

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM  
SAÚDE E ENFERMAGEM**

**ANA MARIA FERNANDES BORGES MARQUES**

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM  
AMPUTAÇÃO: ANÁLISE BIOPOLÍTICA**

**FLORIANÓPOLIS  
2017**



**ANA MARIA FERNANDES BORGES MARQUES**

**POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM  
AMPUTAÇÃO: ANÁLISE BIOPOLÍTICA**

Tese elaborada com a finalidade de avaliação em banca de defesa do curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Área de Concentração:** Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem

**Linha de Pesquisa:** Trabalho em Saúde e Enfermagem

**Orientadora:** Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

**Coorientadora:** Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider

**FLORIANÓPOLIS  
2017**

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

Marques, Ana Maria Fernandes Borges  
Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa com Amputação  
: análise biopolítica / Ana Maria Fernandes Borges  
Marques ; orientador, Mara Ambrosina de Oliveira  
Vargas, coorientador, Dulcinéia Ghizoni Schneider,  
2017.  
198 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3.  
Pessoas com Deficiência. 4. Amputação. 5.  
Enfermagem. I. Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira .  
II. Schneider, Dulcinéia Ghizoni . III.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

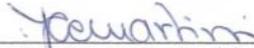
ANA MARIA FERNANDES BORGES MARQUES

POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM  
AMPUTAÇÃO: ANÁLISE BIOPOLÍTICA

Esta Tese, sob a orientação da Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

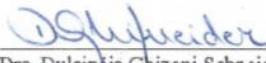
DOUTORA EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua versão final em 14 de dezembro de 2017, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

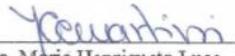


Dra. Jussara Gu e Martini  
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



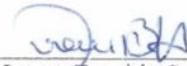
Dra. Dulcinea Ghizoni Schneider  
Coorientadora e Presidente



Dra. Maria Henriqueta Luce  
Kruse  
Membro (Videoconferência)



Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Santos  
Membro



Dra. Ivonete Terezinha Schuller  
Buss Heideman  
Membro



*Às pessoas com deficiência  
que ao longo da minha trajetória  
acadêmica  
foram fonte de pesquisa e inspiração,  
mostrando-me por diferentes olhares  
os diversos modos de se expressar e  
delimitar  
na sociedade.*

*Aos meus filhos,  
Manuela e João Miguel,  
tudo é por vocês e para vocês!*



## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por todas as bênçãos alcançadas até aqui.  
E em oração, renovo minhas forças, e confio a ti minha vida, a fim de  
um bem maior.*

*Ao Mateus, meu companheiro, meu amigo, meu amor!  
Obrigada por todo o apoio desde o início, pelas palavras de incentivo,  
pelo carinho, atenção. A você todo meu amor, carinho e admiração,  
amo-te!*

*Aos meus filhos, **Manuela e João Miguel**, meus presentes enviados por  
Deus!*

*Queridos filhos, nada nesse mundo faria tanto sentido sem vocês ao  
meu lado. Vocês são meu combustível, minha força para buscar até  
mesmo o impossível. Perdoem-me pelos momentos de ausência, mas  
quero que saibam, tudo é por vocês e para vocês!  
Mamãe os ama infinitamente!*

*Aos meus pais, **Adão e Maria Aparecida**, meus primeiros professores,  
meus amigos, aqueles que sempre estão de braços abertos a me  
esperar!*

*Que sorte a minha ser escolhida para ser filha de vocês!  
Mãe, muito obrigada por tudo que fazes por mim e para os meus filhos.  
Serei eternamente grata por toda a sua dedicação para eu obter essa  
conquista. Eu te amo!*

*Aos meus sogros, **Gilberto e Laura**, obrigada por me acolherem como  
filha e estarem sempre dispostos a me ajudar nos momentos em que mais  
precisei!*

*Laura, minha mãe sogra, mulher guerreira de coração enorme,  
obrigada pelas conversas, conselhos e todo apoio nessa jornada!*

*Ao meu irmão **João Paulo** e toda **minha família**, agradeço o carinho  
constante, que mesmo longe, mantêm-se perto em pensamento! Vocês  
são inspiração ao mundo, cada um à sua maneira, com dom especial  
para ajudar ao próximo!*

*Aos **meus amigos**, aqui destaco os “Amigos da Turma”, obrigada por  
cada momento de descontração que muito contribuiu para o meu bem-  
estar! Vocês são especiais!*

Ao “**Just Nice Girls**”, pelos encontros mensais, não tão mensais, mas que me permitiu desligar um pouco das coisas e apenas brindar a amizade.

Obrigada meninas por todo carinho!

Aos **amigos da graduação e pós-graduação**, pelas palavras de incentivo, pelo carinho, pelas trocas de conhecimento, muito bom ter vocês por perto!

A **Universidade Federal de Santa Catarina** por fornecer suporte para a construção desse estudo.

Orgulho-me de ser “filha” desta “casa”!

Ao **CPNq** pela possibilidade do auxílio financeiro.

Aos **Professores** do Programa de Graduação em Enfermagem e do Curso de Graduação de Enfermagem, tenho cada um de vocês comigo, agradeço pela a oportunidade da convivência. Muito obrigada por todo conhecimento compartilhado!

Ao **Laboratório de Pesquisa sobre Trabalho, Ética, Saúde e Enfermagem - Práxis**, pelas belas tardes de debates, os quais contribuíram para minha formação profissional e para a construção desse estudo.

A minha orientadora, **Prof. Dra. Mara**, por todo carinho e atenção disponibilizados. E mesmo longe nos últimos meses, fez-se tão presente para orientar-me.

Com certeza, eles fizeram a diferença para estarmos aqui hoje.

Muito obrigada pela parceira e amizade!

A minha coorientadora, **Prof. Dra. Dulcinéia**, por todo carinho e atenção também disponibilizados, os quais foram essenciais nesses últimos momentos!

Serei sempre grata!

Aos membros da **Banca Examinadora**, por prontamente aceitarem o convite de participar deste momento tão especial.

A vocês minha admiração!

Aos **funcionários das instituições de saúde** que possibilitaram a coleta dos dados, em especial, aos funcionários do setor de registro do Hospital Governador Celso Ramos.

Aos **participantes deste Estudo**, que disponibilizaram parte do seu tempo para me atender e compartilhar comigo as suas experiências.

*Esta conquista é também um pouco de vocês!*

*Meu muito obrigada!*

*Com carinho, Ana Marques.*



*“O que permite tornar legível o real é mostrar simplesmente que ele foi possível”*  
(FOUCAULT, 2008, p.-)

*“Ao transpor a limitação física presente, não se fixando numa posição de ‘impedido’ de continuar vivendo, o indivíduo possibilita à subjetividade existir em territórios existenciais em construção”*  
(PAIVA; GOELLNER, 2008, p. 495)



MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges. **Políticas de Atenção à Saúde da Pessoa com Amputação**: análise biopolítica. Florianópolis – SC. 2017. 198 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas  
Coorientadora: Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider

## RESUMO

Em algum momento da vida, a deficiência fará parte do cotidiano das pessoas. Neste estudo, considerou-se a pertinência da discussão biopolítica ao abordar a atenção à saúde das pessoas com amputação. A biopolítica é destacada por Michel Foucault como um “poder sobre a vida” e estabelece-se como reguladora da população, por meio de ferramentas que possibilitam e asseguram a vida. Os sistemas de regulação são aqui representados pelas políticas públicas em saúde. Assim, apresenta-se como tese: *as políticas públicas, como um operador biopolítico, expressam um discurso que demarca e dá visibilidade às condições de saúde da pessoa com amputação no cenário da atenção à saúde, privilegiando determinados processos de reabilitação, recuperação e inserção social, mas que se distancia dos discursos dos enfermeiros e das pessoas com amputação*. O estudo seguiu o método qualitativo, analítico, com referencial teórico-filosófico em biopolítica. São objetivos: analisar a atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva dessas e dos enfermeiros; compreender como as políticas públicas dispõem e ordenam dispositivos de atenção à saúde na perspectiva dos enfermeiros e das pessoas com amputação; analisar de que modo as políticas públicas demarcam e determinam o processo de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação; problematizar as estratégias biopolíticas em prol da atenção à saúde da pessoa com amputação; compreender o modo como a promoção da saúde se expressa na atenção à saúde da pessoa com amputação. Compuseram o material empírico do estudo: entrevistas semiestruturadas com 21 enfermeiros e sete pessoas com amputação; a análise documental das políticas em prol das pessoas com deficiência/amputação. Os dados foram organizados no *software AtlasTi* e sua análise deu-se pelo referencial da análise do discurso em Foucault. Dos resultados, emergiram três manuscritos: *O saber-poder delimitando a atenção à saúde da pessoa com amputação*; *Políticas públicas*

*delimitando modos de atenção à saúde para a pessoa com amputação; Promoção da saúde: estratégia a determinar a atenção à saúde para a pessoa com amputação.* A política pública valoriza a atenção básica, e por meio desta, a pessoa com amputação deveria receber atendimento em consonância com a promoção da saúde, prevenção de agravos, desvelando suas necessidades, garantindo o acesso ao cuidado, visando à manutenção da saúde. Em contrapartida, o discurso que circula como verdade mostra o desconhecimento político e social dos enfermeiros sobre a complexidade da atenção à saúde das pessoas com amputação, assim como a vulnerabilidade dessas diante do predomínio do discurso biomédico do profissional da saúde e da lacuna na infraestrutura física e de materiais. Esperar-se-ia a continuidade do cuidado com a circulação de forma fluida pela rede de atenção, com a efetivação de cada etapa do processo de reabilitação pelo profissional de saúde, não se restringindo somente pelas orientações repassadas à pessoa com amputação. No entanto, o que se apresenta por meio do discurso proferido no decorrer desse estudo, são aspectos que não classificam o atendimento em rede, e sim em cuidados isolados, nos quais a pessoa é quem põe em movimento seu acesso nos diferentes níveis de atenção.

**DESCRITORES:** Políticas Públicas de Saúde. Pessoas com Deficiência. Amputação. Enfermagem.

MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges. **Policies of Attention to the Health of the Person with Amputation: biopolitics analysis.** Florianópolis – SC. 2017. 198 p. Thesis (Doutorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas  
Coorientadora: Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider

## **ABSTRACT**

At some point in life, disability will be part of people's daily lives. In this way, the assumption in this study is to consider the relevance of the discussion of biopolitics when addressing attention to the health of the people with amputation. Biopolitics is highlighted by Michel Foucault as a "power over life" and establishes itself as a regulator of the population, through tools that enable and ensure life. Regulatory systems are represented here by public health policies. Therefore, it presents the thesis: public policies, as a biopolitical operator, express a discourse that demarcates and gives visibility to the health conditions of the person with amputation in the healthcare context, which privileges processes of rehabilitation, recovery and social adjustment, but that distances itself from the discourses of the nurses and people with amputation. The study followed the qualitative, analytical method, with a theoretical-philosophical reference in biopolitics. The objectives are: to analyze the health care for the person with amputation from the perspective of these and the nurses; to understand how public policies dispose and order healthcare devices from the perspective of nurses and people with amputation; to analyze how public policies delimit and defines the process of rehabilitation, recovery, prevention and socioeconomic introduce the person with amputation; to problematize biopolitical strategies for the health care of the person with amputation; to understand how health promotion is expressed in the health care of the person with amputation. The empirical material of the study included: semi-structured interviews with nurses and people with amputation; documentary analysis of policies for the benefit of people with disabilities/amputation. The data were organized in the AtlasTi software and the analysis was based on the discourse analysis in Foucault. From the results, three manuscripts emerged: Knowledge-power delimiting attention to the health of the person with amputation; Public policies delimiting modes of health care for the person with

amputation; Health promotion: strategy to determine health care for the person with amputation. The public policies values primary health, in which the person with amputation should receive care according to the healthcare promotion, prevention of injuries, unveiling their needs, ensuring access to care, aiming at the maintenance of health. On the other hand, the discourse that circulate as truth show the political and social lack of knowledge of the nurses in face of the complexity of health attention to the person with amputation, as well as the vulnerability of these people before the predominance of the biomedical discourse, the gap in physical infrastructure and resources. It would be expected continuity of care with fluid circulation through the care network, with the completion of each stage of the rehabilitation process by the health professional, not restricted only by the guidelines passed on to the people with amputation. However, what is presented through the speech delivered in the course of this study are aspects that do not classify the network service, but in isolated care, in which the person is who sets in motion its access at different levels of attention.

**DESCRIPTORS:** Public Health Policy. Disabled Persons. Amputation. Nursing.

MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges. **Políticas de Atención a la Salud de la Persona con Amputación: análisis biopolítica**. Florianópolis – SC. 2017. 198 p. Tese (Doutorado en Enfermería) - Programa de Pós-Graduação en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas  
Coorientadora: Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider

## **RESUMEN**

En algún momento de la vida, la discapacidad hará parte del cotidiano de las personas. La biopolítica es destacada por Michel Foucault como un "poder sobre la vida" y se establece como reguladora de la población, por medio de herramientas que aseguran la vida. Los sistemas de regulación están representados aquí por las políticas públicas en salud. Se presenta con tesis: las políticas públicas, como un operador biopolítico, expresan un discurso que demarca y da visibilidad a las condiciones de salud de la persona con amputación en el escenario de la atención a la salud, privilegiando determinados procesos de rehabilitación, inserción social, pero que se aleja de los discursos de los enfermeros y de las personas con amputación. El estudio sigue el método cualitativo, analítico, con referencial teórico-filosófico en biopolítica. Son objetivos: analizar la atención a la salud de la persona con amputación en la perspectiva de estas y de los enfermeros; comprender como las políticas públicas disponen y ordenan dispositivos de atención a la salud desde la perspectiva de los enfermeros y de las personas con amputación; analizar de qué modo las políticas públicas demarcan y determinan el proceso de rehabilitación, recuperación, prevención e inserción socioeconómica de la persona con amputación; problematizar las estrategias biopolíticas en favor de la atención a la salud de la persona con amputación; comprender el modo en que la promoción de la salud se expresa en la atención a la salud de la persona con amputación. Fueron material empírico del estudio: entrevistas semiestructuradas con los enfermeros y las personas con amputación; análisis documental de las políticas articuladas con la atención a la salud de las personas con discapacidad/amputación. Los datos fueron analizados por el referencial del análisis del discurso y surgieron tres manuscritos: El saber-poder delimitando la atención a la salud de la persona con amputación; Políticas públicas delimitando modos de atención a la salud para la persona con amputación; Promoción de la

salud: estrategia a determinar la atención a la salud para la persona con amputación. La política pública valora la atención básica, mostrando que la persona con amputación debería recibir atención en consonancia con la promoción de la salud, desvelando sus necesidades para el mantenimiento de su salud. En cambio, los discursos que circulan como verdad muestran el desconocimiento político y social de los enfermeros ante la complejidad de la atención a la salud de la persona con amputación, así como la vulnerabilidad de estas personas ante el predominio del discurso biomédico, la falta de infraestructura física y de materiales. Se esperaría la continuidad del cuidado con la circulación de forma fluida por la red de atención, con la efectividad de cada etapa del proceso de rehabilitación por el profesional de salud, no se restringiendo solamente por las orientaciones repasadas a la persona. Sin embargo, lo que se presenta como discurso pronunciado, son aspectos que no clasifican la atención en red, sino en cuidados aislados, en que la persona es quien pone en movimiento su acceso en los diferentes niveles de atención.

