionou uma interlocução com o relato dos participantes em relação aos cuidados de saúde antes e após a amputação. Os resultados desta pesquisa contribuíram para identificar as representações sociais do corpo amputado/deficiente e proporcionar reflexões acerca das práticas sociais e de saúde.

Palavras-chave: representações sociais; corpo; amputação; doenças vasculares.

ABSTRACT

This research aimed to understand the social representations (SR) of the body for people with amputated disabilities due to vascular diseases, attended at HU/ UFSC. As for its design, the research is defined as qualitative, descriptive and exploratory; because it sought to understand the knowledge produced about the body that comes from the experiences of individuals in their social relations. Participants are people with disabilities amputated in HU/ UFSC due to vascular diseases. The specificity is vascular disease, because this is the cause of most surgical amputations in the hospital. As a collection instrument used was a questionnaire administered by the researcher. This was elaborated with questions about the structure and content of SR on the body, questions that seek to reveal the practices related to the body and questions related to body image, as well as the Body Investment Scale (BIS) which aims to evaluate four aspects related to the body: body image, body care, body protection and body touch. Fifty questionnaires were collected in total. Regarding the process of analysis of tabulated answers, descriptive statistical analysis was applied in closed answers and in open questions, the following analyzes were used: similarity analysis and word cloud through IRaMuTeQ software and thematic categorical content analysis from Bardin. The results indicated that amputees, participants of this study, have a body SR like those identified in previous studies on body SR of the general population. In this sense, the RS are centered on two main axes: health and aesthetics. The representations of the amputated/deficient body, body image and body practices presented mostly health aspects, but still contained aesthetic perceptions. It was demonstrated that the level of amputation was the association that most significantly influenced the representations of the amputated body and the body image of the participants. Regarding body practices, there was a significant change after illness and amputation in practically all participants, which expanded and intensified health care practices. The BIS scale showed a significant high investment of the participants in the items evaluated, as well as provided an interlocution with the report of the participants in relation to health care before and after amputation. The results of this research contributed to identify the social representations of the amputated/deficient body and provide reflections on social and health practices.

Keywords: social representations; body; amputation; vascular diseases.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Figura de apoio à Escala BIS	27
Figura 2 - Análise de similitude referente a <i>matriz</i> Evocações, considerando os níveis de amputação	32
Figura 3 - Nuvem de palavras referente ao <i>corpus</i> Duas Palavras	33
Figura 4 - Análise de similitude referente ao <i>corpus</i> Olhar Corpo	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participantes que responderam cuidar na saúde antes e depois da amputação	39
Tabela 2 - Resultados <i>Body Investment Scale</i>	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIS	<i>Body Investment Scale</i>
BU	Biblioteca universitária
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CRP	Conselho Regional de Psicologia
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HU	Hospital Universitário
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
PCD	Pessoa com deficiência
RS	Representações sociais
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 PRESSUPOSTO	14
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	15
4.2 CORPO	18
4.2.1 Imagem corporal	19
4.2.2 Práticas corporais.....	20
4.3 AMPUTAÇÃO E DOENÇAS VASCULARES.....	21
5 MÉTODO	25
5.1 DELINEAMENTO	25
5.2 PARTICIPANTES	25
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	26
5.4 INSTRUMENTOS.....	26
5.5 PROCEDIMENTOS	27
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
5.6.1 Análise estatística	28
5.6.2 Análise textual	28
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	28
5.8 RISCOS E BENEFÍCIOS	29
6 RESULTADOS	31
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	31
6.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO	31
6.2.1 Análise das evocações livres	31
6.3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA	34
6.4 ADOECIMENTO E AMPUTAÇÃO	35
6.5 CAPACIDADE FUNCIONAL.....	36

6.6 IMAGEM CORPORAL.....	37
6.7 PRÁTICAS CORPORAIS.....	38
6.7.1 Body Investment Scale (BIS).....	40
7 DISCUSSÃO	43
7.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS LIGADAS AO CORPO AMPUTADO	43
7.2 AMPUTAÇÃO E IMAGEM CORPORAL.....	46
7.3 AMPUTAÇÃO E PRÁTICAS CORPORAIS	47
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A - Questionário.....	57
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61

1 INTRODUÇÃO

O corpo é parte significativa da nossa existência, pertence ao privado e ao mesmo tempo ao coletivo, é socialmente marcado e envolvido por símbolos culturais. Nele ressoam implicações que “funcionam como um modo de classificar, agrupar, ordenar, qualificar e diferenciar, posicionando de diferentes modos os sujeitos na escala social e determinando quem pertence ou não a certas classificações de corpo” (LIMA; RIVEMALES, 2013, p.154). O corpo pode ser visto de diversas formas e ângulos, porém uma das suas manifestações mais significativas é a saúde. Numa perspectiva de saúde o corpo é um objeto que sinaliza, a partir de sinais e sintomas interpretados socialmente, se determinada pessoa está saudável ou não.

Nesse estudo, a saúde parte da Psicologia Social e é compreendida como “um fenômeno multidimensional em que interagem aspectos biológicos, psicológicos e sociais e caminha para uma compreensão mais holística do processo saúde-doença-cuidado” (AGUIAR; RONZANI, 2007, p.16). A saúde expressa significativamente sobre a forma como as pessoas se relacionam com seu corpo. Esse, por vezes, adocece e sofre intervenções de diversas formas, pois as práticas de cuidado com o corpo e que possuem intuito de manter seu funcionamento são cada vez mais promovidas e incentivadas. Nessa perspectiva é possível colocar o corpo como objeto inerente ao contexto da saúde e completamente afetado pelas implicações geradas pelas enfermidades (JUSTO, 2011).

Constantemente chegam à Unidade de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) pacientes com sinais e sintomas vasculares que variam entre hipotermia, dor (em repouso ou não), claudicação intermitente, alteração na coloração da pele, edema, palidez, neuropatia periférica, lesões isquêmicas (úlceras e necrose) em membros inferiores. Geralmente associadas a outras comorbidades com tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial e colesterol aumentado (LUCCIA, 2005; MAFFEI *et al*, 2016; SBACVSP, 2022). Segundo Luccia (2005), a obstrução arterial causada por doenças vasculares contribui para a falta de sangue oxigenado nos membros causando isquemia tecidual e necrose, sintomas que podem levar a amputação. A perda do membro, seja inferior ou superior, é um procedimento cirúrgico realizado desde os primórdios da humanidade, ao qual gera impacto tanto ao médico quanto ao paciente e familiares. Associado a morte e mutilação, a amputação reverbera em importantes impactos psicológicos. Além disso, a não cicatrização da amputação implica em novo procedimento cirúrgico, ao qual repercute em mais sofrimento psíquico e risco de vida devido a submissão à

anestesia, em pacientes que geralmente possuem faixa etária avançada associada com demais comorbidades (LUCCIA, 2005).

A amputação é uma condição que define o paciente como uma pessoa com deficiência (PCD), ao qual, segundo o art. 2º da Lei nº13.146 (BRASIL, 2015), é aquela que possui “impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Indispensável para a discussão do corpo com deficiência é entender a história da deficiência e as marcas do capacitismo, nele permeia a crença de que a deficiência é inerentemente, algo ruim e que deve ser corrigido, curado ou extinto; e essa perspectiva pertence ao imaginário social, gerando diversas implicações para como percebemos os corpos amputados (IVANOVICH; GESSER, 2020).

Entendendo que o corpo e o adoecimento atrelado a perda de um membro provocam questões da experiência social, dos processos cognitivos e interações sociais; torna-se significativo um olhar para essa relação através da Teoria das Representações Sociais (TRS) (JODELET, 2001). Jodelet (2001, p.22) define as representações sociais (RS) como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Para Andrade (2003), o corpo é histórico, social e cultural, dependente das suas diversas formas produzidas em tempos e espaços distintos. As representações do corpo são criadas e produzidas, e na sua repetição acabam por se hegemonizar, hierarquizando os indivíduos de acordo com seus atravessamentos sociais (ANDRADE, 2003). Segundo Camargo *et al* (2011), é a partir dos aspectos de saúde, estética e movimento que as representações sociais do corpo são construídas, estando relacionados aos pensamentos e comportamentos que ultrapassam a preocupação com o cuidado em saúde e refletem padrões de beleza e sexualidade socialmente disseminados.

A inserção da pesquisadora em um Hospital Universitário, possibilitou a observação direta da percepção de aspectos do corpo relacionados às pessoas com deficiência física adquirida pela amputação. O corpo amputado se faz visível diariamente no hospital, diferentemente dos lugares cotidianos. Seria essa uma consequência do lugar que o corpo amputado possui na sociedade? Galván e Amiralian (2009) refletem sobre a impossibilidade da pessoa amputada se ver no futuro, citam sentimentos de tristeza, desvalorização e esvaziamento do sentido da vida. Aparentemente não há lugar social para o corpo amputado, as possibilidades de vivenciar esse corpo não parecem estar no imaginário das pessoas. Em conformidade, Galván e Amiralian (2009), citam também a vergonha, sentimento que parte daquilo que as pessoas acham que os outros pensam ou vão pensar delas. Os aspectos achados na literatura Vivências

essas importantes para entender as crenças que permeiam os corpos amputados e como elas o classificam.

Segundo Schilder (1968), a imagem corporal é construída na mente do sujeito através de uma figura, ela representa a forma como o corpo se apresenta ao indivíduo. Essa imagem é formada na percepção do sujeito sobre o seu próprio corpo e engloba a experiência física, emocional e mental. Nesse estudo, é considerado que a imagem corporal também é um fenômeno social, onde há relação entre a imagem do corpo do sujeito e dos outros corpos que o cercam (SECCHI, CAMARGO, BERTOLDO; 2009; JUSTO, 2011). Vale ressaltar que a imagem corporal é mutável, estando sujeita a alterações derivadas das experiências do corpo, valores sociais e da percepção visual do sujeito, dessa forma, supõem-se então que quando o corpo sofre a amputação existam alterações da imagem corporal interna e compartilhada daquele sujeito (SCATOLIN, 2012).

Ainda partindo da invisibilidade do corpo amputado, é preciso ressaltar que são poucos os estudos que envolvem as RS e o corpo amputado. Sendo os resultados encontrados em bases bibliográficas (Embase, PubMed, Scopus, Web of Science, PsycInfo, LILACS, BDEFN, IndexPsi, SciELO, PQDT Global, Catálogo de Teses e Dissertações CAPES, BDTD, Google Acadêmico), usando os descritores e os termos alternativos (DeCS/MeSH) para: “representações sociais” e “amputação” a busca resultou em 100 artigos e teses/dissertações. Foi realizada também uma pesquisa nas mesmas bases com os descritores e os termos alternativos para “amputação” e “doença arterial periférica”, porém essa busca gerou resultados muito amplos, dessa forma, foram considerados apenas os 100 primeiros resultados de cada base. Ao aplicar os critérios de exclusão nas duas buscas, sendo eles: duplicidade dos artigos, ano de publicação (últimos 5 anos), análise do título e resumo das publicações encontradas e a sua relação com os objetivos da pesquisa; o resultado foi de 4 publicações selecionadas. Ao especificar ainda mais utilizando os descritores “representações sociais”, “amputação” e “doença arterial periférica”, o resultado é 0 em todas as bases. A escassez de produções torna ainda mais relevante a temática desta pesquisa.

Por fim, entende-se que a amputação está extremamente ligada às práticas corporais de saúde, afinal, ela por si só é considerada um tratamento para algo que compromete a vida e o corpo do paciente. Sendo, muitas vezes, usada como exemplo de consequência para a falta de cuidados com o corpo. As práticas sociais são elementos relacionados as representações sociais, dessa forma, as RS acabam por compor diretrizes para os comportamentos dos indivíduos no seu cotidiano. As práticas corporais então são orientadas pelas representações das pessoas sobre o seu corpo, as quais desenvolvem diversos comportamentos geralmente atrelados ao cuidado

em saúde e/ou ao embelezamento (JUSTO, CAMARGO, 2013). Em conformidade, Justo e Camargo (2013, p.27) afirmam que “pautados na representação de um corpo ideal, magro, bonito e saudável, os indivíduos aderem diferentes práticas de cuidados com seu corpo.”. A partir dos aspectos do corpo citados, percebe-se que aquilo que é veiculado nos meios de comunicação é o que permeia no imaginário privado e coletivo, pois “a mídia, sobretudo os jornais e a televisão, constitui-se em um grande vetor para a produção das representações sociais” (CAMARGO, 2003, p.131).

Compreender as representações sociais do corpo para pessoas com deficiência amputadas devido à doenças vasculares, revela-se um passo importante para repensar as práticas sociais de saúde e desenvolver novos procedimentos de atenção à saúde. Além de contribuir para o avanço nos estudos das representações sociais, possibilitando a compreensão de fenômenos sociais e levantar problematizações acerca da temática.

2 PRESSUPOSTO

Acredita-se que o conteúdo das representações sociais, a imagem corporal e as práticas corporais atreladas, estão conectadas entre si e refletem significados socialmente compartilhados do corpo amputado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as representações sociais do corpo para pessoas com deficiência amputadas devido às doenças vasculares no HU/UFSC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o conteúdo das representações sociais sobre corpo amputado de pacientes atendidos no HU/UFSC por doenças vasculares.

Caracterizar a imagem corporal para pessoas com deficiência amputadas por doenças vasculares no HU/UFSC.

Identificar as práticas corporais de saúde a partir da vivência da amputação por doenças vasculares para os pacientes do HU/UFSC.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A teoria das representações sociais foi desenvolvida por Moscovici nos anos 1960 e 1970 em paralelo à psicologia social europeia, com objetivo de criar uma ligação entre a psicologia e a sociologia (CASTRO, 2002). O conceito de representações sociais está escrito na tese de doutorado de Moscovici intitulada “La psychanalyse, son image et son public” (1961) e nela, Moscovici parte da noção de representação coletiva de Durkheim, reconhecendo a possibilidade de compreender características relacionadas ao pensamento social, ao mesmo tempo que a contesta em determinados aspectos ao considerá-la insuficiente na contemplação da diversidade e da criatividade do pensamento social. Entende-se, através do autor, que as RS são compostas por características do mundo interno do sujeito, bem como aquilo que é do campo social (JODELET, 2001; CASTRO, 2002).

As RS são uma forma de nomear e definir aspectos da vida social, orientando o indivíduo a compreender, determinar e até mesmo tomar uma ação em relação a ela (JODELET, 2001). Wachelke e Camargo (2007) trazem que as representações sociais buscam categorizar e tornar ciência, aquilo que é derivado do conhecimento popular das vivências sociais. Nesse sentido, pode-se afirmar que “a vida social, com as suas formas características de organização, produz representações coletivas, que se impõem aos indivíduos, mesmo que estes não tenham delas consciência, ou sobretudo porque não têm delas consciência” (CASTRO, 2002, p.951). Constituem-se assim, daquilo que é ao mesmo tempo social e subjetivo, criando uma ponte entre os aspectos sociais e psicológicos (JODELET, 2017; MOSCOVICI, 2007). Dessa forma, é possível definir, segundo Abric (2003, p.38), as representações sociais como “um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças e opiniões e atitudes”.