**DESCRIPTORES:** Políticas Públicas de Salud. Personas con discapacidad. Amputación. Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Representação metodológica da atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva biopolítica ..... **61**
- Figura 2** - Representação metodológica para a análise do discurso para este estudo, na perspectiva de Michel Foucault ..... **66**
- Figura 3** - Representação da estruturação do manuscrito um..... **75**
- Figura 4** - Representação da estruturação do manuscrito dois ..... **76**
- Figura 5** - Representação da estruturação do manuscrito três ..... **77**



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Frequência de procedimentos de amputação no SUS por causa, SIH/SUS, 2011 .....	<b>40</b>
<b>Tabela 2</b> – Caracterização dos enfermeiros em idade, sexo, área de atuação, tempo de atuação, pós-graduação e tipo de especialização. Florianópolis, 2017.....	<b>73</b>
<b>Tabela 3</b> – Caracterização das pessoas com amputação em idade, sexo, ano da amputação e ocupação. Florianópolis, 2017 .....	<b>74</b>



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AVD</b>	Atividade da Vida Diária
<b>CEPSH</b>	Comitê de Ética e Pesquisa de Seres Humanos
<b>CER</b>	Centros Especializados em Reabilitação
<b>DAPA</b>	Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada
<b>DCNT'S</b>	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPM</b>	Oficina Ortopédica de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção
<b>PNIPPD</b>	Política Nacional à Pessoa Portadora de Deficiência
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RCPD</b>	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
<b>SIH/SUS</b>	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>2 MARCO CONTEXTUAL .....</b>	<b>39</b>
2.1 AMPUTAÇÃO E OS ASPECTOS INERENTES À ATENÇÃO À SAÚDE.....	39
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE SUBSIDIAM A ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA COM AMPUTAÇÃO .....	45
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....</b>	<b>51</b>
3.1 BIOPOLÍTICA E ATENÇÃO À PESSOA COM AMPUTAÇÃO .....	51
3.2 ANÁLISE DO DISCURSO NA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT .....	61
3.3 ASPECTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO .....	67
<b>3.3.1 Delineamento da pesquisa .....</b>	<b>67</b>
<b>3.3.2 A voz dos envolvidos .....</b>	<b>67</b>
<b>3.3.3 A busca pelos enunciados/discursos.....</b>	<b>67</b>
<b>3.3.4 A Ordem do Discurso.....</b>	<b>69</b>
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	69
<b>3.4.1 Riscos e Benefícios do Estudo.....</b>	<b>70</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
4.1 MANUSCRITO 1 – O SABER-PODER DELIMITANDO A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO.....	77
4.2 MANUSCRITO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DELIMITANDO MODOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA COM AMPUTAÇÃO.....	107
4.3 MANUSCRITO 3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA A DETERMINAR A ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA COM AMPUTAÇÃO .....	126
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>189</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art.196).

Ao longo dos anos, o sistema de saúde brasileiro sofreu constantes mudanças acompanhando a história política do país. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um marco para a saúde brasileira, ela impulsionou a Constituição Federal a abordar sobre a saúde, quanto ao direito do acesso universal, igualitário aos serviços de atenção à saúde. E, neste contexto, a lei nº 8080/1990 é criada, a qual constitui o Sistema Único de Saúde (SUS), e traz como ferramenta de regulamentação a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção à saúde. Vale destacar que apenas em 2011, por meio do decreto nº 7508, o SUS foi regulamentado, a fim de promover melhores condições de acesso, profissionais capacitados, infraestrutura adequada das instituições de saúde.

As políticas públicas no decorrer da criação do SUS trazem em si um discurso de bem-estar social, em que seja possível fomentar estratégias para a organização política da sociedade a fim de balizar a favor da autonomia<sup>1</sup> dos indivíduos. Ao se tratar de organização, quanto ao Estado, Foucault discute a respeito da racionalidade do “sistema de polícia”, que trata de regulamentações que condicionam a sociedade a uma seguridade (FOUCAULT, 2012, p.208). O *status quo* do sistema de polícia atualmente está relacionado ao bem-estar social da população. Em que o Estado busca estabelecer estratégias que permitam a população organizar-se como sociedade a partir das necessidades que

---

<sup>1</sup>Autonomia *versus* empoderamento: neste estudo adota-se o conceito de autonomia como a maneira pela qual o indivíduo é capaz de compreender sua realidade e suas necessidades, possibilitando sua tomada de decisão diante da situação que lhe é apresentada. Remete-se o conceito de autonomia ao conceito de governo de si, que se agrega ao “governo dos outros” estabelecendo modos de ser a partir da “relação consigo e com os outros”. (FOUCAULT, 2006a, p.243). O empoderamento é considerado a maneira como o indivíduo é capaz de estabelecer estratégias que possibilitem articular suas ações diante das vivências de sua realidade (SOUZA *et al.*, 2014).

lhes são destacadas, conseqüentemente as políticas públicas são ferramentas a fomentar um Estado, como possibilitar direitos à população.

Na prerrogativa do estabelecimento das políticas públicas em saúde, destaca-se a configuração da política em prol da autonomia do indivíduo, voltando-se a importância do exercício da governamentalidade relacionada ao bem-estar da população. Neste contexto, compreende-se o quanto o discurso estabelecido no sistema político permite balizar a estruturação política (FOUCAULT, 2006).

A favor de uma assistência à saúde de qualidade, as políticas públicas se constituem a fim de garantir o que é preconizado pelo SUS e assim articular estratégias que beneficiam tal objetivo. É no contexto de debater a respeito de regulamentações que compõem as questões biológicas e socioeconômicas que Foucault discorre acerca da biopolítica – biológico unindo-se às questões políticas em uma relação de poder-saber sobre o corpo e para o corpo na forma de um discurso científico –, localizando a saúde individual e coletiva das populações, refletindo a respeito da sociedade, seus problemas, suas necessidades e perspectivas, suas condições de existência (FOUCAULT, 2014). Biopolítica, no âmago da prática governamental, relaciona-se com as questões de saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça, oriundas da população (FOUCAULT, 2008).

A biopolítica estabelece-se como reguladora da população, em que Foucault destaca como um “poder sobre a vida”, por meio de ferramentas que possibilitam e asseguram a vida (FOUCAULT, 2017, p.150). Nesse propósito, a biopolítica está vinculada às necessidades da população e os sistemas de regulação condizem com as políticas públicas, e no contexto biopolítico das pessoas com amputação regula a possibilidade da inclusão social.

A discussão sobre deficiência tornou-se uma constante na sociedade. A premissa é que, em algum momento da vida, a deficiência estará no cotidiano de qualquer pessoa, seja de maneira transitória ou permanente. A noção de deficiência física relaciona-se à perda parcial ou total da função do órgão, o que afetará na condição psicossocial da pessoa envolvida (OMS, 2012).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou, no último censo (2010), que cerca de 24% da população se declarou com alguma deficiência, sendo a deficiência motora equivalente a 13 milhões de brasileiros (7%). E, no Estado de Santa Catarina, cerca de 7% da população catarinense declarou-se com alguma deficiência motora (BRASIL, 2013). Cabe destacar que os dados apresentados

refletem como a população se vê diante da sociedade, pois o censo é coletado por meio de questionamentos diretos à pessoa entrevistada. Portanto, poder-se-ia indagar se há comprovação clínica do que, atualmente, considera-se deficiência nas respostas ao questionário. Ou, melhor, o que conduz as pessoas a se perceberem como deficientes? Contudo, ponderando a população mundial, estima-se que 15% possua alguma deficiência (OMS, 2012).

Compreender o contexto social da pessoa com amputação é extremamente relevante, visto que a amputação é classificada como uma deficiência física, ocasionada pela perda/retirada de uma parte do corpo para estabelecer melhora na função do membro/órgão restante, possibilitando melhores condições de vida e saúde (MARQUES; STOLT, 2012; BRASIL, 2014; MARQUES et al., 2014). A amputação corresponde ao procedimento cirúrgico ortopédico, no qual o objetivo é tentar preservar a maior parte possível do membro afetado, em que no momento da amputação deve ser considerada a possibilidade do uso de prótese no futuro (BRASIL, 2014).

Atualmente, atribui-se como sucesso da recuperação da pessoa com amputação quando os fatores biopsicossociais, que acometem essa população, são contemplados no processo de atenção à saúde. Mesmo assim, é pertinente sinalizar que a imagem social da pessoa se altera após a amputação, ao afetar diretamente a sua acessibilidade, ou não, ao trabalho, o modo de locomoção e de convívio (BORGES, 2013), uma vez que são fatores representados na pessoa com amputação, na contramão ao que a sociedade considera como padrão de normalidade.

Logo, possibilitar a compreensão da pessoa com amputação a respeito do processo que envolve a sua recuperação torna-se imprescindível. À medida que a condição física existente não é imposta como um obstáculo para continuar a viver, a pessoa passa a estabelecer estratégias a fim desse propósito (PAIVA; GOELLNER, 2008; BORGES, 2013), estabelecendo certa autonomia. Dessa maneira, a atenção à saúde dessas pessoas volta-se ao objetivo de incluí-las socialmente, readaptando-as à nova condição. O readaptar-se é um trabalho conjunto que requer uma rede de apoio fortalecida, na qual todos os envolvidos caminham na mesma direção.

Assim, consolida-se como relevante que os profissionais envolvidos em todo o processo da amputação busquem condições para a “recuperação” dessas pessoas a partir das ferramentas que lhes são oferecidas. Mas, para as pessoas com amputação, o que pode ser considerado recuperação? Que mecanismos de regulação se estabelecem

ao planejar um atendimento em prol da saúde da pessoa com amputação?

Nesse contexto, no intuito de possibilitar ações estratégicas de defesa da saúde da população brasileira, por meio do Decreto nº 7508/2011, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi consolidada. A RAS em sua essência abrange ações e serviços de saúde articulados entre os níveis de atenção, idealizando a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Dentre as RAS existentes, destaca-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), criada em 2012, cujo objetivo proposto é promover “uma rede de serviço de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção” às pessoas com deficiência (BRASIL, 2012). A inclusão social torna-se um aspecto irrefutável na RCPD, além de possibilitar ações que potencializam a autonomia e a cidadania (BRASIL, 2012). Devido a isso, traz-se o profissional de saúde como elemento importante no decorrer do processo de amputação e recuperação dessa pessoa.

Considerando o atendimento às pessoas com amputação, elencam-se as Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada (DAPA) (BRASIL, 2014), que discorrem a respeito da atenção à saúde a essa população, centrando-se na orientação do profissional que presta diretamente esse cuidado. As DAPA buscam incentivar o cuidado à pessoa com amputação a fim de manter “sua saúde física e mental, bem como o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social” (BRASIL, 2014, p.31), ainda que tal cuidado proposto esteja considerando a pessoa com amputação a partir de doenças crônicas como causa base.

As políticas públicas de atenção à saúde são eixos norteadores aos profissionais que prestam o cuidado, embora a formulação das mesmas envolva situações para além de uma prestação de serviço de saúde, em que a questão econômica também é um ponto a ser considerado. Contudo, destaca-se o desempenho do profissional estar diretamente relacionado à complexidade da atenção à saúde para a pessoa com amputação e a ele é importante permitir condições que emanam a possibilidade de uma atenção à saúde para além do modelo biomédico.

Nesta perspectiva, as DAPA surgem como ferramenta a fomentar a RCPD, com o propósito de permitir aos profissionais de saúde a capacidade de estabelecer ações a fim de possibilitar cuidado à pessoa com amputação nos diferentes contextos que envolvem o processo de recuperação dessa pessoa. Na estruturação das DAPA, a importância da presença de uma equipe multiprofissional é destacada, em que pode ser

composta minimamente por: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais em cujo propósito encontra-se o plano terapêutico, que visa à atenção integral, sem existência de condutas desconexas (BRASIL, 2014).

Diante da complexidade que inclui a atenção à saúde da pessoa com amputação, o discurso que as DAPA estabelecem está relacionado à importância quanto à presença de um profissional qualificado e sensível ao processo de recuperação da pessoa com amputação. Nesse sentido, uma boa recuperação está ligada à interlocução do cuidado profissional, à rede de apoio e a uma sociedade em prol do bem-estar da pessoa com amputação (BRASIL, 2014).

Ainda que tenha sido evidenciada a importância de um trabalho em equipe na eficácia da interdisciplinaridade de um processo de reabilitação, um estudo destaca que os discursos das pessoas com amputação apontam o reconhecimento do atendimento de cada profissional, mas que a integralidade e a interdisciplinaridade não se tornam evidentes (MARQUES et al., 2014). Isso resulta na maneira como cada um se expressa diante da experiência vivenciada, ou seja, enunciam diferentes discursos quanto à atenção à saúde da pessoa com amputação. Neste ínterim, mesmo com um discurso que envolve o processo de recuperação/reabilitação da pessoa com amputação, vale destacar que a própria diretriz não contempla a atenção à saúde para todas as pessoas com amputação, quando apresenta o plano terapêutico a partir de uma amputação realizada de maneira eletiva.