A representação social, segundo Jodelet (2001), uma representação de alguém (grupo, indivíduo) sobre algum objeto (pessoas, grupos, objetos materiais etc.), dessa forma, entende-se que as características do objeto e do sujeito recaem sobre a RS, em uma relação com o objeto de simbolização e interpretação. Pode-se afirmar então que não há representação sem objeto, seja ele uma pessoa, uma coisa, um acontecimento (material, psíquico ou social), um fenômeno, uma ideia ou uma teoria. Através de interpretações e suposições sobre as coisas do mundo ao redor, os sujeitos observam os comportamentos, avaliam as aparências físicas e expressões, realizam inferências sobre as potencialidades, e isso serve de conteúdo para construção do repertório social daquele sujeito (JODELET, 2000; JODELET, 2001). Jodelet (2001, p.11)

ainda revela que o postulado do estudo das representações sociais trata "de uma inter-relação, de uma correspondência, entre as formas de organização e comunicação sociais e as modalidades do pensamento social, vista sob o ângulo de suas categorias, de suas operações e de sua lógica"; e acaba por servir de norte para deduções e inferências acerca do objeto e indivíduo que se tem como foco.

É no representar que o sujeito assimila aquilo que é estranho e torna privado aquilo que vem do mundo externo, passando por processos de ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 2007; MOSCOVICI, 2012; CASTRO, 2002). A ancoragem parte da transformação de algo que é estranho ao sistema de categorias privadas do indivíduo e que irá ser comparado com o paradigma de uma categoria mais apropriada para absorver os aspectos dela e ser reajustado na busca de se encaixar na categoria selecionada. Ou seja, trata-se de um processo de classificação e denotação (generalizada ou particularizada) de algo que é perturbador ao repertório do sujeito. A categorização atrelada a ancoragem, trata-se do processo de escolha entre os paradigmas ligados à memória dos indivíduos e a capacidade de relacionar aquilo que precisa ser categorizado positivamente (aceitação do objeto) ou negativamente (rejeição do objeto) em relação ao paradigma escolhido. Já a objetivação é o processo de transformação daquilo que está na mente em algo quase concreto relacionado ao mundo real, é em sua essência transformar o conceito sobre o objeto em uma imagem dele (MOSCOVICI, 2007). Naturalizar e classificar são partes essenciais da objetivação, "uma torna o símbolo real, a outra dá à realidade um ar simbólico" (MOSCOVICI, 2012, p.103). Ou seja, no processo de objetivação acontece a materialização da abstração, característica pertencente ao pensamento e a fala, aqui, a representação é transformada na realidade da representação, saindo do âmbito abstrato e tomando forma no mundo real. Dessa forma, no processo de ancoragem e objetivação, aquilo que é não-familiar se torna familiar, onde primeiro, no âmbito privado, há comparação e interpretação para que depois haja a reprodução no mundo real (MOSCOVICI, 2007). A ancoragem e a objetivação nada mais são do que formas de lidar com a memória, sendo assim, Moscovici (2007, p.78) afirma que:

A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Além da ancoragem e objetivação, ao estudar o senso comum é necessário compreender dois conceitos importantes para as representações sociais: universo consensual e universo reificado. No universo consensual existe uma ambiência de comunicação no qual há a

possibilidade da troca de informações de modo informal, igualitária e livre que falam em nome de um grupo ou sobre ele. O que faz esse mundo prosperar é a arte da conversação, esses discursos criam laços de estabilidade e recorrência, gerando uma significância entre aqueles que os praticam (MOSCOVICI, 2007). Moscovici (2007, p.51) afirma que ao ouvir com atenção é possível perceber "que a maioria das conversações se referem a profundos problemas "metafísicos" - nascimento, morte, injustiça, etc. - e sobre leis éticas da sociedade", ou seja, é na arte da conversação que a vida social existe. Já no universo reificado, há uma sociedade que é concebida por um sistema de entidades sólidas e invariáveis, indiferente à individualidade e que não possui identidade. Nela pertence um sistema de indivíduos com diferentes papéis e classes desiguais, onde o grau de participação é baseado na competência e mérito. Nesse universo, o contexto é controlado e existe um comportamento adequado determinado a cada situação, não sendo possível o sujeito transformar as experiências conforme a sua vontade. Existe então, um processamento da informação (conhecimento científico especializado) por canais adequados, mas há ausência do processador. Dessa forma, pode-se inferir que o conhecimento científico advém do universo retificado, onde o objetivo é criar um mapa de conhecimentos acerca das forças, objetos e acontecimentos ao qual independe de fatores ligados à consciência humana, priorizando aquilo que é empírico. Na atualidade as representações são geradas com base nos saberes elaborados no universo retificado, restaurando a consciência coletiva, explicando as forças, objetos e acontecimentos de forma que fiquem acessíveis a todos. Diante disso, a psicologia social busca, portanto, ser ciência desses dois universos (MOSCOVICI, 2007).

Ao compreender as representações sociais como fenômenos mutáveis, Justo (2011) afirma que há uma relação entre o contexto e as relações sociais, e que essas interações podem influenciar as representações do objeto e/ou do indivíduo. A saúde e a estética são contextos já identificados em estudos anteriores sobre as RS do corpo (JUSTO, 2011; JUSTO; CAMARGO; ALVES, 2014; BERRI, 2018), esses aspectos relacionados ao contexto, segundo Justo, Camargo e Alves (2014, p.288) "podem repercutir em práticas distintas, mas também têm uma zona de intersecção, visto que os padrões do que é ser saudável e o que é ser belo se aproximam". Cabe ressaltar que não há uma representação social do corpo, mas sim uma pluralidade de RS que carregam, além de aspectos do objeto e do grupo ao qual estão atreladas, a condição em que essa representação surge (JUSTO; CAMARGO; ALVES, 2014).

Partindo do entendimento de Jodelet (2000) que o corpo se constrói a partir das relações sociais e atua como mediador do saber de si e do outro, considera-se então o corpo como objeto das representações sociais. A partir de aspectos de saúde, forma, estética e movimento, o corpo

exprime pensamentos e comportamentos que vão além de cuidados em saúde e permeiam padrões de beleza e sexualidade estabelecidos socialmente (CAMARGO et al, 2011). Dessa forma, torna-se essencial um aprofundamento neste objeto: o corpo.

4.2 CORPO

O corpo é mediador das relações que estabelecemos com os outros e do conhecimento gerado sobre ele, ao longo do tempo a representação social do corpo se constitui na percepção social através do senso comum, da literatura, das concepções psicológicas e médicas (JODELET, 2000). Os sujeitos realizam interpretações e suposições sobre as coisas do mundo ao redor, observam os comportamentos, avaliam as aparências físicas e expressões, realizam inferências sobre as potencialidades, e isso serve de conteúdo para construção do repertório social do corpo daquele sujeito (JODELET, 2000).

Segundo Helman (1994), cada ser humano é constituído por dois corpos, um corpo individual que engloba aspectos físicos e psicológicos que surgem quando se nasce; e um outro corpo social que é intrínseco ao primeiro e necessário para que se possa coexistir em sociedade. Jodelet (2017) descreve quatro abordagens do corpo que permeiam os referenciais subjetivos e o referencial social, que embasam a dualidade do corpo privado e do corpo social. Sendo o primeiro, referencial subjetivo, dividido entre: 1) vivência corporal, que reflete as experiências diretas sensoriais ou orgânicas do corpo; e 2) relação com o meio ambiente, que deriva do papel dado ao corpo, do espaço que se ocupa e da imagem corporal refletida do seu entorno. Já o referencial social, se baseia em: 1) interação social, ao qual é composta por dados coletados na relação com o outro ou a partir da observação, na apresentação e na expressividade do sujeito; e 2) nocional e normativa, onde surgem os conhecimentos de âmbito biológico, cultural e social do corpo baseados informações fornecidas pelos grupos sociais em que os sujeitos estão envolvidos. Aqui, "há, enfim, todos os pontos de vista, princípios, normas de uso que os sujeitos podem tomar empréstimo, conscientemente ou não, dos sistemas de valores, crenças aos quais aderem pelo fato de seu pertencimento a um grupo social, religioso, cultural definido" (JODELET, 2017, p.277).

Portanto, pode-se afirmar que a sociedade sempre teve papel importante na construção das imagens corporais, Jodelet (2000) enfatiza a importância de uma análise a partir do que é dito sobre o corpo e aquilo que se faz com ele, devido a um processo de formação de imagem sobre esse objeto que foi ao longo da história reduzida a processos cognitivos privados, sem

considerar os aspectos da dimensão social. Além disso, o conhecimento sobre o corpo permite o estudo da comunicação não verbal e acaba por ser elemento essencial da comunicação social.

4.2.1 Imagem corporal

A autoimagem desenvolve-se a partir de grupos primários (família e amigos) baseada em pertencimento de comunidade e em grupos secundários (trabalho, organizações políticas, religião), onde os sujeitos se reconhecem através de práticas semelhantes, conectados apenas por participação em algo comum aos demais; dessa forma, são impactados de diferentes formas que dependem da idade e do compromisso social (JODELET, 2000). Segundo Jodelet (2000), a autoimagem é constituída pela apresentação do sujeito para os outros, do olhar de julgamento dos outros e dos sentimentos positivos ou negativos que derivam desses atributos. Há também a tendência comparativa dos sujeitos entre si, com intuito de autoavaliação do corpo, que podem gerar conflito no indivíduo devido às pressões por uma uniformidade social. Além disso, o corpo é fruto da auto-estima devido a influência de padrões estéticos, de decência ou performance. A força desses padrões é tão significativa que meios objetivos de avaliação do corpo estão sempre ligados a um padrão social estabelecido considerado pelo sujeito (JODELET, 2000). A avaliação de si toma como base os padrões de determinado grupo ao qual o indivíduo está inserido, e essa necessidade de comparação e submissão às normas do grupo se torna explícita na imagem corporal.

Schilder (1968) define a imagem corporal como uma figura que é formada na mente do indivíduo, ou seja, se constrói através da forma como o corpo do sujeito se apresenta para ele mesmo. Pode ser também a representação de um modo de transformação da experiência impulsionada pelo desejo (ANDRIEU, 2006). Parte significativa da imagem corporal é construída através do corpo social, pois é na percepção e interpretações das experiências físicas e psicológicas do corpo que essa imagem se constitui (HELMAN, 1994).

Diante disso, Barros (2005, p. 549) afirma que na construção da imagem corporal “há uma interação entre os lados fisiológico, neural e emocional, além do fator social”. Afetar uma dessas estruturas pode alterar significativamente a experiência do corpo do sujeito. A imagem corporal é um conjunto de vivências do sujeito naquilo que lhe é privado e social, onde o sujeito abarca parte da imagem corporal dos outros e retribui com um pouco da sua, em uma relação de troca social. Nesse sentido, o tempo todo as pessoas estão construindo e desconstruindo suas imagens corporais em busca de um ideal. O sujeito absorve as informações do mundo como parte do seu corpo, é influenciado e passa a ver o mundo através dessas concepções e dos limites

que impõe a partir delas. Importante ressaltar que imagem corporal não é inflexível, é algo que está em constante mudança a partir das constantes relações e experiências vividas por aquele sujeito (BARROS, 2005). Barros (2005, p.553) ainda afirma que “o ato de construir discursos e imagens corporais de nós mesmos resulta em desvelar a descoberta de imagens que nos permeiam de forma a nos satisfazer no maior número de correlações sociais possíveis”, sendo assim, de extrema significância para o estudo das representações sociais. Cabe ainda ressaltar que a imagem corporal também influencia consideravelmente as práticas corporais, pois norteia a relação que o indivíduo possui com o seu corpo (CAMARGO; JUSTO; JODELET, 2010).

4.2.2 Práticas corporais

Os comportamentos atrelados ao corpo vão desde cuidados com a higiene até tratamentos estéticos tecnológicos, pode-se afirmar que são diferentes práticas de cuidado, que possuem como base um padrão ideal de corpo, que passa por critérios de peso, beleza e saúde. Essas práticas possuem uma relação direta com as RS, pois elas são ao mesmo tempo determinantes e determinadas por esses comportamentos (JUSTO, 2011).

Em seu estudo, Camargo, Justo e Jodelet (2010), perceberam que as práticas corporais possuem diferença entre os sexos e entre as idades, variando conforme a imagem corporal atreladas aos sujeitos. Os autores perceberam também que as mulheres são mais insatisfeitas com o seu corpo do que os homens, o que influencia significativamente em uma imagem corporal negativa e nas implicações derivado desse tipo de relação com o corpo. Há também a presença de uma dimensão social intrínseca às práticas sociais, os cuidados com o corpo, por exemplo, são motivados e apresentam aspectos do próprio sujeito, mas também são voltados para as expectativas do meio social ao qual o indivíduo está inserido (CAMARGO; JUSTO; JODELET, 2010).

Os meios de comunicação produzem discursos sobre como os corpos devem agir e esse conjunto de relações que permeiam as vivências do corpo humano representam formas de sujeito ser e estar na realidade que lhe é imposta. O holofote colocado pelo social sobre o corpo acaba por exigir dos indivíduos adequações que justifiquem a necessidade por intervenções para manutenção do corpo jovem, principalmente nas mulheres (DAMICO; MEYER, 2006). Nesse sentido, "noções sobre saúde, bem-estar, alimentação adequada e beleza são constantemente renovadas e rearticuladas, instituindo formas de cuidado com significações distintas de prazer, de contenção, de resistência, de feminilidade e de masculinidade" (DAMICO; MEYER, 2006,

p.106); as práticas sociais aqui são atualizadas constantemente e mantém os interesses da indústria do corpo.

Com base nos conceitos apresentados até o momento, considera-se que as representações sociais do corpo são influenciadas e influenciam as práticas de cuidado corporal. E, estas podem ser alteradas no indivíduo a partir da experiência da amputação de um dos seus membros, devido às repercussões físicas e sociais que tal experiência implica.

4.3 AMPUTAÇÃO E DOENÇAS VASCULARES

O conceito de amputação é definido como a retirada de um órgão ou parte dele em uma extremidade por intermédio de cirurgia. Em relação ao aparelho locomotor (ossos, articulações e músculo), a amputação está ligada a fração da continuidade óssea de um membro, já a desarticulação engloba a retirada parcial ou total do membro pela articulação (LUCCIA; GUIMARÃES; GOFFI, 2007).

A amputação dos membros possui registro desde o princípio da história da humanidade, inclusive, é considerada como um dos primeiros procedimentos cirúrgicos realizados, sendo por muito tempo praticamente a única possibilidade de tratamento cirúrgico para as enfermidades humanas. O desenvolvimento da medicina sempre esteve atrelado à prática da amputação, principalmente em relação às práticas cirúrgicas, sendo os primeiros casos atribuídos a Hipócrates (séc. V a.C.) devido à gangrena. Por mais que seja uma forma de tratamento, a amputação carrega consigo um estigma negativo atrelado a morte e mutilação, inclusive para os médicos é considerada uma falência de outros métodos terapêuticos (PEDRINELLI; TEIXEIRA, 2004; LUCCIA, 2005; LUCCIA; GUIMARÃES; GOFFI, 2007).

A amputação pode ser necessária em quadro clínicos em que o paciente possui uma infecção incontrolável, dor intensa em pacientes com doença vascular (sem possibilidade de tratamento vascular), destruição irreversível de ossos ou partes moles (devido traumatismo ou doença vascular), tumores malignos ou benignos, deformidades com déficit funcional ou estéticas para uso de próteses (LUCCIA; GUIMARÃES; GOFFI, 2007). Entre as condições citadas acima, essa revisão aprofunda-se apenas nas doenças vasculares por se tratar do foco da pesquisa.

A decisão entre realizar a amputação ou procedimento cirúrgico de revascularização considera os seguintes fatores:

“a avaliação do risco cirúrgico, a possibilidade de funcionamento da revascularização, o comprometimento eventual do próprio nível de amputação em caso de não

funcionamento do enxerto, e a funcionalidade da extremidade revascularizada após a operação” (LUCCIA, 2005, p.5).