Contudo, o atendimento que é evidenciado nas políticas apresentadas traz o destaque à Atenção Básica (AB), em virtude de todo contexto de promoção e prevenção de agravos que as políticas propõem e coincide com o que é preconizado na efetivação do trabalho na AB pelos profissionais de saúde. As DAPA também apontam a AB como o setor que está mais próximo da população, conhecendo a realidade da comunidade, caracterizando-se como referência inicial na estrutura das RAS (BRASIL, 2014). Nessa perspectiva, é idealizado que a AB seja referência na atenção àqueles que necessitam, ainda que o processo de amputação seja realizado em setores de maior complexidade, os profissionais de saúde também deveriam acompanhar o fluxo realizado por essa pessoa (BRASIL, 2014). Esse aspecto traz uma grande responsabilidade à AB no que diz respeito ao processo de recuperação/reabilitação da pessoa com amputação.

Como benefícios que as DAPA determinam a atenção à saúde da pessoa com amputação, estão elencados: a manutenção da saúde física e mental; e o desenvolvimento da autonomia e inclusão social (BRASIL,

2014). Logo, é possível destacar que refletir, debater a respeito da maneira como são estabelecidas condutas em prol da pessoa com amputação, as quais são reguladas por meio dos princípios base do SUS, faz-se presente em diferentes estudos (MALTA; STOPA; *et al.*, 2016; MARQUES *et al.*, 2014; VARGAS *et al.*, 2014). Quanto à atenção à saúde, estudos apresentam discursos daqueles que necessitam de cuidados, os quais por muitas vezes não reconhecem seus direitos tornando-se passivos diante do plano terapêutico estabelecido e corroborando com a maneira como os cuidados foram determinados (MARQUES *et al.*, 2014; MORAES *et al.*, 2014).

Assinalando a perspectiva das políticas públicas em prol da pessoa com amputação, destaca-se o que é preconizado na questão da promoção da saúde, intrínseca ao processo de recuperação/reabilitação da pessoa com amputação. Nesse propósito, destaca-se que ao promover saúde, pretende-se estabelecer a autonomia, e que foco da atenção à saúde deveria desvincular-se do processo saúde-doença instituído pelo modelo biomédico (MELO, *et al.*, 2016).

A promoção da saúde é evidenciada pelo “processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” e se desenvolve por meio de diferentes áreas de ação: criação de ambientes favoráveis, ação comunitária, políticas públicas saudáveis, habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986, p.1).

A discussão quanto à promoção da saúde destaca o envolvimento do indivíduo em relação a sua situação de saúde, em que a responsabilidade não está somente nos serviços de saúde. Promover saúde não está restrito somente ao estabelecer estilo de vida saúde, é uma série de fatores que corroboram entre si – habitação, educação, renda, assistência social (WHO, 1986). É por meio desses determinantes, em consonância a fatores que se ampliam para além do sistema de saúde, que há a equalização da promoção da saúde. Traz-se a que promoção da saúde envolve ações multifatoriais e intersetoriais de diversos setores da sociedade (LOPES *et al.*, 2010).

Reforça-se que as definições da Carta de Ottawa traduzem uma expectativa de uma saúde pública inclusiva, em que os “determinantes do processo saúde-doença-cuidado” postos em evidência para possibilitar equidade e justiça social. Por esta maneira, ações e estratégias em prol da promoção da saúde estão relacionadas a ambientes heterogêneos, a partir de políticas públicas e ações que desencadeiam condições de possibilidades a favor da saúde. Logo, a

promoção da saúde pode ser considerada como elemento norteador para o estabelecimento de melhores condições de saúde na formulação de políticas e programas públicos (LOPES *et al.*, 2010, p. 463).

O que emerge das políticas em saúde, ao emanar a autonomia do indivíduo, é a responsabilidade do cuidado que recai sobre ele mesmo e faz do Estado aquele que fomenta ferramentas a promover condições de possibilidades no contexto da atenção à saúde. Nesta lógica, traz-se a autonomia quanto ao empoderamento diante das questões cotidianas, não resultando em independência, mas possibilitando condições de tornar a pessoa coadjuvante no processo de cuidar (MELO *et al.*, 2016).

Ao se tratar da atenção à pessoa com deficiência, deve-se constatar que a mesma repercute nos diferentes aspectos da sociedade, sendo a autonomia compreendida como inerente à inclusão social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Portanto, a complexidade da atenção à saúde à pessoa com amputação é pensada nessa tese como uma rede discursiva que busca atrelar as políticas públicas, as demandas e as necessidades das pessoas com amputação.

Toma-se o discurso como modo de produzir “efeitos de verdade” (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013, p. 208), promovendo o poder que há em cada discurso, como caráter social e presentes em diferentes contextos sociais, sistematizando e organizando os sentidos (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013). Cabe assim ressaltar o discurso da verdade no sistema político no sentido de estabelecer-se tangenciando a estruturação política (FOUCAULT, 2006). Desse modo, é possível considerar os diversos discursos de verdade que compõem a sociedade ocidental, além das diversas maneiras como se expressam, são fomento para que o Estado se estabeleça e divulgue o sistema político.

A verdade está condicionada aos determinantes que são firmados por um “regime de signos”, e a construção de leis e enunciados são coniventes a um “sistema de poder”(ACSELRAD, 2014). Sendo assim, a verdade baliza os sistemas de poder, em que o poder se estabelece conforme os discursos de verdade emergem (FOUCAULT, 2006b).

É importante explicitar que não há um novo discurso a partir do já realizado; o que há é a discussão daquilo que se toma como discurso, a fim de compreender seu contexto e o propósito envolvido no momento em que ele foi proferido. Em suma, tem-se o discurso como jogo de signos, idealizado pela convergência daquilo que é escrito, lido e enunciado (FOUCAULT, 2009).

Diante do exposto, elenca-se a saúde como poder, em que os profissionais envolvidos na atenção à saúde são condicionados a

estabelecer o conceito de saúde, regular saúde, possibilitar ações que resultam ao que se determina sobre saúde (SOUZA *et al.*, 2014).

A assistência à saúde tem como verdade atender e remediar as possíveis dificuldades da população de maneira equânime. Essa é a verdade proferida, mas os profissionais de saúde as mantêm na prática? Quanto ao profissional da enfermagem, durante as 24 horas de assistência, está capacitado a atender a demanda da população? As políticas públicas relacionadas às pessoas com deficiência trazem como discurso proporcionar aos profissionais de saúde qualificação profissional a fim de atender às necessidades dessa população (BRASIL, 2014; BRASIL, 2012) e, nesse sentido, o Estado deveria viabilizar meios que possibilitassem a capacitação e aperfeiçoamento profissional.

Pode-se considerar que todos detêm o poder, ele é inerente ao governo de si, em que cada indivíduo possui a capacidade de determinar e planejar suas ações. No entanto, tal poder pode ser mais ou menos exercido de acordo com o ambiente em que a pessoa vive. O exercício ou não do poder está relacionado à inserção do saber, que caracteriza vínculo e determina a “sociedade disciplinar” (SILVA, 2007).

Foucault discute as mudanças da concepção da sociedade, soberania, disciplinar e de governo, ao mesmo tempo que justifica como a população surge como “corpo de intervenção” (FOUCAULT, 2006, p.291b). Portanto, a sociedade determina e concede poder à população. Nessa lógica, na sociedade disciplinar a população escolhe, mas tal escolha está condicionada a algo já pré-determinado tendo em vista as relações que se estabelecem. Logo, o refletir sobre a formação da sociedade estabelece a formação de saberes (SILVA, 2007).

Contudo, o poder, por vezes, está relacionado a proibição, comando, determinação, e pensado desta forma o poder torna-se “incompleto”. Em contrapartida, Foucault traz o poder no sentido de romper barreiras, estabelecer relações, vínculo (FOUCAULT, 2012). O poder permitir expor ideias, designar ações em conjunto a realidade exposta, ao discurso produzido. Tomando esse conceito de poder, apresenta-se uma sociedade heterogênea cujo poder não é único. “A sociedade é um arquipélago de poderes diferentes” (FOUCAULT, 2012, p. 173), os quais estabelecem relações quanto ao “campo, posição, região, território” pelos quais estão inseridos (FOUCAULT, 2006, p.158).

Entre os poderes que compõem a sociedade, o poder público é o que mais se manifesta. O poder público determina o papel do Estado, o qual se estabelece pela heterogeneidade que compõe a sociedade, em que cada indivíduo possui o seu poder e o determina concomitantemente

às oportunidades que lhes são oferecidas. E assim, se expressa que o poder é onipresente, não possui pré-conceitos, sendo intrínseco à vida humana (RÔMULO *et al.*, 2014). Ressalta-se que no contexto deste estudo, a sociedade a quem se refere está relacionada aos profissionais, às instituições de saúde e às políticas públicas que se vinculam à assistência às pessoas com deficiência.

Diante da contextualização apresentada, emerge-se a importância desta tese, ao focalizar a biopolítica na perspectiva Foucaultiana como ponto-chave para a reflexão. A questão do debate biopolítico é relevante uma vez que “o homem ocidental” busca condições para sua existência, fazendo-se parte do mundo. Logo, o biológico estreita-se ao político e o poder-saber está ligado às ações do ser humano (FOUCAULT, 2014, p.128).

Aqui a questão biopolítica para as pessoas com deficiência está relacionada aos aspectos que corroboram a manutenção da saúde dessas pessoas, fundamentam e dão condições de possibilidade para a sua reinclusão na sociedade. Em que a acessibilidade idealizada envolva questões como saúde, condições de trabalho, moradia, aspectos esses que sustentam e dão garantia a uma “determinada” qualidade de vida esperada pelas pessoas com amputação de maneira específica.

Neste íterim, elenca-se como pergunta de pesquisa:

Qual (is) discurso(s) atrela(m)-se na atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva das políticas públicas e como repercutem no modo de ser e de agir das pessoas com amputação e no fazer dos enfermeiros?

Constituem-se como objetivos:

- Analisar a atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva dessas e dos enfermeiros;
- Compreender como as políticas públicas dispõem e ordenam dispositivos de atenção à saúde na perspectiva dos enfermeiros e das pessoas com amputação;
- Analisar de que modo as políticas públicas demarcam e determinam o processo de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação;
- Problematizar as estratégias biopolíticas em prol da atenção à saúde da pessoa com amputação;
- Compreender o modo como a promoção da saúde se expressa na atenção à saúde para a pessoa com amputação.

E apresenta-se como **tese** do estudo:

As políticas públicas, como operadores biopolíticos, expressam um discurso que demarca e dá visibilidade às condições de saúde da pessoa com amputação no cenário da atenção à saúde, privilegiando determinados processos de reabilitação, recuperação e inserção social, mas que se distancia dos discursos dos enfermeiros e das pessoas com amputação.

## 2 MARCO CONTEXTUAL

O presente capítulo apresenta o marco contextual que diz respeito às condições das pessoas com amputação e às políticas públicas que se inserem neste contexto. O principal objetivo é permitir que leitor adquira uma sensibilidade quanto à temática, destacando sua relevância para estudo.

### 2.1 AMPUTAÇÃO E OS ASPECTOS INERENTES À ATENÇÃO À SAÚDE

Desafios são postos à prova no decorrer da vida, logo são buscadas estratégias a fim de superá-los. Quanto às pessoas com deficiência, o acesso aos serviços de saúde torna-se fundamental, a fim de prever a manutenção da saúde. Fato que está diretamente relacionado à “acessibilidade” ao serviço (CASTRO, 2011) e a pessoa com deficiência exercer, ou não, seu direito.

O envelhecimento da população é uma realidade, conseqüentemente a deficiência passa a ser um fator mais concreto, considerando a incidência da deficiência no aumento da expectativa de vida, além das ocorrências de causas externas. Nesta perspectiva, a contextualização do ambiente da pessoa com deficiência é um fator relevante na regulamentação de estratégias que possibilitam melhores condições de saúde a essa população (CASTRO, 2008; CASTRO, 2011).

A partir do censo demográfico realizado em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 24% da população declarou-se com alguma deficiência (BRASIL, 2013a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que a deficiência está associada a dificuldades fisiológica/motora que indivíduo possui, juntamente com às dificuldades voltadas ao ambiente social/cultural em que ele se encontra inserido (OMS, 2012). Estaria a sociedade capacitada para declarar-se com deficiência, considerando que o censo é um questionário que capta as respostas dos participantes sem a necessidade de uma comprovação clínica da declaração realizada?

Dentre as deficiências existentes, foca-se a temática deste estudo na atenção à saúde para a pessoa com amputação. Salienta-se que a amputação é um procedimento antigo, o ato de amputar, por vezes, foi considerado a única solução na tentativa de garantir a vida da pessoa (BORGES, 2013; CHINI, BOEMER, 2007). A principal causa de

amputação para a população feminina com maior idade são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs); por sua vez, as causas externas, apresentam-se como principais causas quando a população são homens e jovens (SCHOELLER et al., 2013). Compreende-se, assim, que, ao atingir a população em idade produtiva, diversos aspectos são influenciados, como o contexto socioeconômico. E, no propósito de determinar uma expectativa de reestruturação socioeconômica, considera-se que o menor dano tecidual gera a expectativa de um melhor prognóstico para a recuperação (BORGES, 2013; SILVA et al., 2011). O impacto socioeconômico sobreleva-se aos fatores laborais e sociais como corresponsáveis para amputação (CHAN et al., 2009), considerando a necessidade que existe quanto à inclusão social da pessoa com deficiência.

A discussão sobre o processo de amputação não é recente. Em 2005, já se considerava uma questão relevante de saúde pública (CARVALHO, 2005; SALES, 2012). Apesar do número crescente de pessoas com amputação no decorrer dos anos, a temática ainda é obscura e deve-se considerar que estigmas são desencadeados e regulam o surgimento de problemas biopsicossociais dessas pessoas frente à sociedade (SALES, 2012).

No estado de Santa Catarina, em 2014, segundo dados coletados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), houve 1660 amputações (DATASUS, 2015). Nas Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada (BRASIL, 2014), é sinalizada a frequência de procedimentos de amputação no SUS por causa, conforme a tabela apresentada:

**Tabela 1** – Frequência de procedimentos de amputação no SUS por causa, SIH/SUS, 2011.

<b>Causas</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Causas externas	16.294	33,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8.808	17,9
Doenças do aparelho circulatório	7.905	16,1
Diabetes	6.672	13,6
Gangrena (não classificada em outra parte)	5.136	10,4
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido do conjuntivo	2.961	6,0
Neoplasias	957	1,9
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	230	0,5
Malformações congênitas, deformidades e	202	0,4

---

 anomalias cromossômicas
 

---

<b>Total</b>	49.165	100
--------------	--------	-----

---

**Fonte:** Brasil, 2014

Nesse caso, as principais causas que envolvem a amputação podem ser traçadas, além de se refletir sobre as estratégias que podem ser tomadas para a diminuição desse índice. É certo que as estratégias de prevenção e atenção a essa pessoa requerem uma rede sistematizada e organizada a fim de garantir os direitos delas. O trabalho deve ser composto pelas contribuições do Estado, dos profissionais de saúde e das pessoas com amputação. Mas qual a função de cada um neste contexto?

A amputação pressupõe um divisor de águas para aquele que a vivencia, considerando sempre o antes e o depois, refletidos nos olhares daqueles que os observam e daqueles que vivenciam a situação (BORGES, 2013; PAIVA, GOELLNER, 2008). Afinal, a subjetividade gerada pelo corpo, em meio a inúmeros sentimentos, sejam eles positivos ou negativos, regulamenta o tornar-se diferente perante si (PAIVA e GOELLNER, 2008). A condição de vida anterior à amputação não retornará, e há necessidade de estabelecer estratégias a fim de alcançar melhores condições de saúde e bem-estar (BORGES, 2013).

O efeito da perda de um membro é considerado socialmente irreparável e superar isso depende da maneira como a situação é enfrentada. Nesse sentido, a rede de apoio é imprescindível (ROSSBACH, 2008), a atenção da equipe de saúde se faz relevante (BORGES, 2013), destacando o enfermeiro (SALES, 2012), tendo em vista que a enfermagem é uma das apoiadoras desse processo de recuperação: afinal, o cuidado é sua premissa.

O processo de amputação pode desenrolar-se em três períodos: negação, adaptação e aceitação (SALES, 2012). A cada embate que a vida apresenta é esperado que inicialmente o sentimento de negação apareça, é o novo que surge sem “avisar” que aconteceria. Com o passar do tempo, estratégias são definidas a fim de superar os obstáculos impostos, logo surge a adaptação à nova condição, por fim a aceitação. Neste momento, a imagem da nova condição é aceita e compreende-se a respeito dos fatos ocorridos, buscando superar as dificuldades vivenciadas (SALES, 2012). É essencial a discussão a sociedade respeito das pessoas com deficiência, a fim de ultrapassar as barreiras e os preconceitos que impedem a inclusão social dessa população.

Em se tratando da pessoa com amputação e que a rede de atenção mais próxima a essa pessoa é a atenção básica, destaca-se o papel do enfermeiro, o qual vai além de prestar o cuidado. Portanto, as necessidades da pessoa com amputação não se completam apenas com o cuidado do coto; há demandas por readaptar-se a uma nova postura corporal, compreender e superar as dificuldades para adaptação, assim como gerar oportunidades de reinclusão social.

As políticas públicas têm como discurso possibilitar planejamentos voltados à atenção a esta população, capacitando estes profissionais a reconhecerem as suas necessidades, buscando uma atenção à saúde mais efetiva (SALES, 2012). Reafirma-se ainda que o familiar/cuidador inserido neste contexto é essencial neste processo de aceitação e cuidado, afinal eles são considerados [nessa lógica de atenção] o apoio da equipe de saúde na continuidade do cuidado (OTHERO, DALMASO, 2009; CASTRO, 2011). Ressalta-se o quanto o fornecimento de informações sobre a experiência a ser vivenciada é imprescindível, em que o enfermeiro promove ações de educação em saúde visando à readaptação à nova condição (SALES, 2012).

A atenção básica à saúde se faz importante para possibilitar a atenção à saúde para as pessoas com deficiência, considerando o incentivo à participação social, buscando a inclusão social dessas pessoas (OTHERO; DALMASO, 2009). Mas será que é assim que acontece? Ou é assim que deveria ser? Logo, reflete-se o quanto a equidade em saúde sobrepõe a igualdade do acesso, a fim de possibilitar a igualdade de oportunidades a essa população (CASTRO, 2011).

A reabilitação vai além do simples reabilitar-se, seu processo inicia-se concomitantemente ao cuidado prestado no decorrer da atenção à saúde. Idealiza-se que a pessoa submetida à amputação possa usufruir de melhores condições que possibilitam a adaptação à nova condição. Logo, é papel dos profissionais envolvidos na atenção à saúde dessa população minimizar fatores que influenciam negativamente no processo de recuperação (BORGES, 2013).

Evidencia-se o Estado como corresponsável na recuperação da pessoa com amputação, que abrange diversos aspectos, além do setor da saúde. Considerando que a intervenção do Estado diante da pessoa com amputação está também ligada a setores que regulam mecanismos a fim de reincluí-la socialmente, seja pela saúde, trabalho, educação, segurança, proporcionando condições de possibilidade para a cidadania.

Evidencia-se que a reabilitação é contínua, podendo ocorrer durante toda a vida desde o início da lesão ou doença (BORGES, 2013; PERKINS, 2011). Logo a reabilitação envolve diferentes cenários e ela

deve subsidiar a atenção à pessoa com amputação, a fim de minimizar ou findar preocupações que surgem diante da nova condição (BORGES, 2013).

O reabilitar-se ocorre em diversos contextos, ultrapassando os limites de um centro de reabilitação. Ele está presente no momento da internação, além dos momentos que antecedem e sucedem a hospitalização, no ambiente em que a pessoa com deficiência reside e está inserida. Logo, o olhar reabilitador deveria estar presente em todo o processo de recuperação, estabelecendo boas práticas de cuidado (BORGES, 2013). Fica evidente que a reabilitação conduzida por uma equipe multidisciplinar, buscando um plano terapêutico que se destina restabelecer fisicamente, a fim de compreender sua nova condição, possibilita melhor progresso para independência física e social (DORNELLAS, 2010).

O reintegrar-se fisicamente condiz à acessibilidade adequada que essa população necessita, tendo em vista as barreiras físicas que devem ser superadas por ela. A questão de acesso é uma agenda de discussão nos países em desenvolvimento, o qual está condizente à informação e ao conhecimento que a pessoa com deficiência possui sobre a legislação que a assegura (BATOSTELLA, 2012).

Destaca-se que ao valorizar o ser humano, independentemente das suas condições físicas e psíquicas, proporciona-se o seu crescimento pessoal e sua autonomia, permitindo que eles se sintam inseridos no seu contexto social (SCHRAMM, 2008). Logo, para reinserir socialmente a pessoa com deficiência, são oportunas reflexões que fundamentam a construção de políticas públicas que abarquem tais necessidades (BERNARDES et al., 2009).

As políticas públicas em prol dessa população surgem com o objetivo de promover cidadania, proteção social e inclusão social (SANTOS, 2011). O proteger envolve a responsabilidade do Estado perante as pessoas com deficiência, proporcionando-lhes justiça em vez de paternalismo e benevolência (SANTOS, 2011). O mesmo autor faz refletir a deficiência como uma questão social de responsabilidade do Estado, sob a luz dos direitos humanos em prol das pessoas com deficiência, sustentando a questão do cuidado como uma questão pública (SANTOS, 2011)

Discute-se que a partir do momento da amputação, inicia-se um novo traçado tendo em vista a nova condição. Desafios surgem e espera-se superá-los. Há quem diga que o principal deles é a inclusão social, ou seria a reinclusão social? Inicia-se então a luta em prol do reconhecimento da sociedade em relação à pessoa com deficiência.

Talvez, nesse contexto, um dos pontos mais relevantes é o retorno ao trabalho.

Dentre as pessoas com deficiência, são as pessoas com amputação que possuem os melhores índices de retorno à atividade laboral. No entanto, o retorno ao trabalho não é simples, e quando as dificuldades são impostas tal objetivo fica mais distante. A burocracia que está intrínseca ao processo de recuperação da pessoa com amputação é um dos destaques nas dificuldades para o retorno ao trabalho, além da situação socioeconômica que pode mudar no decorrer desse processo. Em suma, entende-se que essa população deve ser reconhecida e valorizada pela sociedade, afinal ela possui a mesma habilidade cognitiva anterior ao trauma vivenciado (DORNELAS, 2010).

Traz-se a acessibilidade como uma questão a ser refletida, visto que a legislação brasileira garante direitos iguais a essa população, conforme discorre o artigo 23 da Constituição Federal a respeito da “assistência pública à pessoa ‘portadora de deficiência’” (BRASIL, 1988). No entanto, tal enunciado contrapõe o que foi observado no censo de 2000, em que a maior parte da população com alguma deficiência não retornou às atividades laborais (DORNELAS, 2010). Onde está a assistência prevista a essa população? O que o Estado tem feito e faz para que os seus direitos sejam cumpridos?

Sobreleva-se que a nova condição não condiz somente à independência adquirida por meio da prótese, mas também há fatores que independem do uso da prótese, como a autonomia adquirida por essa pessoa (DORNELAS, 2010). Isso reforça o quanto a recuperação da pessoa com amputação vai além da atenção à saúde, principalmente para aqueles que eram economicamente ativos. A pessoa mais velha é mais capaz de desenvolver estratégias que facilitem a sua readaptação, considerando as mudanças que vêm surgindo no decorrer do envelhecimento, possibilitando uma maior autoestima em relação à situação vivenciada (BRANDSTÄDTER, 2009; COFEY, 2014).

É certo que a pessoa que possui alguma deficiência, ou que recém sofreu um trauma que o incapacite, intenta restabelecer a função perdida para perdurar-se operante na sociedade. Por tal expectativa, reforça-se o quanto o olhar reabilitador é imprescindível em todos os cenários de atendimento a esta população (KNOWLTON, 2011; DEMEY, 2012).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS QUE SUBSIDIAM A ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA COM AMPUTAÇÃO

Dentre todas as políticas públicas que envolvem os direitos das pessoas com amputação, enuncia-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e as Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada (DAPA). A primeira dispõe a respeito “da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2012). Quanto às diretrizes, seu objetivo é “fornecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com amputação de membro nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (BRASIL, 2014, p.5).

A proposta das redes de atenção surgiu no final de 2010, com o intuito de gerar eficácia na produção de saúde, gestão do sistema de saúde em todos os níveis, possibilitando a efetivação do SUS. Logo, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) buscam assegurar a integralidade do cuidado por meio de estruturas organizativas de ação e serviços de saúde, independentemente da tecnologia utilizada, com apoio logístico, técnico e de gestão. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência começou seus trabalhos em 2012. Mas, há outras redes de atenção, a saber: Rede Cegonha; Urgência e Emergência; Doenças e Condições Crônicas; Atenção Psicossocial (BRASIL, 2010).

A RCPD busca atender à necessidade de disponibilizar uma rede integrada de serviços em reabilitação que possa ser articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção à população com deficiência, sobressaltando a importância de ampliar os serviços do SUS para a atenção com às pessoas com deficiência. Nesse contexto, destaca-se que o envolvimento da rede às pessoas com deficiência – destaque às pessoas com amputação – engloba o respeito aos direitos humanos, possibilitando a elas fazerem suas escolhas, garantindo-lhes autonomia, evidenciando as diferenças que existem diante da situação vivenciada a partir da nova condição. Na RCPD a atenção multiprofissional precisa acontecer de maneira interdisciplinar, visando às necessidades dos principais envolvidos (BRASIL, 2012).

A atenção a essa população engloba todas as esferas da sociedade, no intuito de promover melhores condições de vida. Sendo assim, ao Estado o ideal seria estabelecer ferramentas que favoreçam a inclusão social, em prol da autonomia e cidadania. Quanto aos profissionais, enfatiza-se os serviços prestados na comunidade, com

enfoque na participação e no controle social dos usuários e de seus familiares, integralizando o cuidado, além de possibilitar a qualificação profissional por meio da educação permanente (BRASIL, 2012).

Ao olhar os objetivos da RCPD, é possível refletir sobre a inserção da pessoa com amputação em todo o contexto político que a envolve. A rede de cuidados tem como estratégia de ação a comunicação entre os diferentes pontos de atenção, capacitando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2012). Tal fato evidencia e apresenta a família na atenção a essa população. Ressalta-se que as redes de atenção à saúde pressupõem uma atenção à saúde horizontal, cujo fluxo de atendimento acontece em todos os sentidos.

Como objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, destacam-se aqueles que se relacionam à pessoa com amputação (BRASIL, 2012, p.1):

Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação [...] física [...]; Ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM); Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social; Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais; Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

Os referidos objetivos constataam a magnitude de tal política, que busca amparar a pessoa com deficiência em diferentes contextos, garantindo seu bem-estar biopsicossocial. Nessa perspectiva, o Estado deveria prover de mecanismos que possibilitassem a implantação e efetivação da RCPD, a partir do “diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; contratualização dos Pontos de

Atenção; implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”. Destaca-se que o Grupo Condutor tem como objetivo dar suporte para a implantação e implementação da RCPD, promovendo a articulação entre os pontos de atenção como fator crucial para o fortalecimento da RCPD (BRASIL, 2012, p. -).

Os pontos de atenção que compõem a RCPD envolvem a atenção básica, a atenção especializada em reabilitação e a atenção hospitalar e de urgência e emergência. É objetivo da RCPD que tais pontos de atenção sejam articulados entre si, a fim de assegurar a integralidade do cuidado e o acesso regulado em cada ponto de atenção. Logo, a responsabilidade profissional envolve “a acessibilidade, comunicação, manejo clínico, medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou melhora ou recuperação da função e medidas de compensação da função perdida e da manutenção atual” (BRASIL, 2012, p. -).

Reforça-se que a atenção básica conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além da assistência odontológica para dar suporte às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Logo, a RCPD traz à atenção básica inúmeras ações estratégicas visando o aprimoramento da atenção a essa população. No que diz respeito às pessoas com amputação evidencia-se:

educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas; criação de linhas de cuidados e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência; incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência; implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência; acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar; apoio e orientação às famílias e acompanhamentos de pessoas com deficiência. (BRASIL, 2012, p.1).

Ao componente “Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências”, mostram-se como pontos de atenção os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação e os Centros

Especializados em Reabilitação (CER), com a disponibilidade de um serviço de Oficina Ortopédica, fixo ou itinerante. Para a pessoa com amputação, tal ponto de atenção volta-se ao fornecimento de prótese, em que a “Oficina Ortopédica constitui-se em um serviço de dispensação, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM)”. Sinaliza-se ainda que a Oficina Ortopédica se articula com os pontos de atenção, Serviço de Reabilitação Física ou CER, a fim de possibilitar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2012, p. 2).