Dentre as doenças vasculares que acarretam amputação, enfatiza-se a doença arterial periférica, onde a arteriosclerose é a causa mais frequente, principalmente quando associada ao diabetes. A arteriosclerose produz obstrução por lipídeos que geram estreitamento, fibrose e calcificação da parede arterial que impedem muitas vezes a revascularização. Além disso, as complicações tardias pós técnicas de revascularização também estão ligadas a arteriosclerose e a amputação (LUCCIA; GUIMARÃES; GOFFI, 2007). A trombose aguda, embolia e doenças arteriais inflamatórias (ligadas ou não ao tabagismo) também são exemplos de doenças arteriais que podem causar amputação (LUCCIA, 2005; REIS P.; ROEVER; REIS I., 2020).

A decisão em relação ao nível de amputação leva em conta uma complexidade de fatores, como: os níveis de ressecção tecidual ideal para cicatrização e a preservação da estrutura corporal para recuperação da mobilidade (LUCCIA, 2005). Aos quais, causam um dilema e a decisão final acaba por obedecer a parâmetros subjetivos do cirurgião, que implica na reabilitação (com protetização ou não) do paciente posteriormente. Em seu conceito, a amputação é considerada uma cirurgia reconstrutiva e não de ablação apenas, deve ser feita com o objetivo de proporcionar boa função pós-operatória ao coto. As amputações em membros inferiores podem ser unilaterais ou bilaterais e possuir diferentes níveis: pododáctilos (dedos), transmetatarsiana ou transtársiana ou de Chopard ou Lisfranc ou Syme (níveis do pé), transtibial (canela), desarticulação de joelho, Gritti ou femoral (níveis de coxa) e desarticulação de quadril. Em sua maioria os pacientes que possuem doença vascular são representados por uma população idosa com comorbidades associadas, que quando associadas ao nível de amputação podem influenciar o processo de reabilitação após a amputação (LUCCIA, 2005; LUCCIA; GUIMARÃES; GOFFI, 2007; PEDRINELLI; TEIXEIRA, 2004).

Um dos aspectos importantes relacionados à amputação é a dor, seja ela prévia a amputação, associada a lesões teciduais, que podem ser potencialmente alteradas por doenças inflamatórias, traumáticas ou sistêmicas; ou após, no coto de amputação, conhecido por dor fantasma (HADDAD; BENEDETTI, 2004). Torbjörnsson *et al* (2017) e Gabarra (2010) afirmam em seu estudo que a dor gerada pelo adoecimento do membro contribui significativamente para que os sujeitos aceitem a cirurgia de amputação, já que ela tende a desaparecer ou ser minimizada com o procedimento e possibilitar a retomada de atividades diárias (comer e dormir) afetadas por ela. Em conformidade, Bonfim (2022) afirma que a amputação, para os participantes do seu estudo, é algo que é aceito, mas não desejado. A dor é uma experiência sensorial e emocional. A intensidade da dor varia conforme cada sujeito,

estando relacionada a fatores raciais, culturais, socioeconômicos, experiências traumáticas e condição mental (HADDAD; BENEDETTI, 2004). Podendo ser gerada por “estímulos nociceptivos ou por incapacidade do sistema supressor de atuar eficientemente modulando o impulso doloroso” (HADDAD; BENEDETTI, 2004, p.239).

O paciente amputado não pode ser olhado apenas pelo seu aspecto físico, mas sim por um entendimento global, composto por aspectos sociais, econômicos, emocionais, culturais e profissionais que se relacionam e influenciam significativamente no tratamento, recuperação e reabilitação do paciente. McGinagle e Minc (2021) ressaltam, no estudo da amputação por doença vascular, marcadores de qualidade e disparidades do cuidado em saúde, onde consideram que a interseccionalidade de aspectos como raça/etnia, origem cultural, cor da pele, localização geográfica e orientação sexual/gênero, então ligadas a construções de poder e perspectiva de mundo, que influenciam as disparidades em saúde ligadas a amputação. A amputação é considerada uma perda e possui seu processo de luto atrelado a ela, gerando dor e sofrimento diante da nova organização corporal, muitas vezes indesejável e temida. Parte disso, é composto por um processo de adaptação e aceitação ligadas à aquisição de uma deficiência. O processo de reabilitação, quando entendido apenas como substituição do membro pela protetização e restabelecimento da função motora, acaba por reduzir e simplificar um processo complexo que engloba aspectos biopsicossociais (NAGASHIMA, 2004; COUTINHO; MOURA, 2004; BONFIM, 2022).

A amputação é considerada uma condição que causa impedimento de longo prazo e que acaba por dificultar a participação efetiva do indivíduo na sociedade de forma igualitária, ou seja, torna o sujeito uma pessoa com deficiência (BRASIL, 2015). Pereira (2008) coloca que a pessoa com deficiência, em seu registro histórico, foi eliminada do convívio social, sendo associada a um corpo que é indigno, impuro e inferior. Por mais que os atos violentos em relação a essa população tenham ficado no passado, o preconceito e a discriminação permanecem até hoje. Essas representações estão atreladas ao contexto social que a pessoa com deficiência está inserida, sendo formadas principalmente "por padrões religiosos, familiares, sociais, econômicos e culturais que compõem os ideais de forma, aparência e funcionamento do nosso corpo" (PEREIRA, 2008, p.11), que refletem significativamente na relação do sujeito com a deficiência e contribuem para limitações de vida e papel social da pessoa amputada (BONFIM, 2022).

Em geral, toda amputação proporciona ao sujeito perda de função e de imagem corporal, após a cirurgia o indivíduo irá passar por um processo de reconstrução e reformulação de uma nova imagem de si. Existe ali um autoestranhamento, onde cada experiência a ser vivida pelo

sujeito irá estar cercada por dor, angústia e incerteza. A percepção da pessoa amputada sobre si é de falta, mutilação e limitação, havendo uma dificuldade para lidar com a nova imagem e o não reconhecimento de si mesmo durante esse processo (COUTINHO; MOURA, 2004). MacKay *et al* (2022) também ressaltam em seu estudo, o impacto que a amputação causa na autopercepção, onde há uma alteração na capacidade funcional que provoca nos sujeitos um olhar sobre si de incapacidade e dependência física. Segundo Torbjörnsson *et al* (2017) também há presença de sintomas de ansiedade principalmente relacionados à retomada da independência perdida pela amputação. Além disso, a resposta emocional do indivíduo em relação a amputação pode variar e é dependente a diversos fatores, como: idade, estado civil, personalidade, causa da amputação, nível da amputação, membros afetados, questões econômicas/profissionais e relações interpessoais (COUTINHO; MOURA, 2004). Dessa forma, Coutinho e Moura (2004, p.274) afirmam que o indivíduo amputado adquire uma deficiência e acaba por se deparar “com a necessidade de adaptação e mudança de maneira rápida e muitas vezes radical, sendo necessário um tempo de espera até que o indivíduo possa novamente se nortear e realizar as modificações exigidas, integrando a deficiência à sua auto-imagem”. Dessa forma, pode-se entender que amputação é atravessada por diversos fatores que acabam por gerar uma alteração da imagem corporal e práticas corporais, bem com as representações sociais daquele corpo que é amputado.

5 MÉTODO

5.1 DELINEAMENTO

A pesquisa pode ser definida como quali-quantitativa, descritiva e exploratória. Diante disso, é possível afirmar que buscou resultados de descrições verbais que são fruto de algo produzido socialmente, ou seja, aquilo que vem da experiência e das interações sociais do público-alvo delimitado (GIL, 2021). A pesquisa delimita-se como exploratória, pois possui a necessidade de desvendar certo assunto, com intuito de esclarecer, desenvolver e até mesmo modificar ideias já estabelecidas. Fez-se ainda pertinente, utilizar do método descritivo visto que também foi objetivo desta pesquisa descrever as "características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis" (GIL, 2021, p.27).

5.2 PARTICIPANTES

A escolha de pessoas com deficiência amputadas levou em consideração o pressuposto de que o conteúdo das representações sociais, a imagem corporal e as práticas corporais atreladas, estão conectadas entre si e refletem significados socialmente compartilhados do corpo amputado. Ressalta-se que os participantes necessariamente possuem alguma doença vascular, pois o hospital ao qual estão atrelados realiza em sua maioria amputações por causas vasculares. Além disso, cabe ressaltar que há relação prévia da pesquisadora com parte dos participantes, haja visto que o Serviço de Psicologia é atuante nas unidades onde esses pacientes internam para realizar as cirurgias de amputação, porém não necessariamente todos os pacientes selecionados foram atendidos pela pesquisadora, pois existem demais profissionais da Psicologia atuantes no hospital. Durante a vigência da pesquisa tais pacientes não terão outro vínculo com a pesquisadora, a não ser que a pesquisa gere demandas psicológicas.

Tratando-se de uma análise textual a partir da utilização de questionário com questões abertas, a relação do número de participantes dependeu da média do número de linhas das respostas coletadas. Camargo e Justo (2021) trazem que caso a média das respostas corresponda a três ou quatro linhas, será necessário um número expressivamente maior de questionários preenchidos comparado aos 20 a 30 textos (*corpus*) recomendados para entrevistas. Considerando esses aspectos, essa pesquisa chegou ao número de 50 questionários respondidos.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Tendo em vista os objetivos desta pesquisa foram selecionados apenas pacientes que possuem alguma doença vascular, que realizaram cirurgia de amputação e consultas no HU/UFSC. Ainda assim, visto que a pesquisadora possui como premissa o estudo das RS que busca entender as relações sociais experimentadas pelo público citado, foram considerados para esta pesquisa os pacientes que já haviam recebido alta hospitalar, em acompanhamento ambulatorial com a equipe médica vascular, no período de 1 mês a 12 meses após a amputação. Pressupunha-se que nesse período de retorno a residência e contato social ampliado para além do hospital, permitiria a pessoa com deficiência amputada maior percepção acerca do seu corpo amputado. Além disso, é importante ressaltar que foram aceitos pacientes com qualquer nível de amputação, haja a premissa de que os diferentes níveis de amputação possam influenciar nas relações com o corpo. Sendo assim, foi imprescindível que o participante estivesse de acordo e assinasse o TCLE para fazer parte do estudo.

Como critérios de exclusão, considerou-se os participantes que vieram a desistir, por qualquer motivo, do preenchimento do questionário ao longo da aplicação.

5.4 INSTRUMENTOS

Para atingir os resultados esperados nesta pesquisa, o instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário. Nele é possível obter dados, pertinentes aos estudos sociais, acerca de “conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc” (GIL, 2021, p.137).

O questionário (Apêndice A) contou com questões acerca da estrutura e conteúdo da RS sobre o corpo, também conteve perguntas que buscaram revelar as práticas relacionadas ao corpo e interrogações relacionadas à imagem corporal. Com intuito de abordar as temáticas citadas, utilizou-se o teste de evocações livres (questão 18 e 19, apêndice A) e a escala *Body Investment Scale* (BIS) (questão 21, apêndice A) que foram aplicadas verbalmente pela pesquisadora. A escala BIS é do tipo Likert com 24 itens que busca avaliar, através de parâmetros psicométricos, 4 aspectos, que englobam experiências, sentimentos e atitudes, relacionados ao envolvimento do sujeito com o próprio corpo, sendo eles: imagem corporal (questões: 5, 10, 13, 16,17, 21), cuidado corporal (questões: 1, 4, 8, 12, 14, 19), proteção corporal (questões: 3, 7, 18, 15, 22, 24) e toque corporal (questões: 2, 6, 9, 11, 20, 23) (GOUVEIA et al., 2008; VIEIRA et al., 2020). Para auxiliar a aplicação da escala foi utilizado

uma figura de apoio (Figura 1). Além disso, esteve contido no questionário um grupo de questões para a caracterização dos participantes. No qual constou os seguintes itens: idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação (trabalho), renda familiar em salário-mínimo, religião, cor ou raça/etnia autodeclarada, se o indivíduo se considera pessoa com deficiência, se é tabagista, se tem filhos, se possui rede de apoio, se sabe o nome da sua doença e quando a descobriu, quando realizou a sua última amputação, quantas amputações possui e qual o nível da última amputação (GUTZ; CAMARGO, 2013).

Figura 1 - Figura de apoio à Escala BIS

1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo em parte	Não concordo, Nem discordo	Concordo em parte	Concordo completamente

Fonte: autoria própria.

5.5 PROCEDIMENTOS

Para a realização da coleta de dados, foram contactados os pacientes ambulatoriais da equipe médica vascular no HU/UFSC, durante a espera para a consulta. Após selecionados os pacientes condizentes aos critérios de inclusão dessa pesquisa, foi solicitado o aceite verbal dos mesmos juntamente com a assinatura do TCLE. A pesquisadora realizou a aplicação dos questionários com os participantes em consultório ambulatorial do HU/UFSC, enquanto eles aguardavam por atendimento médico. Tal medida garantiu a privacidade, sigilo e acolhimento dos pacientes durante a coleta de dados. Inicialmente, aconteceram cinco estudos piloto, com o objetivo de avaliar o instrumento utilizado, onde foram identificadas e ajustadas questões relacionadas à complexidade, ordem e necessidade das questões, também problemas de formulação das perguntas, bem como o tempo de duração (GIL, 2021). Após a validação do instrumento aconteceram as aplicações oficiais dos questionários de forma presencial e administrada pela pesquisadora. A coleta de dados ocorreu durante 3 meses (maio a julho) e obteve como tempo médio com cada participante 20 min, salvo os participantes que necessitaram de um acolhimento durante a aplicação do questionário estendendo esse tempo. Ao decorrer da coleta de dados foram produzidas concomitantemente a tabulação dos dados obtidos para posterior análise dos dados.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

5.6.1 Análise estatística

As respostas das questões fechadas foram organizadas e sumarizadas através da análise estatística descritiva, como frequência absoluta, medida de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão). Obtendo assim, o que é típico da população estudada e o grau de variabilidade dos dados (GIL, 2021). Já a análise da escala likert BIS foi realizada com auxílio do software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), sendo possível obter a média das pontuações, bem como os valores mínimos e máximos e o desvio padrão de cada item.

5.6.2 Análise textual

Para analisar os dados obtidos através das questões abertas do questionário, foram utilizadas técnicas de análise lexicográfica como a análise de similitude, a nuvem de palavras e análise de conteúdo categorial temática (BARDIN, 2016). A análise de similitude e a nuvem de palavras foram elaboradas por intermédio do *software* intitulado IRAMUTEQ, nele são analisados diferentes *corpus* construídos com as respostas abertas dos questionários. A ferramenta possibilitou organizar “a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara” (CAMARGO; JUSTO, 2013, p.516). Na análise de conteúdo, buscou-se analisar o conteúdo textual como temas, palavras, conceitos, mas também “fazer inferências acerca da sociedade e da cultura em que se manifestam as comunicações” (GIL, 2021, p. 71). Segundo Bardin (2016), o processo de análise categorial temática se dá pela pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados colhidos; com objetivo de categorizar os *corpus* por reagrupamento analógico. Dessa forma, obteve-se respostas ao problema de pesquisa proposto.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Com intuito de zelar pela confidencialidade dos dados e privacidade dos participantes, essa pesquisa buscou atender as normas do Conselho Nacional de Saúde, através da CNS 466/2012 que trata sobre pesquisa e testes em seres humanos. Dessa forma, essa pesquisa foi submetida primeiramente à aprovação da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital

Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (GEP-UFSC/EBSERH), onde obteve aprovação através da carta de anuência de nº 70/2023/UGPESQ/SGPITS/GEP/ HU-UFSC-EBSERH, e foi submetida posteriormente ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC), adquirindo o parecer de nº 6.173.352 favorável, e possibilitando a continuidade do cronograma proposto. Após a deliberação favorável do comitê a GEP-UFSC/EBSERH permitiu o acesso aos pacientes, o que tornou possível o agendamento e a aplicação dos questionários seguindo as diretrizes da norma já citada e do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Ao iniciar a coleta de dados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo solicitado consentimento e assinatura dos participantes para a aplicação dos questionários. Durante esse processo foi garantido o sigilo e privacidade dos entrevistados, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). Ainda assim, foi comunicado aos indivíduos selecionados que sua participação é facultativa, sendo possível desistir da pesquisa em qualquer parte da mesma. Possuindo o consentimento verbal e assinatura do termo, o questionário foi preenchido com auxílio da pesquisadora. Os arquivos referentes ao registro dos questionários estão guardados em *Google Drive*, sendo possível o acesso apenas pela autora e orientadora desta pesquisa durante 5 anos, após este prazo os arquivos serão deletados.