Os pontos de atenção na Atenção Especializada em Reabilitação devem ser caracterizados como um serviço de referência regulado, além de ser referência de cuidado. Ressalta-se a construção de um Plano Terapêutico Singular, com o envolvimento daqueles que usam o serviço, seus familiares e acompanhantes como forma matricial na rede de atenção, o que destaca a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social e realizando ações em apoio matricial na atenção básica (BRASIL, 2012).

No que diz respeito à “Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência” na RCPD, mostra-se o aspecto considerado importante e essencial para a efetivação da reabilitação: “instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência” (BRASIL, 2012, p. 2).

Diante de todos os aspectos que emergem da RCPD e que fundamentam e amparam os diferentes níveis de atenção, bem como dos profissionais envolvidos na atenção à saúde da pessoa com deficiência, remete-se às Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada (DAPA) como ferramenta a auxiliar a RCPD, a fim de possibilitar às equipes multiprofissionais a compreensão do cuidado à pessoa com amputação nesses diferentes contextos, os quais se interligam.

As DAPA apresentam como equipe multiprofissional mínima envolvida no processo de reabilitação: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Tal equipe deveria atuar a partir de mecanismos que favorecessem um projeto terapêutico que garanta a atenção integral, sem existência de condutas desconexas. Para contextualização da temática, as DAPA abordam a questão epidemiológica envolvida no processo de amputação e traz-se como destaque de causa as doenças vasculares, diabetes, além das amputações traumáticas que estão diretamente relacionadas aos acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo, os quais envolvem principalmente homens (BRASIL, 2014).

Independentemente do modo como foi elaborada, em todos os aspectos que envolvem a atenção à pessoa com amputação, as DAPA disponibilizam orientações às equipes multiprofissionais nos diferentes contextos: fases pré-cirúrgica e cirúrgica; fase pós-cirúrgica imediata; fase pré-protética; fase protética; atenção básica; e benefícios esperados. E, considerando cada momento da atenção à saúde da pessoa com amputação, emergem nas DAPA enunciados que resumem a importância do conhecimento profissional sobre o processo de reabilitação da pessoa com amputação e o quanto ele é alicerce para uma boa recuperação, em conjunto com a família e com a sociedade, em prol do bem-estar da pessoa com amputação (BRASIL, 2014).

Marques, et al (2014) mostra que a pessoa com amputação reconhece o atendimento de cada profissional, mas não consegue visualizar tal cuidado de maneira integrada e interdisciplinar. E, Vargas, et al. (2014) traz que a fragmentação no cuidado, seja ele inter ou intrainstitucionalmente, está relacionada a um sistema de saúde obsoleto do século XX, cuja ideia de cuidado está voltada a tratamentos pontuais, de eventos agudos. Considera-se hoje que a real necessidade de cuidado está voltada às condições crônicas (MENDES, 2011; VARGAS, 2014), envolvendo uma gama maior de profissionais com objetivo único de proporcionar melhores condições de vida àqueles que necessitam.

O contexto das DAPA enfatiza a atenção à saúde da pessoa com amputação de caráter eletivo no procedimento cirúrgico da amputação. Mostra-se a reabilitação como ferramenta a ser desempenhada antes que a amputação aconteça, a fim de possibilitar orientações e cuidados que potencializam o fortalecimento, prevenção e correção de deformidades (BRASIL, 2014).

Traz-se a importância do preparo do profissional que dará a atenção a essa pessoa no intuito de alcançar os objetivos esperados. Todas as mudanças que surgem a partir do momento em que é tomada a decisão pela amputação devem ser consideradas, assim como quais profissionais capacitados auxiliarão a pessoa e sua família diante da nova situação. É relevante apresentar as possibilidades de reinclusão na sociedade, sendo papel da equipe multiprofissional informar os direitos dessas pessoas (BRASIL, 2014). Mas tais direitos seriam reconhecidos nos discursos dos profissionais quanto a atenção à saúde da pessoa com amputação?

Por fim, apresenta-se a readaptação das Atividades de Vida Diária (AVD) como mecanismo precursor da atenção à pessoa com amputação (BRASIL, 2014). Em todo fluxo de atendimento que envolve a atenção à pessoa com amputação, as DAPA destacam e dão ênfase à

Atenção Básica (AB), visto que a AB é o “nível de atenção responsável por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. Podendo ser descentralizada e localizar-se mais próximo às pessoas, em que a AB é acesso preferencial ao sistema de saúde, centralizando a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014, p.17).

Sabe-se que a amputação tem seu procedimento realizado em níveis de maior ou menor complexidade. Para as DAPA, a AB é referência importante, visto que os profissionais da AB serão aqueles que acompanharão a recuperação dessas pessoas e farão os devidos encaminhamentos quando necessários (BRASIL, 2014). A presente diretriz evidencia a importância da AB no cuidado a pessoas que estão à espera da amputação e eleva as responsabilidades dos profissionais da AB a monitorar e disponibilizar cuidados de doenças que são causas base de uma amputação. Logo, traz-se como mecanismos da AB: “o diagnóstico precoce; a oferta dos medicamentos necessários para o tratamento dessas doenças; a oferta de cuidado multiprofissional; o encaminhamento para os demais níveis de atenção” (BRASIL, 2014, p. 29).

Como benefícios esperados das DAPA, a diretriz ressalta como ferramenta o cuidado integral oferecido à pessoa com amputação a fim de possibilitar a “manutenção da sua saúde física e mental, bem como o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social” (BRASIL, 2014, p.31).

Vale destacar que aquele que necessita de cuidados, na maioria das vezes, desconhece seus direitos e conseqüentemente, aceita qualquer tipo de atenção, como um favor daquele que a presta (MARQUES et al., 2014). Logo, avaliar de que modo se articulam as intervenções necessárias à pessoa com amputação diante das políticas públicas a fim de fornecer condições de possibilidade quanto à integralidade, equidade e universalidade que regem o SUS é o ponto de sustentação deste estudo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

#### 3.1 BIOPOLÍTICA E ATENÇÃO À PESSOA COM AMPUTAÇÃO

Governar uma casa, uma família, não é essencialmente ter por fim salvar as propriedades da família; é ter como objetivo os indivíduos que compõem a família, suas riquezas e prosperidades; é prestar atenção aos acontecimentos possíveis, às mortes, aos nascimentos, às alianças com outras famílias; é esta gestão geral que caracteriza o governo [...] O essencial é portanto este conjunto de coisas e homens; o território e a propriedade são apenas variáveis (FOUCAULT, 2006, p. 283).

A pessoa com deficiência possui necessidades específicas que demandam uma atenção à saúde a fim de estabelecer condições de possibilidades para uma vida normal. Vida normal no sentido de sentir-se inserida na sociedade, com acessibilidade e recursos que possibilitam sua adaptação ao meio ambiente, resultando em qualidade de vida. A qualidade de vida está envolvida em significados que correlacionam às necessidades políticas e econômicas com as questões culturais e científicas, determinando o modo de agir no dia a dia (GIMENES, 2013).

Nessa lógica, a saúde é item relevante à qualidade de vida, é uma questão social e vai além do indivíduo, englobando uma abordagem coletiva (ALMEIDA, 2012). Sendo assim, o discurso de Foucault destaca o poder político em prol da “saúde e bem-estar geral da população” em que os “aparelhos de poder” se responsabilizam em disponibilizar mecanismos aos “corpos”, a fim de “garantir saúde”. A saúde apresenta-se como “dever de cada um e objetivo geral”. Significando politicamente a organização da sociedade por meio do bem-estar biopsicossocial (FOUCAULT, 2006, p.196-197).

Ao refletir como o bem-estar biopsicossocial é um mecanismo essencial para a sociedade, destaca-se que o Estado busca fornecer assistência a fim de proporcionar condições que possibilitariam certo crescimento econômico. Essa concepção liberalista traz a saúde e educação como benefícios para aqueles que não conseguem adquiri-las sozinhos.

Há de se pensar que a pessoa com amputação integra esta parcela da população que provisoriamente, ou não, “não pode alcançar certo patamar de consumo que a sociedade considera decente” (FOUCAULT, 2008, p. 280). E nesse sentido, Foucault (2008, p. 280) refere que para aqueles que requerem auxílio, dever-se-ia conceder os “benefícios compensatórios, os benefícios de cobertura característicos de uma política social”.

Apenas uma parcela da população requer ajuda de uma política social, e é para essa parcela que o Estado pensa, com o intuito de garantir seu crescimento econômico, afirmando a concepção de uma sociedade de consumo.

O Estado propicia assistência onde é possível “investir”, para que o retorno econômico possa ser plausível e o consumo se torne efetivo, proporcionando o desenvolvimento para a pessoa e da pessoa. Considera-se a atenção à saúde da pessoa com amputação como ferramenta a conceder inclusão social, à medida que garantiria o poder de consumo a essa população. Como expectativa, busca-se promover ações de educação em saúde a fim de mobilizá-los para o alcance do bem-estar e torná-los, à medida do possível, independentes de uma assistência social.

É coerente ponderar a atenção à saúde como um plano sociopolítico (ALMEIDA, 2012). Nesse debate, destaca-se o quanto à saúde pode influenciar nos valores que a sociedade possui ou instigar as pessoas a possuírem-no. Nessa lógica, a “verdade” veiculada na sociedade remete à saúde como um “bem inquestionável”. O valor da saúde, por vezes, é direcionado por uma ditadura pela saúde ideal e qualidade de vida (GIMENES, 2013, p. X), gerando uma expectativa inacessível por muitos que necessitam de uma assistência social independente das ferramentas, teoricamente, viabilizadas pelo Estado em prol da sociedade.

A reflexão a respeito da saúde e da qualidade de vida, do quanto todo esse contexto repercute diretamente na condição de saúde das pessoas com deficiência, neste caso, as pessoas com amputação – é um fato a ser considerado. Há que destacar a saúde como valor e bem de consumo, sendo alvo da economia, em um cenário epidemiológico em transição no Brasil, como o aumento do índice de doenças crônicas não transmissíveis (MELO, 2014) e causas externas.

Todo esse contexto, traduz uma sociedade que requer uma atenção voltada à promoção da saúde, a fim de estabilizar doenças crônicas que são causas base a consequências maiores, como a amputação. É dessa forma que o Estado idealiza possibilitar à população

certa autonomia para o cuidado, remetendo à responsabilidade da atenção à saúde para a pessoa que necessita de cuidados e para a sua rede de apoio. No entanto, a realidade vivenciada, por essas pessoas, configura-se distanciada do prescrito pelo Estado, por meio das políticas públicas.

Discute-se, assim, a possibilidade da pessoa com amputação perder seu ‘valor de mercado’, em que seu desempenho se torna diferente após o trauma, refletindo no seu poder econômico. Considerando que o “*homo oeconomicus* [...] é empresário de si” (FOUCAULT, 2008, p. 311) e assim requer mecanismos para que lhe sejam proporcionadas condições de seguir adiante, independentemente de afastar-se do padrão que se espera de um “capital humano”.

Seguindo o pensamento econômico da sociedade capitalista em que vivemos, vê-se a educação em saúde a qual pode garantir um indivíduo econômico, que gera consumo, reduzido-se apenas ao contexto de diminuição de riscos e agravos. No entanto, ações de educação em saúde podem possibilitar estratégias para melhores condições biopsicossociais da população. É mais viável investir na promoção da saúde a fim de possibilitar o atendimento pela atenção básica, estimulando a diminuição de agravos que podem resultar no aumento da hospitalização. O que é proposto à população está ligado a um interesse implícito do Estado, como o investimento em políticas que ressaltam ações de promoção da saúde para a redução de gastos com pessoas que deixam de ser economicamente ativas, passando a utilizar recursos assistenciais do Estado, seja por um período transitório ou definitivamente.

Então, promover ações que proporcionam à pessoa com amputação retornar seu status de *homo oeconomicus*, seria um dos propósitos tácitos das políticas de saúde, a fim reforçar e incentivar a economia, possibilitando o crescimento econômico esperado pelo Estado. Tal ponderação é relativa ao indivíduo jovem, que antes do trauma era economicamente ativo e conseqüentemente potencializava o crescimento econômico que o Estado idealiza. Já, quando a pessoa com amputação é também idosa, este contexto não é vantajoso ao Estado, pois o processo de recuperação de uma pessoa idosa tende a ser mais longo. E longos períodos de internações são sinônimos de maiores despesas para o Estado, além de uma maior exposição a riscos recorrentes a uma internação hospitalar. Logo, toma-se como alternativa, para essa população específica, promover ações que impeçam situações agravantes, possibilitando mecanismo para uma atenção domiciliar.

Nessa perspectiva, a discussão sobre educação em saúde também se remete ao estilo de vida da população, influenciado por normas e padrões estipulados e esperados pela sociedade, de acordo com a liberdade “concedida” pelo Estado. Dessa forma, as ações de educação em saúde são consideradas estratégias biopolíticas, compreendidas como tudo que envolve melhores condições de saúde (MELO, 2013). É importante ponderar; que as condições de saúde estão relacionadas à maneira pela qual a pessoa governa suas atitudes em prol do seu bem-estar. Consequentemente, idealizando a oportunidade de acesso a informações, acesso à assistência, garantia de atendimento, acesso a um ambiente livre de riscos, como também garantia de hábitos saudáveis.

A promoção da saúde tem como propósito repensar acerca da saúde, vislumbrando novas ideias a respeito do “binômio saúde-doença”, proporcionando novas formas de cuidar (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Entre tantas, reforça-se a desospitalização como algo importante, ressaltando o cuidado domiciliar como um alicerce ao cuidado em saúde.

Com esse propósito, um estudo canadense apresenta a mudança no sistema de saúde envolvendo a atenção básica como referência na atenção à saúde. Contudo, o mesmo estudo destaca o despreparo que existe quando o cuidado a longo prazo passa a ser de responsabilidade da atenção básica (AUSTIN, 2011). Ressaltando a tendência do estabelecimento de políticas públicas em prol dos atendimentos a longo prazo, tendo em vista a transição epidemiológica que está acontecendo no decorrer das décadas (OMS, 2002), destacando a importância da compreensão dos profissionais de saúde quanto à atenção à saúde direcionada para a promoção.

As políticas de saúde apontam a natureza e a prática da distribuição de recursos. As implicações desse processo sugerem potenciais impactos no cuidado da pessoa e da família. As pessoas se tornam um produto que é controlado por um sistema de saúde que procura governar a clínica avaliando os resultados das medições e os objetivos de prática clínica previamente estabelecida, independentemente das necessidades específicas de cada pessoa (MULA, *et al*, 2017).

As necessidades da sociedade estão em constante mudança, a cada momento surge o desejo do algo a mais: mais saúde, mais conforto, mais segurança, mais estabilidade, mais educação. O anseio por consumo impulsiona o crescimento e, dessa forma, possibilita ferramentas de empoderamento à pessoa com deficiência, a fim de

fortalecer seu processo de recuperação, proporcionando mais liberdade diante do seu meio ambiente.

A liberdade está intrínseca à arte governamental, a qual “é obrigada a produzi-la, é obrigada a organizá-la” (FOUCAULT, 2008, p.86). Organizar a liberdade das pessoas resulta na biopolítica, pois é a partir das necessidades que a sociedade rompe barreiras e se estabelecem novas estratégias que possibilitam a retomada de “controle” da liberdade concedida. Logo, compreende-se o surgimento das políticas a partir das necessidades da população a fim de “organizá-las/controlá-las”, configurando-se como pontos de equilíbrio da sociedade esquematizados pelo Estado.

Retoma-se ao conceito de saúde como estilos de vida “padronizados e regulados”, os quais constroem “um *‘ethos’* sanitário” fundamentado na biopolítica (FURTADO; SZAPIRO, 2012, p. 812). A saúde que todos têm direito está propensa ao que o Estado espera que sociedade possa oferecer de retorno. No cenário econômico atual, é esperado que a pessoa seja capaz de gerar crescimento e desenvolvimento ao Estado. E para que isso seja possível, ações políticas tornam-se ferramentas que supostamente forneceriam condições de proporcionar uma sociedade equalizada aos olhos do Estado.

A forma de ser fundamentada a biopolítica organiza os comportamentos por meio dos estilos de vida e orienta novas formas de gestão da saúde (FOUCAULT, 2008). Biopolítica reflete o que cada pessoa anseia da sua vida e traz o biopoder como precursor de novo modo de ser, ser autônomo e ser que governa a si mesmo (FOUCAULT, 2010; 2017). Daí a responsabilidade do Estado diante da sua população, fundamentando o surgimento de estratégias biopolíticas (FURTADO, SZAPIRO, 2012).

A biopolítica desencadeia questões no que diz respeito à governamentalidade do Estado, gerado pela junção de “saberes/poderes” de diversas áreas: biomédica, humana, estatística, as quais racionalizam as práticas governamentais. E as estratégias biopolíticas são mecanismos para a preservação da vida da população e envolvem a vida da pessoa como singular e como população (GIMENES, 2013). Ela, a biopolítica, é capaz de fundamentar uma política pública (SILVA; MIRANDA; GERMANO, 2011), possibilitando ao poder-saber “um agente de transformação da vida humana” (PRUINELLI; KRUSE, 2011, p. 680). E o contexto biopolítico relacionaria o viver saudável esperado, caso se concretizasse em uma política de saúde, possibilitando o “fazer viver”, minimizar as condições que se oponham e desfavoreçam um ambiente

salubre (FURTADO, SZAPIRO, 2012). O termo “fazer viver” traz ao Estado a responsabilidade de proporcionar à população tenha garantia que seu ambiente seja compatível com a diminuição de agravos à saúde, favorecendo a expectativa de vida, impulsionando a promoção da saúde.

A promoção da saúde está vinculada a um plano biopolítico em prol da sociedade de controle, trazendo a pessoa como responsável pelas suas decisões, resultando no seu estilo de vida (FURTADO, SZAPIRO, 2012). A pessoa é responsável pela sua saúde, mas o Estado lhe oferece garantia de acesso à atenção à saúde, isso pelo menos em teoria, visto a organização do sistema de saúde brasileiro. É-se referido em teoria porque, afinal, há um distanciamento entre o prescrito e o real. Até que ponto tudo é resultado de más ações em gestão ou ações propositais de gestão? Resta refletir!

Foucault analisa o Estado como órgão que intervém na população por meio de política em saúde, destacando o “fazer viver”, em que as ações estão voltadas a garantir um ambiente salubre, tendo em vista as condições socioambientais como determinantes da questão saúde (FOUCAULT, 2010). Retoma-se a biopolítica como forma de ditar de que modo deveria ser a vida das pessoas, a partir do autocuidado a fim de aumentar a expectativa de vida, controlando os riscos. Tal “normalização” remete ao biopoder, tomando como referência uma política pública de saúde direcionada ao controle das “iniciativas pessoais” (FURTADO, SZAPIRO, 2012).

A ideia é que as formulações das políticas em saúde estejam direcionadas à promoção da saúde, a partir do aparecimento de comorbidades, o que muda o olhar para a noção de risco, “excluindo” a ideia apenas da doença já instalada. Por este propósito, buscar-se-ia aperfeiçoar os cuidados de saúde em qualquer fase da vida, minimizando os riscos, buscando a longevidade. Na perspectiva de “promover saúde” como algo que ultrapassa a ação de “curar e de prevenir” (FURTADO, SZAPIRO, 2012).

Esta prerrogativa permite reaver a análise sobre o que é dito de forma teórica a respeito da educação em saúde e a prática de educação em saúde realizada pelos profissionais, como, por exemplo, na atenção básica. É ponderado que as práticas discursivas que fundamentam as ações de educação em saúde poderiam dificultar o cuidado, influenciando negativamente o surgimento de estilos de vida que se diferem dos estilos padronizados (MELO, 2013). Desse prisma é possível refletir o quanto pode ser gerado um “abismo” entre a atenção em saúde prescrita e a atenção em saúde real. Não é possível seguir um padrão de atenção, logo far-se-iam importantes mais ferramentas para

garantir que o que é proposto em uma política em saúde seja realmente equalizado no atendimento àqueles que necessitam.

O processo saúde-doença envolve questões além da saúde propriamente dita. São considerados os aspectos ambientais e comportamentais, os quais fazem jus, ou não, à responsabilidade explícita do Estado. Tal abordagem é respaldada pela responsabilidade que cada um possui diante da sua saúde, baseando-se em aspectos político-administrativos, econômicos, morais e culturais (GIMENES, 2013). Como entendimento, traz-se a reflexão da verdade acerca da deficiência para além de um discurso médico, sendo consideradas as questões jurídicas, trabalhistas e políticas que, também, articulam-se aos limites da inclusão social, da acessibilidade e da participação social (SILVA; MIRANDA; GERMANO, 2011).

Nessa perspectiva, ressalta-se a relevância da pessoa com amputação ser capaz de adquirir autonomia diante da sua mais nova condição, buscando seus direitos perante o Estado. Para a pessoa com amputação, as políticas públicas priorizam o retorno da “eficiência” perdida, ou a adaptação à nova condição, potencializando as “eficiências” preservadas? Ao Estado, o intuito está em garantir saúde no sentido de não permitir maiores agravos que remetam a um “prejuízo” ao sistema econômico. À pessoa com amputação compete quebrar a barreira de um simples adaptar-se à nova condição, ao mesmo tempo em que é essencial que ela valorize, ainda mais, aquilo que antes e pós-amputação se mantém.

Toma-se que a biopolítica compõe o controle das multidões, a partir do “controle do indivíduo, do seu corpo e de seu espírito”, regulando conseqüentemente seu discurso. O discurso válido está relacionado à forma pelo qual é promovido (ASCELRAD, 2014, p. 318). O discurso fundamenta-se a partir das vivências, estando a sustentação de um discurso relacionada à maneira como o contexto direcionou a formação de determinados enunciados em favorecimento de outros modos de expressar-se. Nessa linha, destaca-se a noção de verdade, que é considerada como “tudo o que pode ser dito, tudo o que deve ser buscado, tudo o que se insere na ordem, tudo o que faz sentido dentro de certo regime de signos” (ASCELRAD, 2014, p 318). Logo, a verdade está envolvida ao poder que ela gera e com os efeitos de poder que se reproduzem por ela (FOUCAULT, 2006).

A verdade é vista como o poder de declaração, em que aquele quem diz é igualmente importante quanto aquilo que é enunciado. A diferença entre verdade e falsidade envolve a referência em que o discurso se baseia (ASCELRAD, 2014). Foucault (2006) traz para

discussão a relação que existe entre o pensamento e a questão da verdade, afirmando a existência da verdade e questionando aqueles que se opõem a tal afirmação. O mesmo autor (2006, p. 242) ressalta a problematização, como “conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e falso e o constitui como objeto para o pensamento”, o mesmo envolvido por questões de “reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.”.

Nessa perspectiva, afirma-se que a problematização deste estudo envolve as relações de poder que permeiam a atenção à saúde da pessoa com amputação e os discursos que são constituídos a partir de cada experiência enunciada pelos participantes da pesquisa. A cada discurso, torna-se evidente a verdade contextualizada, a maneira como à atenção para a saúde se delimitou no decorrer do processo de recuperação da pessoa com amputação, o que possibilita discernir os aspectos culturais, políticos e científicos que compõem e determinam os discursos desse estudo.

Reflete-se, assim, quanto o governo de si envolve-se com a “prática do governo dos outros”, pelo qual compõe caminhos diferentes para mesma discussão e traz à tona a relação existente entre “consigo mesmo e a relação com os outros”. (FOUCAULT, 2006, p.242 e 243). Dessa maneira, Foucault demonstra que a verdade não deveria ser estabelecida pelo regime político em forma de lei, trazendo como reflexão a liberdade de comunicação, qual deveria existir e que o “dizer verdadeiro” deveria ser respeitado ao ponto que “nenhum poder pode economizar” (FOUCAULT, 2006, p.251)

Foucault (2012, p.219) destaca que “o espaço é fundamental em toda forma de vida comunitária. O espaço é fundamental em todo exercício do poder.” O poder é exercido diante da diferença entre o que é verdadeiro e falso, por esta maneira, exclui-se a individualidade presente no consumismo da sociedade e fundamenta-se na capacidade do pensar em si de forma autônoma, não considerando a subordinação do próximo. O que emerge é a defesa do pressuposto do cuidar de si para cuidar do outro, a fim de garantir os direitos de todos (ASCELRAD, 2014).

Faz-se pensar no homem como alguém que estabelece relações a partir da sua maneira de ser e agir com os meios que compõem a sociedade, como a política e a economia (FOUCAULT, 2006). Consequentemente, o estado considera a informação como requisito importante na formulação de julgamentos quanto às condições que são expostas para a população (SILVA, 2013). Diante disso, na questão da

saúde, qual profissional seria o mais preparado para fornecer informações adequadas para melhores condições de saúde? E quem seria o responsável em garantir uma atenção em saúde de qualidade? Seria a reponsabilidade apenas de um profissional? Vale ponderar que a atenção à saúde se torna mais eficaz quando há uma equipe multidisciplinar e as pessoas que demandam necessidades de saúde sobre o plano terapêutico proposto.

Dessa forma, pode-se considerar que diante dos regimes de verdade das relações de poder, encontra-se o indivíduo, o qual é guiado por uma verdade médico-científica quanto à preocupação com o corpo, em que se constitui uma política cuja premência está a estabelecer verdades que tenham uma amplitude de alcance na sociedade, sendo a saúde do corpo a matéria-prima na produção de verdades (SILVA, 2013, p. 3085).

Diante dos fatos apresentados, indaga-se: qual a verdade sobre o corpo da pessoa com amputação? Afinal, a regra atual é “não adoecer”, pois a doença é algo que não pertence à vida, deixando de ser inerente a esse processo (SILVA, 2013). E como ficam aqueles que possuem seus corpos “sem eficiência”? Esse é um “desvio de conduta” perante a normalidade imposta. Nessa ótica, Silva, Miranda e Germano (2011) fundamentam-se em Foucault para afirmar que a problematização diante da deficiência está respaldada nas condições de saber, poder e verdade que moldam os sujeitos considerados deficientes (SILVA; MIRANDA; GERMANO, 2011).

Foucault (2006) ressalta a relação entre a liberdade, relações sociais e as distribuições espaciais em que a compreensão de si se passa pelo outro, de modo que a relações possuam convergência e, conseqüentemente, alcancem o que se espera. Portanto, no governo está inserido o “governo dos indivíduos, o governo das almas, o governo de si, por si, o governo das famílias, o governo das crianças” e engloba um conceito mais amplo quanto às ciências (FOUCAULT, 2006, p. 222). Nessa perspectiva, mostra-se que a sociedade é heterogênea em sua concepção, em que seus princípios e valores são fundamentados em suas culturas. E, o respeito à “diferença” é essencial, ao que condiz “lidar com a ‘diferença’, com o ‘externo e o outro’, supondo que a razão é composta por elementos universais quando se refere a questões de intervenções humanas” (ALMEIDA, 2012, p. 28).

Respeitar o próximo, independentemente da sua condição, geraria ações que levariam a uma sociedade mais homogênea em seus direitos, diante de tanta diversidade. A garantia dos direitos àqueles que necessitam envolve o olhar sem rotulações, apenas buscando solucionar

ou minimizar aquilo que impede o outro de continuar. Conseqüentemente, a intervenção durante a atenção em saúde deveria ter essa prerrogativa: seguir o que é pré-determinado ao mesmo tempo adaptando-o.