Após a conclusão e aprovação em banca desta pesquisa, será feita a devolutiva para os participantes de forma coletiva, em formato de infográfico, por meio dos e-mails e *WhatsApps* coletados no TCLE para os participantes interessados em receber um documento síntese informativo sobre os resultados da pesquisa. A pesquisadora também irá fornecer uma cópia impressa deste documento, a qual permanecerá disponível para consulta no HU/UFSC e na biblioteca universitária (BU/UFSC).

5.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa apresentou riscos mínimos, aos quais poderiam provocar conteúdos emocionais, percepções e vivências relacionados à temática do questionário, bem como aspectos físicos derivados do tempo disposto à coleta de dados. Como esperado, durante a aplicação dos questionários houve manifestações emocionais por parte dos participantes que foram acolhidas pela psicóloga pesquisadora. Salienta-se que todos os dados foram tratados com caráter científico e sem a identificação dos pacientes, como medidas de proteção aos envolvidos. Independentemente se os fatores mencionados como riscos tiverem sido

identificados no momento da aplicação ou forem constatados posteriormente, a pesquisadora prestará acolhimento e suporte emocional, visto que é graduada em Psicologia e possui inscrição ativa no Conselho Regional de Psicologia (CRP 12/21960).

Entende-se como benefícios da pesquisa, o fato da mesma proporcionar um espaço de escuta e acolhimento para as vivências do corpo da pessoa com deficiência amputada, além de que se teve a intenção de propiciar aos participantes autorreflexões sobre a temática. Ademais, visando frutos a médio e longo prazo, pode-se ressaltar que a pesquisa proporcionou impacto na produção científica no campo das representações sociais e na área da saúde pública, pois buscou explicar aspectos relevantes à vivência dessas pessoas e repensar as práticas sociais atreladas, assim como, o aperfeiçoamento dos atendimentos no HU/UFSC às pessoas com deficiência amputadas.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 50 pessoas amputadas que são atendidas pelo HU/UFSC. O grupo de participantes foi composto por 33 homens e 17 mulheres, com idade entre 35 e 82 anos (Me=63,66; Md=64,50; Mo=71; DP= 9,34). O grupo é composto por pessoas que se autodeclararam brancas (42), pretas (3), pardas (5). Em relação à escolaridade, 32 pessoas responderam que estudaram até o ensino fundamental, enquanto 12 pessoas frequentaram até o ensino médio, apenas duas possuíam ensino superior ou mais e quatro participantes não possuíam escolaridade. Em relação à ocupação dos participantes foi possível identificar quatro categorias: aposentados (33), trabalhadores ativos (11), trabalhadores afastados/pensionistas (4) e trabalhadores do lar (1), composto por diversas profissões. Quanto ao estado civil dos participantes, 27 são casados, oito viúvos, seis solteiros, seis separados e três divorciados. A renda familiar varia de menos que um salário-mínimo (sm) até mais que sete salários mínimos, sendo de um a quatro sm (44), de cinco a sete sm (2), mais que sete sm (2) e menos que um sm (2). Em relação à paternidade, 46 participantes responderam possuir filhos e quatro não, variando entre zero e seis filhos (Me=2,89; Md=3; Mo=2; DP=1,18) por participante. No que diz respeito à religião, os participantes se identificaram como católicos (34), evangélicos (5), espíritas (2), luteranos (2) e batistas (1) e seis participantes responderam não possuir religião. Quando questionados sobre rede de apoio (considerar suporte emocional e prático), 48 participantes responderam que “sim” e apenas quatro afirmaram que “não”, sendo a rede composta por familiares (47), amigos (12), equipe de saúde (19), comunidade (7) e colegas de trabalho (3).

Dessa forma, podemos definir o grupo de participantes como majoritariamente composto por homens brancos de baixa escolaridade e renda, aposentados, católicos, casados com mais de um filho e que possuem rede de apoio.

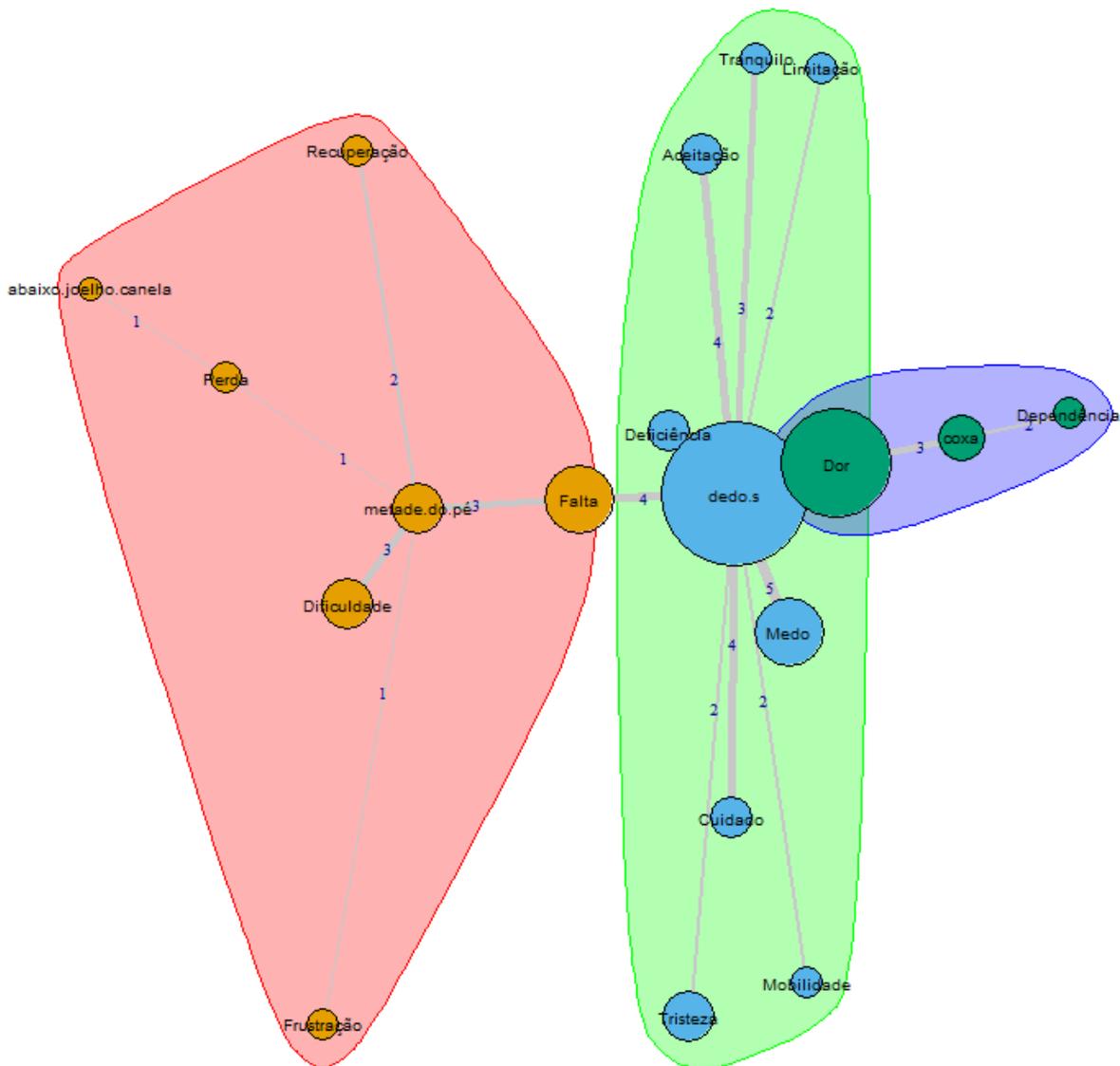
6.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO

6.2.1 Análise das evocações livres

As respostas das questões 18 e 20 do questionário (Apêndice A) aplicado nesta pesquisa foram compiladas em uma *matriz* denominada Evocações e um *corpus* chamado Duas Palavras

(ocorrências = 1064; palavras distintas = 406). A Figura 1 ilustra a análise de similitude realizada a partir das evocações dos participantes em relação aos questionamentos: “Quais são as cinco primeiras palavras que você pensa quando escuta CORPO AMPUTADO?”. Ao todo foram evocadas 153 palavras, sendo representadas na análise apenas as palavras evocadas mais do que quatro vezes. Além das palavras evocadas pelos participantes o gráfico da similitude considerou a informação obtida a partir do registro do tipo de amputação de cada participante. Desse modo, o grafo apresenta uma rede da distribuição dos termos mais evocados em relação ao nível de amputação. Os elementos da RS são mostrados no gráfico através dos vértices, onde as arestas representam a força de ligação entre os elementos, através do seu tamanho e valor numérico.

Figura 2 - Análise de similitude referente a *matriz* Evocações, considerando os níveis de amputação



Fonte: Autoria própria. Gerado no IRAMUTEQ.

Observa-se através da árvore (Figura 2) que há uma divisão entre os níveis de amputação, onde o elemento com maior frequência “dor” (n=23) está ligado ao nível de amputação de coxa (n=8), bem como o elemento “dependência”. O elemento “dor” também faz conexão com o nível de amputação de dedo/s (n=30), no qual surge uma relação com a deficiência, que perpassa um processo de aceitação, cuidado e sentimentos que emergem da relação com o corpo amputado. O elemento “falta” aparece mais no discurso dos menores níveis de amputação dedo/s e metade do pé (n=9). A “dificuldade” entra como elemento significativo relacionado a amputação de meio pé, sendo o aspecto “perda” compartilhado com o nível abaixo do joelho/canela (n=3). Diante disso, percebe-se que o corpo amputado para os participantes possui em sua maioria representações ligadas a incapacidade, dor, luto e dependência, porém ainda apresentam aspectos de aceitação e reabilitação desse corpo.

A Figura 3 representa a nuvem de palavras referente ao *corpus* construído pelas respostas da pergunta número 20 do questionário (Apêndice A) “Por que você escolheu estas duas palavras como as mais importantes?”. A nuvem enfatiza os elementos principais do *corpus*, dessa forma, considera-se que o tamanho e centralidade das palavras reflete proporcionalmente a quantidade de vezes que as palavras aparecem no discurso dos participantes.

Figura 3 - Nuvem de palavras referente ao *corpus* Duas Palavras



Por intermédio da Figura 1, é possível identificar que o corpus “Duas Palavras” possui a palavra “ficar” como aquela que é mais frequente nas respostas dos participantes (n=14), seguida de coisa (n=8), estar (n=8), falta (8), vida (n=7). Olhando para o contexto em que o “ficar” está inserido, pode-se entender como um processo de transição, de uma nova imagem, onde há algo que ficou ou que vai ficar na vida do sujeito, ao qual, perpassa aspectos como: marcas, dependência, insegurança e condições emocionais. A “falta” na fala dos participantes está ligada diretamente com a perda do membro, em como sentir a falta ou não da parte do corpo que não existe mais e como a falta dessa parte influencia em sentimentos de perda e saudade. A “vida” aparece como fator de aceitação da amputação, estando ligada também a normalidade “consigo levar a vida normal” e a falta “que aquele membro vai fazer toda a vida”. Seguindo a sequência de frequência das palavras, temos: aceitar (n=6), achar (n=6), dia (n=6), dor (n=6), pensar (n=6) e perder (n=6); as quais revelam um processo de aceitação da perda pelos sujeitos, que é perpassado pela dor física e psicológica antes e após a amputação.

6.3 PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Dentre os participantes abordados pela pesquisa, 24 se consideram pessoas com deficiência e 26 não se consideram, revelando uma divisão pela metade dos participantes em relação a aquilo que é considerado por eles como deficiência e sua identificação com esse significado. Ao questionar sobre o porquê das respostas, foi possível elencar três categorias (Amputação, Incapacidade funcional e Saúde) para respostas “sim” e três (Amputação de menor nível, Capacidade funcional e Doença vs Deficiência) para “não”.

Para os que se identificam como pessoas com deficiência, na categoria Amputação (15 menções) foi identificado que a perda do membro é considerada como aquilo que caracteriza o sujeito e a sua deficiência. Na Incapacidade (8) funcional, os participantes relacionam a deficiência a limitações de mobilidade e a invalidez. Já na categoria Saúde (5), surgiram comorbidades que não necessariamente estavam associadas a amputação, como a “falta de visão” que podem contribuir para identificação da deficiência.

Em relação aos sujeitos que não se consideram pessoas com deficiência, surgiram aspectos relacionados à Amputação de menor nível (3), onde por ser “só um dedinho que falta” os participantes não se consideravam pessoas com deficiência. Na categoria Capacidade funcional (20) é possível reforçar aquilo que foi percebido na categoria Incapacidade funcional, de que a deficiência está ligada a ser capaz ou não de se mover. Nessa categoria os participantes enfatizam que a amputação não afetou sua mobilidade e por isso se consideram “uma pessoa

normal”. Nesse sentido, é importante ressaltar a fala de um participante que reconhece suas deficiências, porém não se vê como uma pessoa com deficiência: “tenho minhas deficiências, mas vivo com elas normal”. Além disso, foi possível revelar através da categoria Doença vs Deficiência (6), uma cisão entre os dois conceitos, onde amputação é atrelada a doença e não a deficiência, assim como cita um dos participantes: “considero doente, mas deficiente não”.

6.4 ADOECIMENTO E AMPUTAÇÃO

As cirurgias de amputação são uma opção de tratamento para doenças vasculares realizadas no HU/UFSC. Estar ciente da sua doença e tratamentos realizados faz parte da implicação e autonomia do paciente no seu processo de saúde/doença. Dessa forma, foi questionado aos participantes se eles possuíam conhecimento do seu diagnóstico, revelando que 46 participantes sabiam o nome da doença que os levou à amputação e quatro não tinham conhecimento ou não sabiam nomeá-la. As doenças citadas foram: diabetes (36), trombose (4), aneurisma (1), doença de Behçet (1), esclerodermia (1), doença vascular não especificada (1), oclusão arterial aguda (1) e úlcera varicosa (1). Por vezes, associadas a comorbidades como: acidente vascular cerebral (1), doença renal crônica (1), infarto agudo do miocárdio (1), descolamento de retina (1), pressão alta (4), doença cardíaca (2), doença vascular não especificada (2) e reumatismo (1). Quando questionados sobre há quanto tempo descobriram a doença, 44 participantes afirmaram ter acontecido há mais de um ano, três responderam de seis meses a um ano e três relataram ter conhecimento da doença apenas há um mês a seis meses.