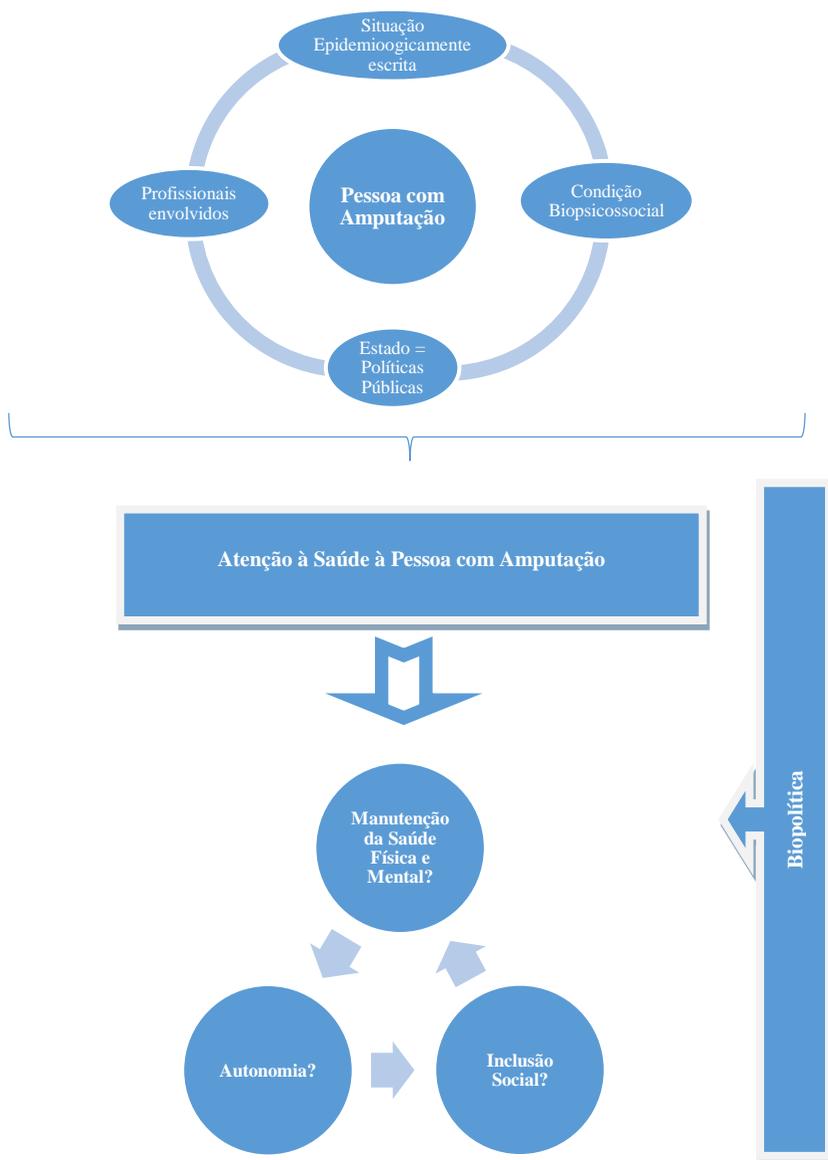
Dessa maneira, argumenta-se que o discurso sobre os “signos do corpo” será o que permitirá idealizar uma política que regulamenta as necessidades diversas daqueles que requerem atendimento, consolidando um discurso igualitário. A partir dessa concepção, vê-se a deficiência além da fatalidade acometida, considerando o contexto político-social envolvido, os quais são “sustentados e assegurados” por políticas de Estado (SILVA; MIRANDA; GERMANO, 2011, p 163).

Tais prerrogativas para a inclusão social podem desencadear uma possível exclusão, tendo em vista o quanto o Estado pode estar afastado da realidade dos serviços de atenção à essa população. Silva, Miranda e Germano (2011) indicam a pertinência, nesse caso, de uma “fiscalização” que permita e viabilize a garantia dos direitos (SILVA; MIRANDA; GERMANO, 2011).

Argumenta-se que o debate biopolítico está sempre se renovando em busca de responder e refletir a respeito das necessidades que compõem a sociedade. Cabe ressaltar também que a cada momento surgem novas estratégias biopolíticas a fim de suprir as necessidades da sociedade, as quais podem deixar uma lacuna de acordo com as mudanças que ocorrem. Afinal, as necessidades da sociedade diante da atenção à saúde também se atualizam de acordo com os avanços que surgem na área da saúde.

Por fim, é possível sintetizar os aspectos enunciados por meio de uma representação metodológica, a fim de compreender a composição da atenção à saúde da pessoa com amputação, trazendo a biopolítica como reflexão deste cenário.

**Figura 1** - Representação metodológica da Atenção à Saúde da Pessoa com Amputação na perspectiva biopolítica.



### 3.2 ANÁLISE DO DISCURSO NA PERSPECTIVA DE MICHEL FOUCAULT

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Foucault, 2014, p. 8-9).

Foucault (2014) remete ao discurso a condição de produzir verdade. Diante desse olhar, Ferreira e Traversini (2013) enfatizam as maneiras que a fala possibilita, pois, ao tomar um posicionamento, concretiza-se aquilo pelo qual é possível dizer. Nesse propósito, o discurso pode ser considerado como algo além de um enunciado, contextualizado diante da circunstância vivenciada.

Os discursos em seus contextos “religiosos, judiciários, terapêuticos e, em parte também, políticos” envolvem a maneira como aquele que fala se determina por “propriedades singulares e papéis preestabelecidos” (FOUCAULT, 2014, p. 37). Veiga-Neto (2007) indica que a pessoa se delimita a partir do discurso, o qual não se estabelece fora dos acontecimentos. Portanto, a análise na perspectiva discursiva propõe compreender o enunciado na “estreiteza e singularidade” de seu contexto, firmando seus limites, a fim de compor suas relações entre outros enunciados, estabelecendo suas condições de existência (FOUCAULT, 2016, p. 34).

Como princípio regulador da análise, Foucault (2016, p.51) apresenta a “noção de acontecimento, a de série, a de regularidade, a de condição de possibilidade [...] que se opõe termo a termo: o acontecimento à criação, a série à unidade, a regularidade à originalidade e a condição de possibilidade à significação”. Por essa maneira, o discurso estabelecido possui certa regularidade, o qual não é único e original, sofre influências e está em constante mudança tangenciando o contexto histórico que o sustentou.

Para Foucault (2014) o discurso está direcionado a pensar e falar, cujo pensamento é envolto por signos que permitem visibilidade à fala. Logo, a descrição dos acontecimentos que formulam o discurso está envolvida com os “enunciados efetivos”. O enunciado está além dos domínios da lógica e da fala, é condicionado a um referencial, sendo os

objetos delineados por um saber. Não há “sujeito gramatical, nem sujeito lógico”. (ARAÚJO, 2008, p. 61-3). Foucault em seus estudos não determina uma linearidade a fim de estruturar a sua análise, em seus textos não há um método a ser seguido, e sim reflexões das condições de possibilidades que os discursos provêm, considerando os aspectos sociais, culturais e históricos como base fundamentadora.

O discurso, então, para Foucault é determinado pelo domínio dos objetos, pelo sujeito do enunciado, pela disposição de conceitos e por temas ou estratégias com uma materialidade repetível. O domínio do objeto abarca a formação discursiva e gera saberes. O enunciado não é rotulado de científico ou não, mas busca-se averiguar as suas condições de possibilidade. Logo, tem-se o referencial dos enunciados como uma formação discursiva a ser representada (ARAÚJO, 2008).

Entre os conceitos que permeiam a análise do discurso, na perspectiva de Michel Foucault, destacam-se os enunciados, o discurso, a formação discursiva, as regras de formação e a prática discursiva como referência para a análise do presente estudo.

O **enunciado** é um conjunto de símbolos que permite a interpretação dos dados estudados. Foucault (2016, p.102) discute que o enunciado “não pode ter caráter próprio e que não é suscetível de definição adequada” salienta ainda, que “qualquer série de signos, de figuras, de grafismos, ou de traços” determinam um enunciado, o qual está relacionado àquilo que permite compreensão diante do contexto apresentado.

O sujeito do enunciado refere-se àquele que ocupa o lugar de sujeito em determinado enunciado, o qual possui a capacidade para falar a respeito de uma determinada temática. Contudo, deve-se destacar que o discurso não expressa a opinião única de alguém. Logo, a organização dos conceitos, dos objetos e dos tipos de enunciados permite a modificação de uma formação discursiva. Assim, destaca-se que a sociedade pode incorporar discursos a fim de utilizá-los e redistribuí-los (ARAÚJO, 2008).

Ressalta-se que os estudos desenvolvidos por Foucault são munidos de contextualizações históricas que fundamentam e permitem analisar pesquisas sociais e educacionais (VEIGA-NETO, 2007). O que possibilita enfatizar que o **discurso** é mais que um conjunto de signos resultantes de um pensamento que envolve os signos ocultos. Toma-se o discurso como discursos a fim de basear-se naquilo que foi dito (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013).

O discurso propaga-se nos diferentes contextos sociais, articulando-se aos aspectos que o circundam. É a partir dos discursos

que os sentidos se organizam e se ordenam (FERREIRA; TRAVERSINI, 2013). Dessa forma, a análise do discurso na perspectiva de Foucault considera o contexto histórico-social, determinando a formação discursiva trabalhada e possui relações com os enunciados que surgem. A análise do discurso, nessa perspectiva, não diz respeito à análise linguística do discurso (FAIRCLOUGH, 2008). Ela não se recolhe ao discurso destacado, envolve-o ao contexto relacionado, sustentando-se nos aspectos socioeconômicos e políticos que resultaram no discurso proferido (MACHADO, 2009).

Quanto às **regras de formação**, pode-se afirmar que estas sustentam os discursos que surgem, o que permite explicar a formação dos discursos, delimitando como os discursos se estruturam no “interior de um conjunto” (MACHADO, 2009, p. 146). As regras de formação direcionam aos discursos uma certa regularidade, sendo determinadas pelas “condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição – objetos, modalidade de enunciação, conceitos, escolhas temáticas”. Logo, as regras de formação “são condições de existência – mas também de coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento – em uma dada repartição discursiva” (FOUCAULT, 2016, p. 47).

Dessa forma, a **formação discursiva** está relacionada ao conjunto de discursos semelhantes em que busca “mostrar como qualquer objeto do discurso [...] encontra seu lugar e sua lei de aparecimento; [...] mostrar que ele pode dar origem, simultânea ou sucessivamente, a objetos que se excluem, sem que ele próprio tenha de modificar” (FOUCAULT, 2016, p. 54). Isso permite gerar novas possibilidades, visto que a formação discursiva afirma a regularidade temporal dos discursos, colocando o “princípio de articulação entre uma série de acontecimentos discursivos e outras séries de acontecimentos, transformações, mutações e processos”, resultando em “um esquema de correspondência entre diversas séries temporais” (FOUCAULT, p.88-89).

A função enunciativa como uma condição de existência ao enunciado, pela qual não é constituída por elementos prévios. Logo, não pode ser caracterizada pelo contexto de “uma frase ou proposição de estado livre” e ao considerá-la possível, evidencia-se o enunciado delimitado pela “relação determinada com um campo de objeto ou em uma relação determinada com um sujeito” relacionando-a a um campo subjacente (FOUCAULT, 2016, p.118).

Em suma, considera-se que a análise do discurso é baseada a partir da compreensão de diversos fatores que estão intrínsecos ao contexto estudado, originando a **prática discursiva** (FOUCAULT,

2016). Ela é considerada “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa” (FOUCAULT, 2016, p. 144).

Com base no que foi apresentado, traz-se para o presente estudo a perspectiva que seus resultados foram delimitados por meio da análise de discurso, em que o conjunto de enunciados compõe o discurso. Este proferido por pessoas com amputação, enfermeiros e o Estado, por meio das políticas públicas de saúde em prol da pessoa com amputação. As regras de formação são bases que permeiam o conjunto de discursos que enunciam a atenção à saúde da pessoa com amputação – políticas públicas, pessoas com amputação e enfermeiros.

Estabelece-se a formação discursiva como o conjunto de discursos agrupados a facilitar o surgimento de novas possibilidades e conseqüentemente, um “novo” discurso. Nesse estudo, a formação discursiva condiz ao agrupamento dos discursos que se assemelham quanto à temática abordada. E a prática discursiva, nesse estudo está determinada como a circulação/regularidade do discurso posto em prática.

A fim de estabelecer uma representação metodológica da análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault, apresenta-se um esquema, em forma de figura, o qual permite ao leitor compreender os conceitos de Foucault que foram utilizados nesse estudo:

**Figura 2** - Representação metodológica para a análise do discurso para este estudo, na perspectiva de Michel Foucault.



### 3.3 ASPECTOS OPERACIONAIS DO ESTUDO

#### 3.3.1 Delineamento da pesquisa

O presente estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, analítica, com referencial teórico-filosófico, balizado na discussão biopolítica de Michel Foucault. O material empírico que compõe este estudo é: entrevistas com as pessoas com amputação e enfermeiros que atuam na atenção à saúde às pessoas com amputação, e análise documental das políticas criadas desde o SUS, em prol das pessoas com deficiência – nessa pesquisa, as relacionadas às pessoas com amputação.

#### 3.3.2 A voz dos envolvidos

Os participantes do estudo foram 21 enfermeiros de todos os níveis de atenção do Município de Florianópolis e sete pessoas com amputação com diferentes períodos pós amputação.

As políticas públicas que inspiraram a análise documental para a composição desse estudo foram: Constituição Federal, Política Nacional de Integração à Pessoa Portadora de Deficiência (PNIPPD), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e as Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa Amputada (DAPA). A Constituição Federal contextualiza a pessoa com deficiência, mas a PNIPPD, é a precursora no que se diz respeito à garantia de direitos à pessoa com deficiência, sendo instituída por meio do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 e revoga o Decreto nº 914 de 06 de setembro de 1993. A RCPD teve sua regulamentação por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 e está relacionada à proposta de criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), presente no Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta o SUS e propõe o surgimento das RAS. As DAPA possuem duas edições - a mais recente data de 2014, e têm como recomendação possibilitar que o proposto pela RCPD seja acessível à pessoa com amputação.

#### 3.3.3 A busca pelos enunciados/discursos

Considerando que a atenção à saúde da pessoa com amputação envolve os três níveis de atenção e seriam articulados por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, destacam-se a atenção alta e

média complexidade, e a atenção básica. Logo, os locais escolhidos para a seleção dos enfermeiros foram: uma unidade internação cirúrgica e ambulatório de um hospital público de Florianópolis; um centro de referência em reabilitação no estado de Santa Catarina; uma policlínica municipal e cinco unidades básicas de saúde do município. A escolha das unidades básicas de saúde, deu-se por meio dos dados relacionados a população cadastradas com hipertensão e/ou diabetes, uma das causas de amputação, e que possui um atendimento especializado e direcionado mais especificamente nas unidades de saúde. Quanto às pessoas com amputação, buscou-se nos registros de procedimentos cirúrgicos de um hospital público referência em traumatologia no município de Florianópolis.