Em relação ao número de amputações por participantes, obteve-se como resposta para: uma amputação (29), duas amputações (12), três amputações (2), quatro ou mais amputações (7); cabe considerar aqui amputações progressivas, as quais, ou os pacientes foram submetidos a mais de uma cirurgia de amputação e/ou consideram o número de dedos (pododáctilos) amputados. Em relação ao nível da amputação, responderam a pesquisa participantes com amputação de: dedo/s (30), metade do pé (9), coxa (8) e abaixo joelho/canela (3). Sendo que a última cirurgia de amputação desses participantes aconteceu há menos de um mês (9), um mês a seis meses (19), seis meses a um ano (10) e mais de um ano (12). Dessa forma, é possível identificar que a amostra em sua maioria foi composta por pessoas com uma a duas amputações, em nível de dedo/s, tendo realizado a sua cirurgia entre um mês e seis meses, até o momento da aplicação do questionário.

6.5 CAPACIDADE FUNCIONAL

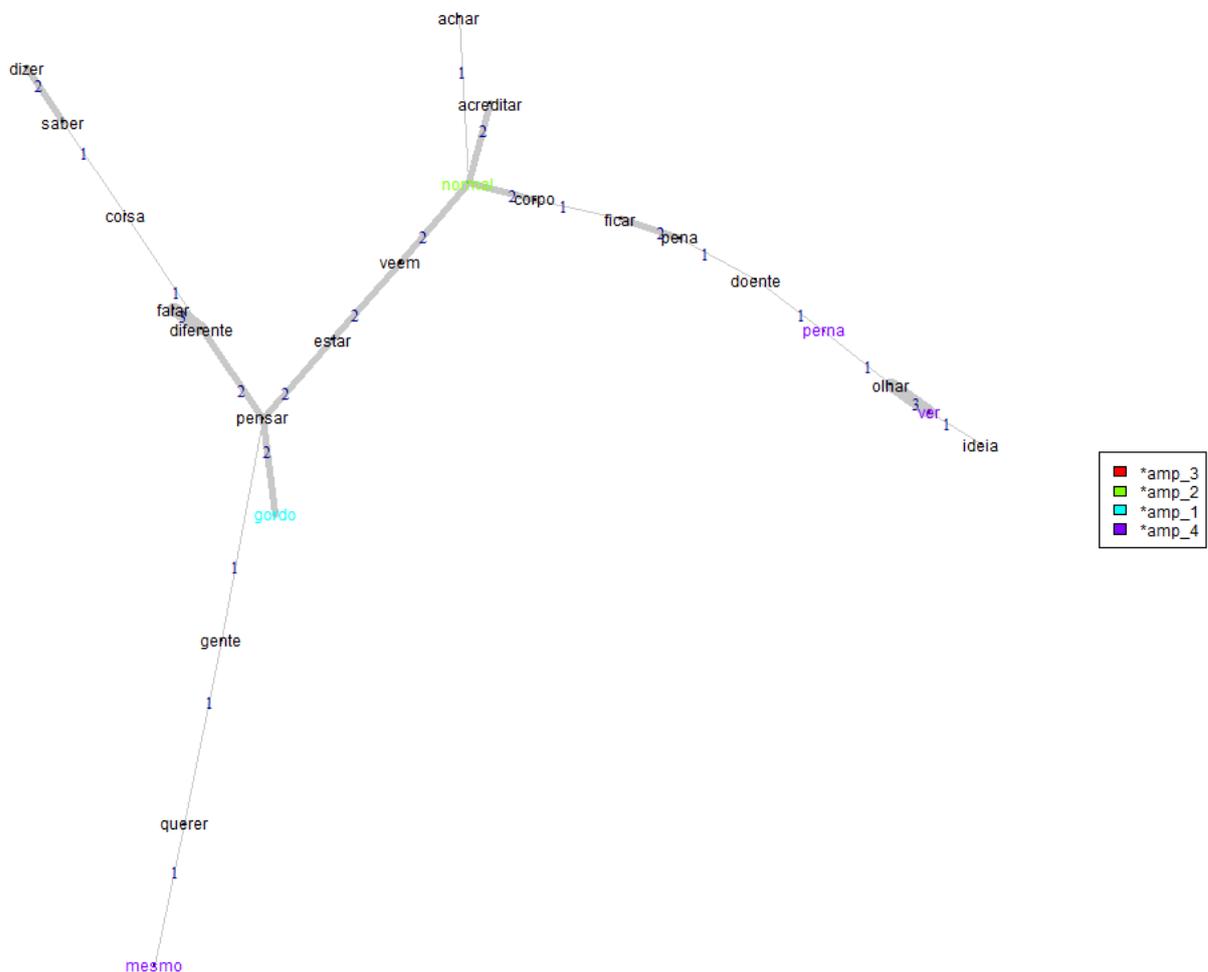
Com intuito de avaliar a capacidade funcional dos participantes, foi questionado sobre quais atividades os participantes realizavam de forma autônoma. Dentre as opções de atividades em domicílio foram respondidas: se locomover dentro de casa (47), banho (44), cozinhar (30) e limpar a casa (21). Já em relação às atividades fora do domicílio, foram assinaladas as opções: se locomover fora de casa (30), andar pela rua perto de casa (29), ir às compras (17), ir ao banco (17), sair para eventos, casa de amigos, casa de parentes, igreja (17). Dados que demonstram que os participantes possuem mais autonomia nas atividades básicas em casa (se locomover e tomar banho), apresentando maior dificuldade para realizar atividades fora do domicílio.

Como parte do questionário, os participantes responderam o seguinte questionamento: “O que você pensa sobre o seu corpo quando está realizando ou não consegue realizar as atividades selecionadas acima?”. Ao analisar as respostas através da análise categorial, foi possível estabelecer quatro categorias: (In)Capacidade funcional, Sentimentos/emoções, Tempo e melhora; e Sentidos da perda. Na primeira categoria (23 menções), os participantes trazem sobre as limitações físicas impostas pela amputação e o adoecimento, também de se sentir inútil e dependente dos familiares por não conseguir realizar as atividades diárias ou até retornar ao trabalho. Diante dessas limitações, surgem Sentimentos/emoções (18), categoria onde é revelado que os participantes sentem raiva, tristeza, estresse, irritação, decepção, frustração, desespero, depressão, desconforto, desânimo, medo (de se machucar/cair), insegurança e impaciência. Ao mesmo tempo, em que alguns participantes afirmaram estar conformados, orgulhosos com as conquistas ao longo da recuperação e contentes quando conseguem realizar alguma atividade novamente. Em Tempo e melhora (6), foram revelados aspectos relacionados ao fato de que não conseguir realizar as atividades cotidianas é temporário, apenas uma etapa a se passar. Onde a recuperação ou a "melhora" do adoecimento fornece esperança para conseguir retomar as atividades, tanto em casa quanto fora de casa. Alguns participantes ainda trouxeram Sentidos da perda (5), categoria que perpassa questionamentos sobre porque a doença/amputação aconteceu e se Deus irá ajudar no processo de recuperação. Também revela indagações sobre desempenho, falta e não pensar sobre as (in)capacidades advindas do adoecimento e tratamento.

6.6 IMAGEM CORPORAL

A Figura 4 permite a visualização da análise de similitude realizada a partir do *corpus* Olhar Corpo, construído a partir da resposta dos participantes para a pergunta nº 22 “Como você acha que as outras pessoas veem o seu corpo?”. Na análise estão representadas apenas as palavras do discurso dos participantes que obtiveram frequência maior que quatro, em relação a variável: nível de amputação. Considerar amp_1 = dedo/s, amp_2 = metade do pé, amp_3 = abaixo do joelho/canela e amp_4 = coxa.

Figura 4 - Análise de similitude referente ao *corpus* Olhar Corpo



Fonte: Autoria própria. Gerado no IRAMUTEQ.

Ao observar a Figura 3, é possível perceber que o menor nível de amputação (dedo/s) acaba por levar o indivíduo para representações estéticas do corpo relacionadas ao peso, onde a palavra mais evocada em relação ao olhar do outro para os participantes que possuem esse

nível de amputação é “gordo”. Nos corpos com amputação de meio pé, os participantes acreditam que seu corpo é visto como “normal”. Cabe ressaltar que amputações de menor nível acabam por não serem tão vistas pelos outros, pela possibilidade de ocultá-las com vestimentas. Já as amputações a nível de coxa revelam justamente o olhar do outro, que identificam esse corpo como “doente” e que transmitem “pena”. A partir da árvore (Figura 3), pode-se inferir que a amputação em seus diferentes níveis altera a apresentação corporal do indivíduo e gera olhares de julgamento do meio social em que estão inseridos, o que afeta consideravelmente a sua imagem corporal.

6.7 PRÁTICAS CORPORAIS

Algumas das questões tiveram como objetivo abordar as práticas corporais dos participantes. Quando questionados sobre os cuidados de saúde realizados antes e depois da amputação, 30 participantes afirmaram realizar os cuidados antes e 20 responderam não possuir essa prática. Já nos cuidados após a amputação, apenas um participante não está cuidando da saúde e 49 sim, revelando que o adoecimento pode proporcionar reflexões e reforçar a necessidade dos cuidados de saúde relacionados ao corpo. Em relação às respostas positivas, tanto nos cuidados antes e depois, foi possível agrupar em categorias as práticas que mais se repetiam (Consultas médicas, Cuidados corporais, Tomar medicação, Realizar exames, Cuidar da alimentação e Realizar atividade física). As categorias englobam, realizar consultas médicas e exames, uso de medicação conforme prescrição, cuidar da alimentação (principalmente por causa da diabetes), realizar caminhadas e higiene básica. Importante ressaltar que algumas falas relacionadas aos cuidados antes da amputação trouxeram que por mais que o cuidado existisse, ele não era considerado pelos participantes o ideal. Alguns pacientes relatam que se consideravam jovens e que por não apresentar sintomas de doença aparente, não buscavam atendimento preventivo à amputação. Ou que realizavam caminhada e tomavam remédio, mas não cuidavam da alimentação.

Após a amputação, os cuidados citados permanecem os mesmos, porém é possível perceber através da fala de um dos participantes, "comecei a cuidar mais de mim, prestar mais atenção", que o adoecimento está atrelado ao corpo e é um alerta para enfatizar a necessidade do autocuidado que muitas vezes é negligenciado. O Tabela 1 mostra o número de participantes e número de frequência que cada cuidado apareceu na fala dos participantes. Nele é possível perceber que há um aumento proporcional relacionado às práticas em quase todas as categorias, menos na atividade física. O que corrobora com a questão sobre a prática de atividades físicas

ou fisioterapia, ao qual 28 dos participantes responderam não praticar, 13 realizam de uma ou duas vezes na semana e nove fazem por três ou mais vezes na semana. Importante ressaltar que por mais que alguns cuidados não tenham sido citados nas questões abertas, não significa que não sejam realizados, mas os listados foram os mais reconhecidos pelos participantes.

Tabela 1 - Participantes que responderam cuidar na saúde antes e depois da amputação

Cuidados com a saúde	Número de Participantes	
	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>
Consultas médicas	17	23
Cuidados corporais	2	20
Tomar medicação	16	37
Realizar exames	5	7
Cuidar da alimentação	5	19
Realizar atividade física	4	1
<i>Total</i>	30	49

Fonte: Autoria própria.

Em relação aos pacientes que afirmaram não cuidar da saúde antes da amputação (20), foram criadas as categorias dentre as justificativas de tais práticas: Cuidado com a saúde (14), Hábitos prejudiciais (2), Não tomar os remédios (2), Não saber da doença (2). As categorias abordam questões que os participantes nomearam de “relaxamento”, de não se preocupar/importar com a saúde e por consequência não tomar as medicações prescritas de forma adequada. Ressaltam também hábitos como fumar, trabalhar demais e beber álcool como fatores que não corroboram com os cuidados de saúde. Além disso, alguns relatos revelam a experiência dos participantes com o adoecimento e a crença de que “não ia ficar doente nunca” e por isso não havia necessidade do cuidado. Ressalta-se também o caso de um participante que cuidava muito dos outros e esquecia de cuidar de si. Dentre as respostas, apenas um participante respondeu não realizar os cuidados após a amputação, o que deu origem à categoria: Desmotivação, onde os cuidados em saúde são realizados pelos familiares, pois o participante não possui motivação/desejo para cuidar de si.

Um dos fatores significativos relacionado às práticas corporais e atrelada aos cuidados em saúde para pacientes com doença vascular é o uso do cigarro. Dentre as respostas, quatro participantes ainda mantêm o hábito de fumar cigarro. Já 24 fumaram em algum momento no passado, sendo o tempo de uso, classificado entre: de dias a um ano (2), de cinco a 15 anos (4), de 20 a 35 anos (11) e de 40 a 50 anos ou mais (7). Quando questionados sobre há quanto tempo pararam o uso do cigarro, foram obtidas as seguintes respostas: de dias a um ano (5), de cinco

a 15 anos (6), de 20 a 35 anos (6), de 40 a 50 anos (3) e quatro participantes não responderam. Em relação ao que motivou os participantes a cessar o tabagismo, foi possível estabelecer três categorias: Motivação própria (7 menções), Influência familiar (2) e Adoecimento (14). Na primeira categoria foi citado a vontade de não continuar o hábito, perda do prazer em relação ao cigarro e estratégias como: trocar o cigarro por balas. Em relação a Influência familiar, os relatos são de decisões levando em conta a motivação de outros familiares, “porque o marido parou de fumar e eu parei junto”. O Adoecimento também foi fator significativo para cessar o tabagismo, a maioria dos participantes cita questões relacionadas à saúde, afirmando que pararam por conta da doença/comorbidades devido à orientação médica. Por mais que quase metade do público alvo que respondeu a pesquisa afirmou ter feito uso de cigarro em algum momento durante a vida, 22 participantes nunca fumaram. O que acaba mostrando que, independente do uso do cigarro ser um fator agravante da doença e uma prática corporal de quase metade dos participantes, o tabagismo não é preponderante entre os usuários desta pesquisa.

6.7.1 Body Investment Scale (BIS)

A escala apresentou para os 24 itens um alfa de Cronbach de 0,84 que garante a confiabilidade do instrumento. Através da BIS foi possível perceber quais questões obtiveram menos investimento (pontuação = 1 ou Discordo totalmente) e quais mais investimento (pontuação = 5 ou Concordo Totalmente). Os resultados foram organizados na Tabela 5, onde é possível observar as pontuações mínimas e máximas, a média e o desvio padrão de cada item. Há também os mesmos valores agrupados por quatro aspectos: cuidado corporal (itens: 1, 4, 8, 12, 14, 19), proteção corporal (itens: 3, 7, 15, 18, 22, 24), toque corporal (itens: 2, 6, 9, 11, 20, 23) e imagem corporal (itens: 5, 10, 13, 16,17, 21).

Tabela 2 - Resultados *Body Investment Scale*

<i>n</i> ^o	Itens da Escala BIS	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Me</i>	<i>DP</i>
01	Acredito que cuidar do meu corpo irá melhorar o meu bem-estar	1	5	4,72	0,96
04	Dou atenção à minha aparência	1	5	3,64	1,56
08	Gosto de agradecer o meu corpo	1	5	4,44	1,14
12	Gosto de tomar banho	4	5	4,98	0,14
14	Na minha opinião, é muito importante cuidar do corpo	2	5	4,90	1,23
19	Uso regularmente produtos de cuidado corporal	1	5	4,24	1,23
<i>Cuidado Corporal</i>		2,17	5	4,48	0,63
02	Não gosto quando as pessoas me tocam (invertido)	1	5	3,34	1,63
06	Gosto do contato físico com as outras pessoas	1	5	3,86	1,51
09	Costumo manter distância da pessoa com quem estou a falar (invertido)	1	5	3,52	1,59
11	Me sinto desconfortável quando as pessoas se aproximam muito de mim fisicamente (invertido)	1	5	3,46	1,66
20	Gosto de tocar nas pessoas que estão próximas de mim	1	5	3,18	1,61
23	Pode me confortar ser abraçado/a por uma pessoa que me é próxima	1	5	4,74	0,89
<i>Toque Corporal</i>		1,17	5	3,68	1,00
03	Me faz sentir bem fazer algo perigoso (invertido)	1	5	4,64	1,00
07	Não tenho medo de participar em atividades perigosas (invertido)	1	5	4,04	1,53
15	Quando me machuco, trato imediatamente da ferida	2	5	4,80	0,63
18	Olho para ambos os lados antes de atravessar a rua	1	5	4,70	0,90
22	Às vezes, me machuco de propósito (invertido)	1	5	4,90	0,58
24	Me cuido sempre que sinto um sinal de doença	1	5	4,32	1,26
<i>Proteção Corporal</i>		2,17	5	4,56	0,62
05	Estou frustrado/a com a minha aparência física (invertido)	1	5	3,72	1,59
10	Estou satisfeito/a com a minha aparência	1	5	4,00	1,48
13	Odeio o meu corpo (invertido)	1	5	4,78	0,76
16	Me sinto confortável com o meu corpo	1	5	4,28	1,35
17	Tenho raiva do meu corpo (invertido)	1	5	4,78	0,81
21	Gosto da minha aparência, apesar das imperfeições	1	5	4,36	1,22
<i>Imagem Corporal</i>		1,17	5	4,32	0,89
<i>Body Investment Scale Total</i>		2,79	5	4,26	0,57

Fonte: Autoria própria. Dados gerados no SPSS.

Em cuidado corporal (Me=4,48; DP=0,63) percebe-se que as respostas variaram entre as pontuações quatro e cinco em todos os itens, menos no item “dou atenção à minha aparência” (Me=3,64). Revelando que os participantes realizam cuidados com o corpo após a amputação,

porém não possuem um investimento alto em relação à aparência física, enfatizando que esse é um período de cuidado e luto.

Já na categoria toque corporal (Me=3,68; DP=1,0), a média entre as pontuações foi menor (considerar os itens 2, 9 e 11 invertidos), expondo menos investimento por parte dos participantes em relação ao contato físico. Sendo o item “Pode me confortar ser abraçado/a por uma pessoa que me é próxima” (Me=4,74) o que teve maior pontuação, ressaltando a proximidade como fator relacionado ao toque. Cabe aqui sinalizar que os participantes dessa pesquisa são pessoas que são tocadas o tempo todo devido a internação e realização de procedimentos.

Em relação à proteção corporal (Me=4,56; DP=0,62), obteve-se a média mais próxima da pontuação máxima cinco (considerar os itens 3 e 7 invertidos), revelando fatores positivos protetivos dos pacientes na relação com o seu próprio corpo. Sendo possível também avaliar a prática de autolesão, através do item “Às vezes, me machuco de propósito (invertido)”, ao qual obteve a sua maioria de respostas discordantes da afirmação do item.

Quanto à categoria imagem corporal (Me=4,32; DP=0,89) foi possível perceber um investimento significativo dos participantes, ao qual resultou em uma pontuação próxima a cinco, porém o *score* foi menor que as categorias de cuidado corporal e proteção corporal. Aqui, é importante enfatizar, através dos itens “Odeio o meu corpo (invertido)” e “Tenho raiva do meu corpo (invertido)”, que sentimentos como raiva e ódio não estão tão presentes e que há uma aceitação do corpo apesar das imperfeições corporais reconhecidas.

De modo global, a escala BIS apresentou um investimento corporal alto (Me=4,26; DP=0,57), com uma média próxima ao maior valor da escala (pontuação 5 ou Concordo Totalmente) e um desvio padrão que define a amostra como homogênea. Os dados obtidos da escala tornaram possível avaliar quatro aspectos (cuidado corporal, toque corporal, proteção corporal e imagem corporal) relacionados ao corpo amputado dos participantes que corroboram significativamente com a discussão das representações sociais do corpo.

7 DISCUSSÃO

Esse estudo procurou compreender as representações sociais do corpo para pessoas com deficiência amputadas devido às doenças vasculares no HU/UFSC. Dessa forma, a partir de uma pesquisa qualitativa buscou-se identificar como a amputação repercute nas RS do corpo, bem como na imagem corporal e práticas corporais dos indivíduos acometidos por ela.

A discussão dos dados desse estudo será construída através de subdivisões com intuito de contemplar os objetivos propostos. Primeiramente, serão descritas as RS do corpo para as pessoas com deficiência amputadas participantes desta pesquisa. Em seguida será caracterizada a imagem corporal atrelada ao corpo amputado. E por fim, serão apresentadas as práticas corporais experienciadas pelos participantes.

Cabe aqui retomar que essa discussão parte da vivência majoritariamente de homens brancos de baixa escolaridade e renda, aposentados, católicos e casados.

7.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS LIGADAS AO CORPO AMPUTADO

O corpo amputado é objeto das representações sociais pois seus significados se desenvolvem por intermédio das relações sociais (JODELET, 2000). A RS do corpo amputado se constrói a partir dessas crenças, opiniões e atitudes que advém da vivência desse objeto para alguém (ABRIC, 2003). Os resultados dessa pesquisa permitiram perceber que as representações sociais do corpo amputado estão atreladas a aspectos de saúde e luto, sendo eles: dor, perda, normalidade, incapacidade física e dependência.

Os dados obtidos revelaram que a representação do corpo amputado muda conforme o nível de amputação e está atrelada principalmente a aspectos negativos. Onde, em níveis menores (dedo/s), a dor é a palavra que mais aparece entre os participantes. Torbjörnsson *et al* (2017) afirmam que a sensação de dor influencia significativamente a aceitação da amputação. Além disso, a partir dos estudos de Gabarra (2010), é possível afirmar que, por mais que a dor apareça ressaltada no discurso de sujeitos amputados em nível de dedo e coxa, ela está presente em praticamente todos os pacientes acometidos por doença vascular e que possuem alguma lesão. Essa dor é física e emocional, ela afeta cognitivamente e emocionalmente os indivíduos, e está atrelada a diversos fatores do contexto ao qual o sujeito está inserido, assim como Haddad e Benedetti (2004) identificam.

Junto com a dor, outro aspecto identificado nas respostas dos participantes é a falta pela perda da parte do corpo, sentimento que faz parte de um processo de luto que precisa ser

reconhecido e acolhido. O estudo de Seren e De Tilio (2014) reforça sobre a presença do luto por amputação e ressalta que além da perda do membro, o indivíduo também sofre perdas de função, papel e de significado que aquela parte possuía. Há uma alteração emocional significativa nas pessoas amputadas, a fala dos participantes traz sentimentos como: raiva, tristeza, irritação, decepção, frustração, desespero, medo, desânimo, insegurança e impaciência. Tais comportamentos e emoções, é identificada nos estudos de Gabarra (2010) com pessoas amputadas, seus resultados também incluíram a ansiedade, vergonha, autoimagem negativa e o isolamento social. Ao mesmo tempo, os sujeitos passam por um processo de conformidade, vivenciando aspectos positivos na recuperação e nas pequenas conquistas durante a retomada das práticas perdidas, assim como é percebido no estudo de Berri *et al* (2020). Gabarra (2010) ressalta também que o período da recuperação passa por uma oscilação de sentimentos, esperança e otimismo ao mesmo tempo que desesperança e tristeza, onde os participantes amputados em seu estudo citam dois tipos de cicatrizes, a do coto e a interna (emocional).

Ao questionar os participantes sobre a deficiência, foi possível, além das representações do corpo identificar os aspectos relacionados à representação da deficiência e de pessoas com deficiência. Essa representação parte das vivências dos sujeitos, refletindo aspectos internos e do contexto em que estes estão inseridos, sendo influenciada pela história da deficiência, do corpo e pelas normas impostas a esses corpos. Dessa forma, através dos resultados dessa pesquisa foi possível identificar que, ser pessoa com deficiência está atrelado a uma perda significativa, limitante e ao aspecto biomédico da deficiência. Morgado *et al* (2017) e Carvalho e Silva (2021) também encontraram a limitação em seus estudos das representações sociais da deficiência e das RS da sexualidade das pessoas com deficiência física. Parte-se de uma divisão quase que igualitária entre os participantes em relação a sua identificação como um indivíduo que possui deficiência, porém a maioria dos sujeitos amputados não se consideram PCD. Dessa forma, é interessante pensar que por mais que a amputação esteja atrelada à deficiência na história da humanidade, hoje, ela não necessariamente é condição para tal. Nesse sentido, foi possível perceber através desta pesquisa que níveis menores de amputação, como dedo/s (30 participantes), são alterações corporais que podem ser visivelmente ocultadas com vestimentas e implicam em poucas ou quase nenhuma limitação funcional e contribuem para a não identificação dos sujeitos com a deficiência.

A normalidade do corpo, enunciada através da palavra “normal” nos discursos dos participantes, demonstra que o significado da deficiência é atrelado ao modelo médico de uma lesão adquirida por uma doença. Dessa forma, pode-se relacionar que as representações do corpo com deficiência, assim como no estudo de Berri *et al* (2020), estão atreladas às

representações do corpo, e acabam por provocar no sujeito um questionamento entre o que seria um corpo normal e um corpo com deficiência, e sua aceitação ou não dessa nova representação adquirida. Além disso, relaciona-se com o luto de um corpo que perdeu uma parte somado ao processo de aceitação ou negação de uma nova condição (de pessoa com deficiência) socialmente afetada por atitudes negativas.

Assim como a velhice, a deficiência é marginalizada, ou seja, é posta à margem da sociedade (BEAUVOIR, 2018; PEREIRA, 2008), pois essa preza pela funcionalidade, agilidade e jovialidade. Por conta da amputação, os participantes demonstraram ocupar mais o espaço domiciliar do que os sociais, implicando também em um afastamento do convívio social principalmente pela dificuldade de acesso aos espaços e reinserção nos seus grupos após uma alteração corporal. Devido a essa dificuldade, segundo o art. 2º da lei nº13.146 (BRASIL, 2015), por existir um impedimento da participação igualitária do indivíduo na sociedade, existe uma condição para se reconhecer como pessoa com deficiência, mas mesmo assim 26 participantes não se identificam com o termo. Aqui, entende-se que a falta de reconhecimento se deve pelo fato de a representação social do corpo deficiente carregar significados além da norma/lei. Importante ressaltar que hoje há um posicionamento de inclusão social que visa a acessibilidade, pela adaptação da sociedade às pessoas com deficiência e não ao contrário como era até a década de 1990, ao qual buscava integração social adaptando a PCD à sociedade (MELLO; NUERNBERG; BLOCK, 2014). Porém, apesar de uma mudança no pensamento social, ao ouvir o relato dos participantes é possível perceber que ainda há muito a se fazer em questão de acessibilidade.

Estar além da norma implica em considerar o contexto social que os participantes estão inseridos, o qual, é afetado por religião, família, aspectos sociais, econômicos e culturais (PEREIRA, 2008). Para Justo, Camargo e Alves (2014), o corpo é um objeto que pode estar inserido em diferentes contextos e dessa forma permite que diversos elementos da RS possam ser ativados, principalmente quando relacionados a saúde e beleza. Na experiência desses corpos, perpassam também os pensamentos que derivam da vivência da amputação, sendo eles de incapacidade física e dependência, os quais também são identificados no estudo de MacKay *et al* (2022) e de Squeff *et al* (2021). Levando em consideração esses elementos, o indivíduo passa pelo processo de ancoragem, onde ele se depara com aquilo que é novo e estranho a ele, nesse caso o corpo amputado e o corpo deficiente, e os classifica a partir do seu repertório que advém do senso comum, nesse processo ele pode aceitar ou rejeitar esses objetos atrelando o conceito à imagem através da objetivação; e isso influencia nos seus comportamentos e relações sociais (MOSCOVICI, 2007). Importante ressaltar que por mais que sejam identificadas

características em comum entre os participantes, cada vivência é única e pode variar a depender de vários fatores, como citam Coutinho e Moura, (2004). Apesar da experiência ser única, apresentando aspectos da dimensão subjetiva, é importante ressaltar que ela se constrói na relação com outro para que seja possível significar essas experiências. Se, como dizem os participantes da pesquisa de Bonfim (2022), o corpo é tudo que se é, abre-se o questionamento: o que “fica” quando uma parte se vai? Por intermédio da fala dos participantes da presente pesquisa, pode-se afirmar que fica uma nova imagem, que carrega cicatrizes, aspectos de dependência física, alteração emocional e insegurança diante dessa nova representação do corpo.

7.2 AMPUTAÇÃO E IMAGEM CORPORAL

A imagem corporal está atrelada à representação do corpo, pois se constrói através da relação do sujeito com o seu contexto, sendo influenciada por padrões sociais e comparação entre pares (JODELET, 2000). Parte disso deriva do que o sujeito pensa em relação a como os outros percebem o corpo dele. Na pesquisa esse olhar, principalmente em nível de amputação de dedo, ficou relacionado a representações estéticas atreladas ao peso e a um estranhamento do corpo, onde a palavra “gordo” (6) e “diferente” (4) tiveram frequências altas. Interessante ressaltar as palavras “feio”, “magro” e “velho” que também apareceram, apesar de possuírem uma frequência menor, corroboram com aspectos relacionados à estética. Aspectos esses, que reforçam o distanciamento do corpo belo e o corpo amputado, principalmente em uma sociedade onde as cirurgias e procedimento estéticos visam uma perfeição idealizada do corpo. O estudo de Berri *et al* (2020) afirma que a preocupação estética das pessoas com deficiência adquirida (entre elas amputados) está atrelada ao contexto social e a visão do outro, já no âmbito individual aparecem mais aspectos de saúde; o que corrobora com os resultados dessa pesquisa.

Apesar da amputação ser uma alteração significativa do corpo e provocar uma transformação da imagem corporal, o investimento nesse aspecto dos participantes, avaliado através da escala BIS, foi significativamente alto. Poucos participantes (4) afirmaram possuir raiva e/ou odiar seu corpo e a maioria demonstrou por intermédio da escala estar satisfeito com a sua aparência apesar das imperfeições. Em relação a níveis maiores de amputação como coxa e canela, os participantes apresentaram olhares de julgamento dos grupos em que estão inseridos, afirmaram que seu corpo é visto como “doente” (3) e refletem no outro sentimento de “pena” (4), o que revela que alterações corporais maiores provocam percepções mais negativas por parte do outro, pois o corpo amputado não pertence a estrutura socialmente aceita

e compartilhada de um corpo belo e funcional. Em acordo, os estudos de Berri (2018) e Berri *et al* (2020), revelaram no olhar externo em relação a pessoas com deficiência, aspectos como: doença, fraqueza, incapacidade e pena.

Já nos indivíduos que possuem amputação em meio pé, o olhar das pessoas retoma a representação que o próprio sujeito tem si da normalidade, onde cabe ressaltar talvez uma dificuldade dos sujeitos de pensar a partir do outro, que se confirma na fala de um participante “devem pensar o mesmo que eu pensava que é uma desgraça (ser dependente)”. Além disso, muitos dos participantes (19) responderam que não sabiam ou não ligavam sobre o que as outras pessoas pensam sobre o seu corpo, o que corrobora e revela uma dificuldade dos participantes em expressarem um pensamento mais complexo em relação a sua imagem.

Entender a imagem corporal que o sujeito cria dele é importante para a compreensão das representações sociais, pois ela influencia e é influenciada pelas representações do corpo amputado e acaba por afetar a autoestima e aceitação dessa nova composição corporal, consequentemente também na vivência do corpo e suas práticas corporais.

7.3 AMPUTAÇÃO E PRÁTICAS CORPORAIS

Atreladas à imagem corporal, as práticas corporais são práticas que perpassam normas sociais tanto de beleza quanto de saúde (JUSTO; CAMARGO; ALVES, 2014; JUSTO; CAMARGO, 2013). Motivadas por aspectos do sujeito, porém influenciada pelo contexto social em que ele está inserido, as práticas corporais relacionam-se à representação do corpo. As práticas identificadas neste estudo estão mais voltadas para a saúde, em decorrência da amputação, já que ela consiste em um procedimento cirúrgico voltado para o tratamento de uma doença. Ainda assim, por mais que o foco seja em cuidados de saúde, a amputação carrega por consequência alterações na forma do corpo que contrapõe padrões estéticos hegemônicos.

Através desta pesquisa foi possível identificar três aspectos relacionados às práticas corporais, por intermédio da escala BIS, sendo eles: cuidado, proteção e toque corporal. Em relação ao cuidado corporal, os participantes apresentaram maior investimento em realizar práticas de higiene e em acreditar ser importante o cuidado com o corpo, porém possuem pouco investimento nos itens relacionados em dar atenção à aparência. Levando em consideração que a maioria dos participantes da pesquisa é idoso, é possível questionar se há espaço para a aparência já que ela é ligada a indústria da beleza que preza pela jovialidade e integridade do corpo. Nesse sentido, Justo, Camargo e Alves (2014) afirmam que há uma diferença geracional, atrelada à importância dada à estética, onde as representações do corpo para os jovens estão

mais atreladas ao contexto de beleza do que para os mais velhos. Os resultados referentes aos cuidados de saúde antes e pós amputação corroboram com os achados da escala, pois, por conta da doença, as práticas após a cirurgia estão mais voltadas para a saúde (consultas médica, fazer uso da medicação seguindo a prescrição médica, cuidar da alimentação, atividades físicas e higiene básica) para que não seja preciso uma nova amputação. Em conformidade, Silveira, Camargo e Giacomozzi (2021) referem, em seu estudo das RS do corpo idoso, que as práticas corporais estão atreladas a comportamentos que buscam a prevenção de novas doenças. Apenas 30 participantes realizavam cuidados em saúde antes da amputação, revelando uma relação com o autocuidado que perpassa aquilo que eles referem como “relaxamento” e fatores de risco (cigarro, excesso de trabalho e álcool), ressaltando novamente que o adoecimento é marco para mudança de práticas corporais. Cabe ressaltar que o tabagismo é uma prática significativa para esta pesquisa, pois às doenças vasculares são agravadas por esse comportamento. Tal uso aparece em quase metade dos participantes e por mais que apenas quatro indivíduos permaneçam fumando, essa é uma prática difícil de ser interrompida em prol dos cuidados em saúde, pois está ligada ao prazer, distração, alívio do estresse e demais hábitos, e é implicada por fatores sociais e biológicos (SOUZA; MATTOS, 2012). Percebe-se também uma redução da atividade física que, por mais que seja uma prática de interesse dos participantes, é limitada pela recuperação pós cirúrgica.

Além do cuidado, foi possível avaliar práticas de proteção corporal, a escala BIS revelou comportamentos saudáveis e protetivos entre a maioria dos participantes. Porém, como cita Gabarra (2010), algumas pessoas amputadas podem desenvolver distúrbios de autoimagem e acabar por evitar contato visual e negligenciar práticas de autocuidado e proteção com o coto, tornando importante avaliação desse aspecto. Acredita-se que o adoecimento e o risco da necessidade de nova amputação influenciam nas práticas relacionadas à proteção, principalmente nos itens de saúde, aparecendo também na fala dos participantes que não se preocupavam ou “ligavam” para a saúde antes. Nesse sentido, percebe-se que este item está atrelado aos de cuidados corporais, assim como Gouveia *et al* (2008) afirmam, onde a proteção corporal aparece como mais uma forma de avaliar práticas de cuidado com o corpo, sendo assim, os autores questionam até mesmo a necessidade desses aspectos estarem separados na escala. Demais aspectos relacionados a atividades perigosas, em que apresentaram pouco investimento, podem possuir influência daquilo que se quer mostrar para o outro, pois realizar tais práticas não vai ao encontro com aquilo que é aceito socialmente. Além disso, a experiência da pesquisadora em atendimento a esses pacientes revela a existência de práticas não protetivas de autolesão por parte de pacientes que possuem muita dor. Nesse sentido, Vieira *et al* (2020)

avaliaram em seu estudo a relação dos itens de proteção corporal na escala BIS e desregulação emocional, ressaltando que participantes que apresentavam autolesão ou ideação suicida tiveram menos investimento nesses itens, bem como nos aspectos de imagem e toque corporal.

Por fim, o toque corporal foi a categoria que apresentou menor investimento corporal, a escala BIS revelou que o contato através do toque é mais aceito e praticado a depender da proximidade entre as pessoas. Cabe ressaltar que a maioria dos participantes são homens (33) idosos, ou seja, podem carregar aspectos da masculinidade em relação a proximidade e demonstração de afeto que não são estimuladas e que, segundo Sousa *et al* (2021) implicam em práticas que negligenciam vários aspectos relacionados também aos cuidados em saúde. Além disso, é possível que a resistência ao toque tenha se desenvolvido por todas as invasões de privacidade do corpo necessárias ao cuidado de saúde hospitalar, onde esse corpo é exposto e tocado a todo momento por pessoas não próximas. Bem como, podem estar atreladas a dependência, onde os toques de cuidadores reforçam as limitações e falta de autonomia do indivíduo, podendo até gerar conflitos familiares como é descrito por Berri (2018).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa teve como objetivo compreender as representações sociais do corpo para pessoas com deficiência amputadas devido às doenças vasculares no HU/UFSC. Os resultados em relação às RS do corpo amputado apresentaram aspectos semelhantes aos das RS do corpo de pessoas sem amputação identificadas por estudos anteriores e que perpassam perspectivas de saúde e estética. As representações do corpo amputado/deficiente, a imagem corporal e as práticas corporais neste estudo permearam majoritariamente aspectos de saúde e luto, porém ainda assim surgiram percepções estéticas atreladas ao peso e ao estranhamento do corpo.

Ao utilizar o IRAMUTEQ para a análise, não foram encontradas relações significativas entre o conteúdo das representações em relação a gênero, idade e se considera PCD ou não; esses aspectos foram considerados por levar em conta que as representações do corpo podem diferir entre homens e mulheres, bem como em etapas do ciclo vital e pertencimento grupal. A associação mais significativa foi em relação ao nível de amputação que influenciou significativamente nas representações do corpo amputado e na imagem corporal dos indivíduos que responderam o questionário. Em relação às práticas corporais foi percebido uma mudança significativa após o adoecimento e a amputação em praticamente todos os participantes, o que ampliou e intensificou as práticas de cuidado em saúde. Os aspectos de cuidado, proteção e toque corporal na escala BIS tornaram possíveis criar uma relação entre a escala e a fala dos participantes em relação aos cuidados em saúde; ao mesmo tempo que se avaliou o investimento (maior em proteção corporal) dos participantes em relação a esses aspectos. Dados esses significativos para entender os comportamentos privados e sociais das pessoas amputadas e que estão intrinsecamente ligados à imagem corporal e as representações do corpo amputado/deficiente. Além disso, ressalta-se a importância do contexto em que os participantes estão inseridos, ao qual nesta pesquisa possui ênfase na saúde devido a alteração corporal advir de um adoecimento e procedimento cirúrgico, e que acaba por influenciar o olhar e a vivência dos corpos. Entendendo que o contexto pode ativar diferentes aspectos da representação do corpo (JUSTO; CAMARGO; ALVES, 2014) e que essa pesquisa teve majoritariamente seu foco na saúde, faz-se importante novos estudos que possam analisar o corpo amputado/deficiente também no contexto da estética e possivelmente realizar uma comparação entre diferentes contextos.

Cabe ressaltar que esse estudo possui limitações, sendo o número de participantes pequeno em relação a população almejada. Há também uma divisão não igualitária em relação ao nível de amputação, ao qual poderia ser distribuída proporcionalmente acarretando em

melhores percepções principalmente em participantes com amputação abaixo do joelho/canela, que contou apenas com três indivíduos. Ainda assim, possuindo em vista o estudo das RS, propõe-se que em novas pesquisas sejam utilizadas entrevistas abertas para que seja possível fazer uso da Classificação Hierárquica Descendente, que proporciona resultados ricos aos estudos das representações e não foi possível utilizar nesta pesquisa devido a composição dos *corpus*.

Com o intuito de devolver o conhecimento obtido aos participantes, os resultados serão enviados a eles no formato de um infográfico, que permite transmitir de maneira mais clara informações através de texto, gráficos, imagens e/ou ícones. Dessa forma, possibilita-se ao sujeito a reflexão e compreensão de aspectos da vida social, podendo gerar novos comportamentos e posicionamentos nas suas relações sociais (JODELET, 2001).

Tendo em vista que essa pesquisa é fruto de um trabalho de conclusão da residência multiprofissional em saúde, cabe ressaltar a importância de pesquisas que busquem compreender as representações sociais do corpo, ao qual é objeto foco da atenção hospitalar, por intermédio de quem experiencia esse corpo e proporciona nos conteúdos do senso comum aspectos importantes a serem considerados para uma prática profissional especializada.

Por fim, busca-se com esse estudo que os resultados aqui encontrados contribuam para novas pesquisas em representações sociais em relação à temática. É frequente e crescente o número de pessoas com doenças vasculares que precisam ser amputadas, dessa forma torna-se extremamente necessário repensar as práticas sociais e de saúde, pois a compreensão do conhecimento social pode influenciar políticas de saúde, rever procedimentos de atenção à saúde ou educação, entre outras práticas. Almeja-se também que essa pesquisa possa propor reflexões e visibilidade acerca do corpo amputado e deficiente, pelas representações de quem vivencia esse corpo.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean Claude. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, Pedro Humberto Faria; LOUREIRO, Marcos Corrêa da Silva (org). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003.
- AGUIAR, Silvia Gomes; RONZANI, Telmo Mota. Psicologia social e saúde coletiva: reconstruindo identidades. Juiz de Fora: **Psicologia em Pesquisa**, v.1, n.2, jul-dez, 2007.
- ANDRADE, Sandra dos Santos. Saúde e beleza do corpo feminino: algumas representações no Brasil do século XX. Porto Alegre: **Movimento**, v. 9, n. 1, p. 119-143, jan./abr., 2003.
- ANDRIEU, Bernard. **Le dictionnaire du corps em sciences humaines e sociales**. Paris: CNRS Editions, 2006.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARROS, Daniela Dias. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. Rio de Janeiro: **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v.12, n.2, mai-ago, 2005.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. 3ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.
- BERRI, Bruna. **O corpo para pessoas com deficiência física: mídias e Representações Sociais**. 2018, 132 f. Dissertação de Mestrado em Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- BERRI, Bruna; BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva; SILVA, Jean Paulo da; GIACOMOZZI, Andréia Isabel. As representações sociais do corpo para pessoas com deficiência física adquirida. Uruguay: **Ciencias Psicológicas**, v.14, n.2, 2020.
- BONFIM, Rosimara Moraes. **O corpo como território: percepções de amputados de membros inferiores**. 2022, 101p. Dissertação de Mestrado em Gestão Integrada do Território - UNIVALE – Universidade do Vale do Rio Doce, Governador Valadares.
- BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasil: Secretaria Geral, [2015]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 20 de dez. 2022.
- CAMARGO, Brigido Vizeu. A televisão como vetor de difusão de informações sobre a AIDS. In: COUTINHO, M. L. P.; LIMA, A. S.; FORTUNATO, M. L.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Representações sociais: Abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.
- CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. Ribeirão Preto: **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, 2013.
- CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ**. Florianópolis: LACCOS, 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M.; JODELET, D. Normas, Representações Sociais e Práticas Corporais. San Luis: **Revista Interamericana de Psicología**, v.44, n.3, p.456-464, 2010.

CAMARGO, Brigido Vizeu; GOETZ, Everley Rosane; BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva; JUSTO, Ana Maria. Representações sociais do corpo: estética e saúde. São Paulo: **Temas em Psicologia**, v.19, n.1, p.257-268, 2011.

CARVALHO, Alana Nagai Lins de; SILVA, Joilson Pereira da. Sexualidade das pessoas com deficiência física: uma análise à luz da teoria das Representações Sociais. Bauru: **Rev. Bras. Ed. Esp.**, v.27, p.529-544, 2021.

CASTRO, Paula. Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. Lisboa: **Análise Social**, v.37, n.164, 2002.

COUTINHO, Márcia I. S. T.; MOURA, Rosalina de J. Aspectos psicológicos relacionados à reabilitação do paciente com amputação. In: PEDRINELLI, André. **Tratamento do paciente com amputação**. São Paulo: Roca, 2004.

DAMICO, José Geraldo Soares; MEYER, Dagmar Estermann. O corpo como marcador social: Saúde, beleza e valorização de cuidados corporais de jovens mulheres. Brasília: **Revista Brasileira de ciências do esporte**, v.27, n.3, p.103-118, 2006.

GABARRA, Letícia Macedo. **Estados emocionais, formas de enfrentamento, rede de apoio e adaptação psicossocial em pacientes amputados**. 2010. 226 p. Tese de Doutorado em Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GALVÁN, Gabriela Bruno; AMIRALIAN, Maria Lúcia Toledo Moraes. Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v.23, n.3, jul-set, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2021.

GOUVEIA, Valdiney V.; SANTOS, Carlos Antonio Santos; GOUVEIA, Rildésia S. V.; SANTOS, Walberto S.; PRONK, Sandra L. Escala de investimento corporal (BIS): evidências de sua validade fatorial e consistência interna. Campinas: **Avaliação Psicológica**, v.7, n.1, 2008.

GUTZ, Luiza Gutz; CAMARGO, Brigido Vizeu. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. Rio de Janeiro: **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.16, n.4, 2013.

HADDAD, Elaine Scaff; BENEDETTI, Maria Inês Lima. Dor no paciente com amputação. In: PEDRINELLI, André. **Tratamento do paciente com amputação**. São Paulo: Roca, 2004.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

IVANOVICH, Ana Carolina Friggi; GESSER, Marivete. Deficiência e capacitismo: correção dos corpos e produção de sujeitos (a)políticos. Barcelona: **Quaderns de Psicologia**, v.22, n.3, 2020.

JODELET, Denise. Le corps, la persone et autrui. In: MOSCOVICI, S. (ed.). **Psychologie sociale dès relations à autrui**. Paris: Nathan, p. 41-68, 2000.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

JODELET, Denise. **Representações sociais e mundos de vida**. Curitiba: PUCPress, 2017.

JUSTO, Ana Maria. **Representações sociais sobre o corpo e implicações do contexto de inserção desse objeto**. 2011, 159p. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

JUSTO, Ana Maria; CAMARGO, Brigido Vizeu. Corpo e cognições sociais. Lima: **LIBERABIT**, v.19, n.1, p.21-32, 2013.

JUSTO, Ana Maria; CAMARGO, Brigido Vizeu; ALVES, Catarina Durante Bergue. Os Efeitos de Contexto nas Representações Sociais sobre o Corpo. Brasília: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, jul-set, v.30, n.3, p.287-297, 2014.

LIMA, Claudia Feio da Maia; RIVEMALES, Maria da Conceição Costa. Corpo e envelhecimento: uma reflexão. Porto Alegre: **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v.18, n.1, p.153-166, 2013.

LUCCIA, Nelson De. **Amputação e reconstrução nas doenças vasculares e no pé diabético**. São Paulo: Revinter, 2005.

LUCCIA, Nelson de; GUIMARÃES, Jorge Salles; GOFFI, Fábio Schmidt. Amputações de Membros. In: GOFFI, Fábio Schmidt (coord.). **Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia**. 4ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

MACKAY, Crystal; CIMINO, Stephanie R.; GUILCHER, Sara J. T.; MAYO, Amanda L.; DEVLIN, Michael; DILKAS, Steven; PAYNE, Michael W., VIANA, Ricardo; HITZIG, Sander L. A qualitative study exploring individuals' experiences living with dysvascular lower limb amputation. Inglaterra: **Disability and Rehabilitation**, mai, v.44, n.10, p.1812-1820, 2022.

MAFFEI, Francisco Humberto de Abreu; LASTÓRIA, Sidnei; YOSHIDA, Winston Bonetti, ROLLO, Hamilton A.; BERTANHA, Matheus. Diagnóstico Clínico das Doenças Arteriais Periféricas. In: MAFFEI, Francisco Humberto de Abreu (org.). **Doenças Vasculares Periféricas**. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MCGINIGLE, Katharine L.; MINC, Samantha D. Disparities in amputation in patients with peripheral arterial disease. EUA: **Surgery**, v.169, n.6, jun., 2021.

MELLO, Anahi Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique; BLOCK, Pamela. Não é o corpo que nos discapacita, mas sim a sociedade: a interdisciplinaridade e o surgimento dos estudos sobre deficiência no Brasil e no mundo. In: SCHIMANSKI, Edina; CAVALCANTE,

Fátima Gonçalves (Orgs.). **Pesquisa e extensão: experiências e perspectivas** interdisciplinares. Ponta Grossa: Editora UEPG, p. 91-118, 2014.

MORGADO, Fabiane Frota da Rocha; CASTRO, Marcela Rodrigues de; FERREIRA, Maria Elisa Caputo; OLIVEIRA, Aldair José de; PEREIRA, Jéssica Gouvêa Pereira; SANTOS, José Henrique dos. Representações sociais sobre a deficiência: perspectivas de alunos de Educação Física Escolar. Bauru: **Revista Brasileira de Educação Especial**, jun, 2017.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 5ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NAGASHIMA, Olga F. Aspectos sociais do paciente com amputação. In: PEDRINELLI, André. **Tratamento do paciente com amputação**. São Paulo: Roca, 2004.

PEDRINELLI, André; TEIXEIRA, William Gemio Jacobsen. Princípios gerais na cirurgia de amputação. In: PEDRINELLI, André. **Tratamento do paciente com amputação**. São Paulo: Roca, 2004.

PEREIRA, Ray. **Anatomia da diferença: normalidade, deficiência e outras invenções**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

REIS, Paulo Eduardo Ocke; ROEVER, Leonardo; REIS, Irlandia Figueira Ocke. Etiopatogenia da doença arterial: etiopatogenia e evolução da doença aterosclerótica. In: BRITO, Carlos José de; MURILO, Rossi; LOUREIRO, Eduardo. **Cirurgia Vasculare: Cirurgia Endovascular – Angiologia**. 4ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2020.

SCATOLIN, Henrique Guilherme. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. São Paulo: **Psicologia Revista**, v.21, n.1, 2012.

SCHILDER, Paul. **L'Image du Corps: étude des forces constructives de la psyché**. Tradução: François Gantheret e Paule Truffert. Paris: Gallimard, 1968.

SECCHI, Kenny; CAMARGO, Brigido Vizeu; BERTOLDO, Raquel Bohn. Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. Brasília: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.2, abr-jun, 2009.

SEREN, Renata; DE TILIO, Rafael. As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. São Paulo: **Revista da SPAGESP**, v.15, n.1, p. 64-78, 2014.

SILVEIRA, Anderson da; CAMARGO, Brigido Vizeu; GIACOMOZZI, Andreia. Social Representations of the Body and Bodily Care Practices of Older Adults. Bragança Paulista: **Psico-USF**, v.26, n.2, p.279-290, abr./jun., 2021.

Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculare [SBACVSP]. Doenças Vasculares: Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP). **SBACVSP**. Disponível em: <<https://sbacvsp.com.br/doenca-arterial-obstrutiva-periferica/>>. Acesso em: 20 de dez de 2022.

SOUSA, Tamires Jesus; SOARES, Tatiane Melo; ROSARIO, Clivesson Rodrigues do; ROSA, Darci de Oliveira Santa; DAVID, Rose Ana Rios; BRITO, Helen do Espírito Santo de. Aspectos da masculinidade como impeditivo do autocuidado na saúde do homem. Osasco: **Saúde Coletiva**, v.11, n.65, 2021.

SOUZA, Telma de Almeida Souza; MATTOS, Flávio de Freitas. Representação social de adultos sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde: estudo realizado em comunidade rural - MG. Belo Horizonte: **Arq. Odontol.**, v.48, n.3, p. 159-165, jul/set, 2012.

SQUEFF, Emily R.; SALENGUE, Maria Clara; CUNHA, Myriam S. da; MARTINEZ, Vivian L.da Silva. Chorei por ter despedaçado: experiência de (viver) a amputação de membro. Ayvu: **Revista de Psicologia**, v. 08, 2021.

TORBJÖRNSSON, Eva; OTTOSSON, Carin; BLOMGREN, Lena; BOSTRÖM, Lennart; FAGERDAHL, Ann-Mari. The patient's experience of amputation due to peripheral arterial disease. EUA: **Journal of Vascular Nursing**, v.35, n.2, jun, 2017.

VIEIRA, Ana Isabel; FERNANDES, Joana; MACHADO, Paulo P. P.; GONÇALVES, Sónia. The Portuguese version of the body investment scale: psychometric properties and relationships with disordered eating and emotion dysregulation. California: **Journal of Eating Disorders**, v.8, n.24, 2020.

WACHELKE, João Fernando Rech; CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. San Luis: **Revista Interamericana de Psicologia**, v.41, n.3, 2007.

APÊNDICE A - Questionário
QUESTIONÁRIO

Este questionário é parte de uma pesquisa de Trabalho de Conclusão de Residência que o Hospital Universitário da UFSC está realizando, sobre o olhar da pessoa com deficiência amputada sobre o seu corpo. Dessa forma, peço a sua contribuição para responder esse questionário. **Sua participação é voluntária e anônima, não escreva seu nome nas folhas.** Não existem respostas certas ou erradas, por isso contamos com a sua sinceridade em responder às questões. Se tiver alguma dúvida ou desejar mais informações solicite ajuda para quem lhe apresentou o questionário.

1. Gênero:

Feminino Masculino Não-binário Outro: _____

2. Idade: _____**3. Cor ou Raça/Etnia autodeclarada:**

Branca Preta Parda Amarela Indígena

4. Escolaridade:

até ensino fundamental ensino médio ensino superior ou mais.

5. Ocupação (trabalho): _____**6. Estado civil:**

Solteiro/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viúvo/a

7. Renda familiar em salário mínimo (sm = R\$ 1302,00):

menos que 1 sm de 1 a 4 sm de 5 a 7 sm mais que 7 sm

8. Tem filhos?

Sim. Quantos? _____ Não

9. Indique, por favor, a sua religião:

Católica Protestante Metodista Presbiteriana Espírita Umbandista

Outra religião _____

Sem religião

10. Você se considera uma pessoa com deficiência?

Sim Não

Por que? _____

11. Você possui rede de apoio? (considerar suporte emocional e prático)

Sim, constituído por:

família amigos trabalho comunidade equipe de saúde
 Não

12. Você sabe o nome da sua doença (diagnóstico)?

Sim. Qual? _____ Não.

13. Há quanto tempo descobriu a doença?

menos de 1 mês 1 mês a 6 meses 6 meses a 1 ano mais de 1 ano

14. Há quanto tempo (dias, meses ou anos) fez a sua última amputação?

menos de 1 mês 1 mês a 6 meses 6 meses a 1 ano mais de 1 ano

15. Quantas amputações possui?

1 2 3 4 ou mais

16. Qual o nível da sua última amputação?

dedo/s metade do pé todo o pé abaixo joelho/canela coxa quadril

17. Você fuma ou já foi fumante?

Sim. Há quanto tempo: _____

Já fumei. Por quantos anos: _____

Quando parou e por qual motivo?

Não, nunca fumei.

18. Quais são as cinco primeiras palavras que você pensa quando escuta CORPO AMPUTADO?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

19. Dentre as cinco palavras que você respondeu antes, escolha as duas que considera mais importante:

1. _____

2. _____

20. Por que você escolheu estas duas palavras como as mais importantes?

21. Pontue em uma escala de 1 a 5, sendo 1 - discordo completamente e 5 - concordo completamente para as afirmações abaixo:

	1	2	3	4	5
1. Acredito que cuidar do meu corpo irá melhorar o meu bem-estar					
2. Não gosto quando as pessoas me tocam					
3. Me faz sentir bem fazer algo perigoso					
4. Dou atenção à minha aparência					
5. Estou frustrado/a com a minha aparência física					
6. Gosto do contato físico com as outras pessoas					
7. Não tenho medo de participar em atividades perigosas					
8. Gosto de agradar o meu corpo					
9. Costumo manter distância da pessoa com quem estou a falar					
10. Estou satisfeito/a com a minha aparência					
11. Me sinto desconfortável quando as pessoas se aproximam muito de mim fisicamente					
12. Gosto de tomar banho					
13. Odeio o meu corpo					
14. Na minha opinião, é muito importante cuidar do corpo					
15. Quando me machuco, trato imediatamente da ferida					
16. Me sinto confortável com o meu corpo					
17. Tenho raiva do meu corpo					
18. Olho para ambos os lados antes de atravessar a rua					
19. Uso regularmente produtos de cuidado corporal					
20. Gosto de tocar nas pessoas que estão próximas de mim					
21. Gosto da minha aparência, apesar das imperfeições					
22. Às vezes, me machuco de propósito					
23. Pode me confortar ser abraçado/a por uma pessoa que me é próxima					
24. Me cuido sempre que sinto um sinal de doença					

22. Como você acha que as outras pessoas veem o seu corpo?

23. Quais as atividades que você tem conseguido realizar de modo independente:

- se locomover dentro de casa
 banho cozinhar limpar a casa
- se locomover fora de casa
 andar pela rua perto de casa ir às compras ir ao banco
 sair para eventos, casa de amigos, casa de parentes, igreja

24. O que você pensa sobre o seu corpo quando está realizando ou não consegue realizar as atividades selecionadas acima?

25. Você costumava cuidar da sua saúde antes da amputação?

- Sim Não Se sim, como? Se não, por quê?

26. Você está cuidando da sua saúde depois da amputação?

- Sim Não Se sim, como? Se não, por quê?

27. Você toma seus remédios regularmente?

- Sim Não

28. Você pratica atividades físicas ou fisioterapia?

- Não. Raramente. 1 ou 2 vezes na semana. 3 ou mais vezes na semana.

29. Você gostaria de dizer algo que ache importante sobre a sua vivência de ter o corpo amputado, que não foi mencionado ao longo do questionário?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO****TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo à participar da pesquisa **“AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AMPUTADAS DEVIDO ÀS DOENÇAS VASCULARES NO HU/UFSC”**, sob responsabilidade da pesquisadora Djulye Andréia Faustino, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Justo, tendo por objetivo compreender as representações sociais do corpo para pessoas com deficiência amputadas devido às doenças vasculares atendidas no HU/UFSC. Essa pesquisa é importante, pois com ela será possível contribuir para o desenvolvimento científico e para a elaboração de futuras práticas em saúde que possam melhorar a qualidade de vida dos usuários do SUS. Para realização desta pesquisa, o participante responderá um questionário. Esse questionário terá duração aproximada de 30 minutos e ocorrerá em local apropriado para sua realização. **A participação é voluntária e anônima.** Caso o participante aceite fazer parte da pesquisa, solicita-se permissão para utilizar as respostas contidas no questionário após preenchimento. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos todo e qualquer tipo de documento que possa vir a identificar o participante, não restando nada que venha a comprometer o anonimato do participante agora ou futuramente. Com intuito de zelar pela confidencialidade dos dados e privacidade dos participantes, essa pesquisa atende as normas do Conselho Nacional de Saúde, através da CNS 466/2012 que trata sobre pesquisa e testes em seres humanos. Quanto aos riscos implícitos nesta pesquisa, ressalta-se que ela pode provocar conteúdos emocionais, percepções e vivências relacionados à temática do questionário, bem como aspectos físicos, como cansaço, derivados do tempo disposto à coleta de dados. Além disso, ressalta-se que há possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo mesmo que

involuntária e não intencional, ao qual pode acarretar em consequências na vida pessoal e profissional dos participantes. Diante disso, salienta-se que todos os dados serão tratados com caráter científico e sem a identificação dos pacientes, como medidas de proteção aos envolvidos. Pelo caráter interacional da pesquisa, caso os participantes se sintam desconfortáveis durante a coleta de dados poderão desistir a qualquer momento, sem implicação de ônus ou bônus. Caso, durante a coleta de dados a pesquisadora identifique que o participante apresente sofrimento psíquico decorrente da temática trabalhada o mesmo receberá acolhimento e suporte emocional pela pesquisadora, visto que é graduada em Psicologia e possui inscrição ativa no Conselho Regional de Psicologia (CRP 12/21960). Caso seja necessário dar continuidade ao atendimento, será oferecido ao participante a possibilidade de acompanhamento psicológico com as pesquisadoras. Além disso, cabe ressaltar que caso a pesquisadora perceba a necessidade de atendimento com o Serviço Social, os participantes serão atendidos ambulatorialmente pelos profissionais do HU/UFSC. Sendo necessário também acompanhamento com a Psiquiatria, os participantes serão encaminhados para rede pública de atenção em saúde, visto que o HU/UFSC oferece atendimento ambulatorial da Psiquiatria apenas a pacientes com dependência química e não realiza parecer para pacientes após alta hospitalar. O participante terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para o participante ou para seu tratamento; a segurança de que caso haja algum dano ao participante, será garantido indenização (de acordo com os itens IV.3.h e IV.4.c da res. 466/12 e art. 9o., inc. VII, art. 10o. e art. 19o., par. 2o. da res. 510/16) pelos pesquisadores; bem como ressarcimento de gastos que venham a ocorrer, como alimentação ou transporte, decorrentes da sua participação; o direito de livre acesso à informações desta pesquisa. Havendo gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pela pesquisadora. Caso queira saber sobre o andamento da pesquisa, o participante poderá entrar em contato por meio dos e-mails: djulyefaustino@gmail.com e justoanamarca@gmail.com, ou comparecer aos locais: R. Profa. Maria Flora Pausewang, s/n, 4º andar, Sala da Psicologia - Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.036-800 - Telefone: 48 3721-8080 e R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n - LACCOS - CFH - Departamento de Psicologia, Bloco E - 5º andar - Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88040-900 - Telefone: 48 3721-9067. Maiores dúvidas, ou esclarecimentos favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC). Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo,

consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).

Este documento foi redigido em duas vias, as quais serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, pelo convidado ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável.

Florianópolis, ___ / ___ /2023

Assinatura do Participante ou Representante legal

Gostaria de deixar o seu e-mail ou WhatsApp para receber um documento com os resultados da pesquisa?

Sim, tenho interesse. E-mail/WhatsApp do Participante: _____

Não tenho interesse.

Assinatura do Responsável da Pesquisa