Para a seleção dos enfermeiros, buscou-se a coordenação do serviço enfermagem da unidade, a qual indicou um, dois ou três profissionais que estariam aptos a realizar a entrevista do estudo, de acordo com o número de enfermeiros alocados no serviço. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão para os 21 enfermeiros entrevistados: estar alocado em um dos locais do estudo; prestar assistência direta ou indireta à saúde das pessoas com amputações. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam afastados por licença ou de férias no período da coleta.

A seleção das sete pessoas com amputação teve início com a busca nos registros de procedimentos cirúrgicos de um hospital público referência em traumatologia no município de Florianópolis e foram filtrados os registros por meio da busca dos termos “amputação” “membros superiores” e/ou “membros inferiores”.

Apesar dos registros hospitalares disponibilizados pelo setor de estatística serem posteriores a 2006, o período selecionado foi de 2009 a 2015, anos que antecedem a regulamentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2012) e sucedem à publicação das Diretrizes de Atenção a Pessoas Amputadas (2014). A escolha de um dos participantes foi por indicação e está fora do período pré-estabelecido, 1998, com a intenção de delimitar a maneira como o discurso se estabelece a partir de uma assistência recebida num momento em que o SUS não havia completado 10 anos, assim como a Política Nacional de Integração à Pessoa Portadora de Deficiência já existia e estava a se regulamentar.

Como critérios de inclusão para as pessoas com amputação foram determinados: ter utilizado o serviço hospitalar de um hospital referência em trauma no município de Florianópolis; residir no

Município de Florianópolis; e ter idade mínima de 18 anos com capacidade de comunicação.

As entrevistas foram realizadas no local de preferência e de segurança do participante da pesquisa. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada (Apêndices A, B, C e D), procurando detalhar como é consolidada a política de atenção à saúde para a pessoa com amputação na perspectiva dos enfermeiros e das pessoas com amputação. Por fim, análise documental (Apêndice E), utilizando as políticas públicas anteriormente citadas: Constituição Federal, Política Nacional de Integração à Pessoa Portadora de Deficiência, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e as Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Amputação.

### **3.3.4 A Ordem do Discurso**

O material empírico do estudo foi importado para um Software de pesquisa qualitativa, AtlasTi (*Qualitative Research and Solutions*), versão 7.5.6, para ser organizado. O *Software* AtlasTi permite a organização dos dados de forma a facilitar ao pesquisador a leitura em profundidade que ocorre no decorrer da pesquisa.

O presente estudo teve como proposta metodológica, a análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault, considerando-se que ela pode dar voz aos diferentes, como as políticas públicas, os enfermeiros e as próprias pessoas com amputação, quanto à circulação de determinadas verdades que compreendem a atenção à saúde das pessoas com amputação. Nesse sentido, opera-se além dos discursos, considerando ainda o contexto que os determina.

## **3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

A Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, propõe “sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”, no propósito de garantir “os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.” (BRASIL, 2012b, p. -).

Para contemplar as pessoas com amputação, como participantes da pesquisa, o presente estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), por intermédio da Plataforma Brasil, obtendo o parecer de aprovação nº 1.771.463 e

CAAE: 58566916.7.0000.0121 (Anexo A). No entanto, destaca-se que a coleta de dados com os enfermeiros foi realizada pela pesquisa intitulada: “Referência e Contrarreferência na Atenção à Saúde das Pessoas com Amputação na Visão do Enfermeiro: Uma Perspectiva Bioética”, cujo parecer no CEPESH – UFSC (Anexo B) é nº 970.902, de 24-2-2015, e a mesma abrangia, em seu roteiro de entrevista semiestruturada, dados a serem utilizados na presente tese.

Ressalta-se, conforme previsto pela Resolução nº 466/12, que foi garantido o caráter confidencial das informações, o anonimato dos participantes, a possibilidade de desistência de participação a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice G), para as pessoas com amputação, foi impresso em duas vias, sendo uma para a pessoa entrevistada e a outra foi arquivada com o pesquisador. O TCLE aos enfermeiros (Anexo C) seguiu a mesma conduta. O TCLE seguiu as instruções determinadas pela Resolução nº 466/12, posicionando-se ao encontro dos objetivos deste estudo. A identificação dos participantes enfermeiros foi estabelecida pela forma alfanumérica determinada pela letra (E) e o número correspondente da entrevista (E1, E2, E3, E4, ...). As pessoas com amputação, participantes da pesquisa, tiveram o mesmo padrão: identificação alfanumérica, por meio das siglas que equivalem à pessoa com amputação (PA) e o número da entrevista, disposto em algarismos romanos (I, II, III, ...).

### **3.4.1 Riscos e Benefícios do Estudo**

De acordo com a Resolução nº 466/2012, toda pesquisa é passível de riscos e durante as entrevistas os participantes do estudo podem sentir-se:

- desconfortáveis no momento de responder os questionários;
- desconfortáveis quanto às gravações de áudio;
- desconfortáveis à evocação de memórias, reforçando a conscientização da condição atual.

Foi salientada aos participantes a possibilidade do risco de quebra de sigilo, no entanto foi reafirmado que os pesquisadores buscarão proteger os dados coletados, preservando a identidade dos participantes. Contudo, reconhece-se risco de extravio de documentos, seja por roubo e danificação do material de apoio.

Quanto aos benefícios, deve-se reconhecer que esta pesquisa se constitui no pressuposto que as políticas públicas demarcariam e dariam

visibilidade às condições de saúde da pessoa com amputação no cenário da sua atenção à saúde. Logo, é importante destacar que a compreensão das condições de possibilidades que os responsáveis pela atenção à saúde da pessoa com amputação possuem contribui para a construção do bem-estar biopsicossocial daquele que mais necessita de atenção.



## 4 RESULTADOS

Os resultados desse estudo estão apresentados em três manuscritos, os quais responderam seguinte a pergunta de pesquisa: Qual (is) discurso(s) atrela(m)-se na atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva das políticas públicas e como repercutem no modo de ser e de agir das pessoas com amputação e no fazer dos enfermeiros? A seguir é apresentado um panorama dos artigos, como a caracterização dos participantes, as políticas públicas de saúde analisadas, seus objetivos e as formações.

A tabela abaixo apresenta um desenho dos enfermeiros que participaram das entrevistas, apresentados em idade, sexo, área de atuação, tempo de atuação, pós-graduação e tipo de especialização:

**Tabela 2** - Caracterização dos enfermeiros em idade, sexo, área de atuação, tempo de atuação, pós-graduação e tipo de especialização. Florianópolis, 2017.

Idade	Sexo	Área de Atuação	Tempo de Atuação	Pós-Graduação			Tipo de especialização	
				Esp.	Mest.	Dout.		
26	F	Alta Complexidade	4	X			Saúde Pública	
26	F	Atenção Básica	0	X			Saúde da Família	
29	F	Atenção Básica	1	X			Saúde Pública	
30	F	Atenção Básica	7	X			Saúde da Família	Emergência
31	M	Atenção Básica	0	X			Saúde da Família	Enf. Trabalho
32	F	Atenção Básica	7	X			Saúde da Família	
33	F	Alta Complexidade	1	X			UTI	
33	F	Atenção Básica	8	X			Saúde da Família	
33	F	Atenção Básica	6	X			Saúde da Família	Administração
33	F	Atenção Básica	3	X			Saúde da Família	
34	F	Atenção Básica	3	X			Saúde da Família	
34	F	Média Complexidade	2	X			Saúde Pública	
36	F	Atenção Básica	9	X			Saúde da Família	
36	F	Alta Complexidade	11	X			Administração	Cardiologia

37	F	Alta Complexidade	15	X			Administração
39	F	Alta Complexidade	3	X	x	x	Administração
43	F	Atenção Básica	13	X			Saúde da Família
48	F	Alta Complexidade	20	X			Saúde do Trabalhador
49	F	Atenção Básica	3	X			Saúde da Família
50	F	Atenção Básica	12	X			Psicopedagogi a
53	F	Média Complexidade	15	X	x		Gestão

Quanto às pessoas com amputação, a caracterização apresentada na tabela abaixo corresponde à idade, sexo, ano da amputação, causa da amputação e ocupação.

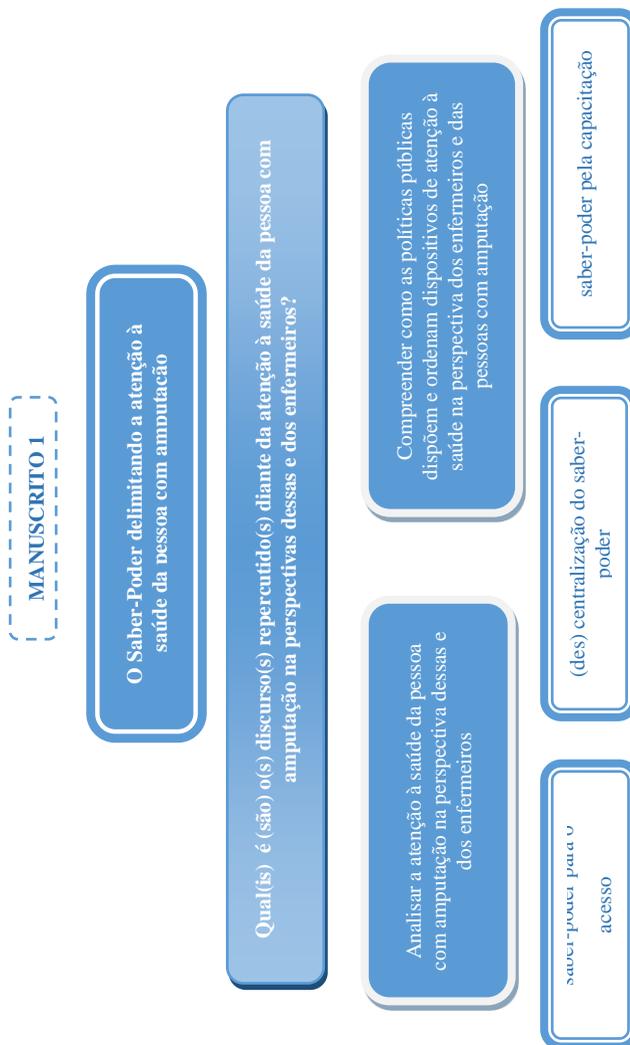
**Tabela 3** - Caracterização das pessoas com amputação em idade, sexo, ano da amputação e ocupação. Florianópolis, 2017.

Idade	Sexo	Amputação		Causa		Membro amputado	Ocupação
		I	II	I	II		
72	F	2009	2011	Carcinoma	Vascular	Membros inferiores	Aposentada
60	M	1998		Acidente (1987)	Oosteomielite	Membro inferior	Aposent. por invalidez
65	M	2015		Amp.tardia		Membro superior	Aposentado
46	M	2013		Acidente moto		Membro superior	Aposentado
33	F	2014		Atropelamento		Membro inferior	Est. Universitária
47	F	2011		Acidente.moto		Membro inferior	Empresária
51	M	2011		Acidente.moto		Membro inferior	Empresário

As políticas públicas que inspiraram a análise documental para a composição deste estudo foram: Constituição Federal (1988), Política Nacional de Integração à Pessoa Portadora de Deficiência (PNIPPD) - Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) - regulamentada por meio da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 e as Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa Amputada (DAPA) - teve sua segunda edição publicada em 2014.

A seguir, uma representação gráfica da estruturação dos artigos que emergiram desse estudo:

**Figura 3** - Representação da estruturação do manuscrito um.



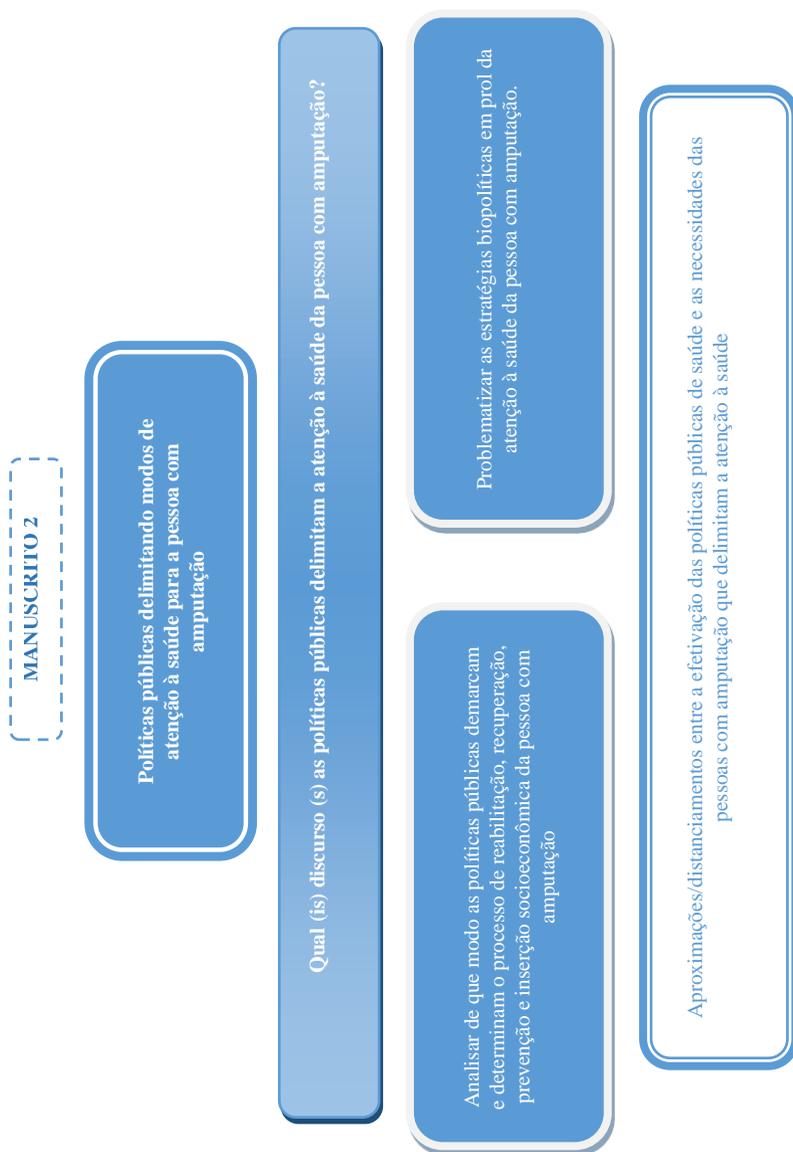
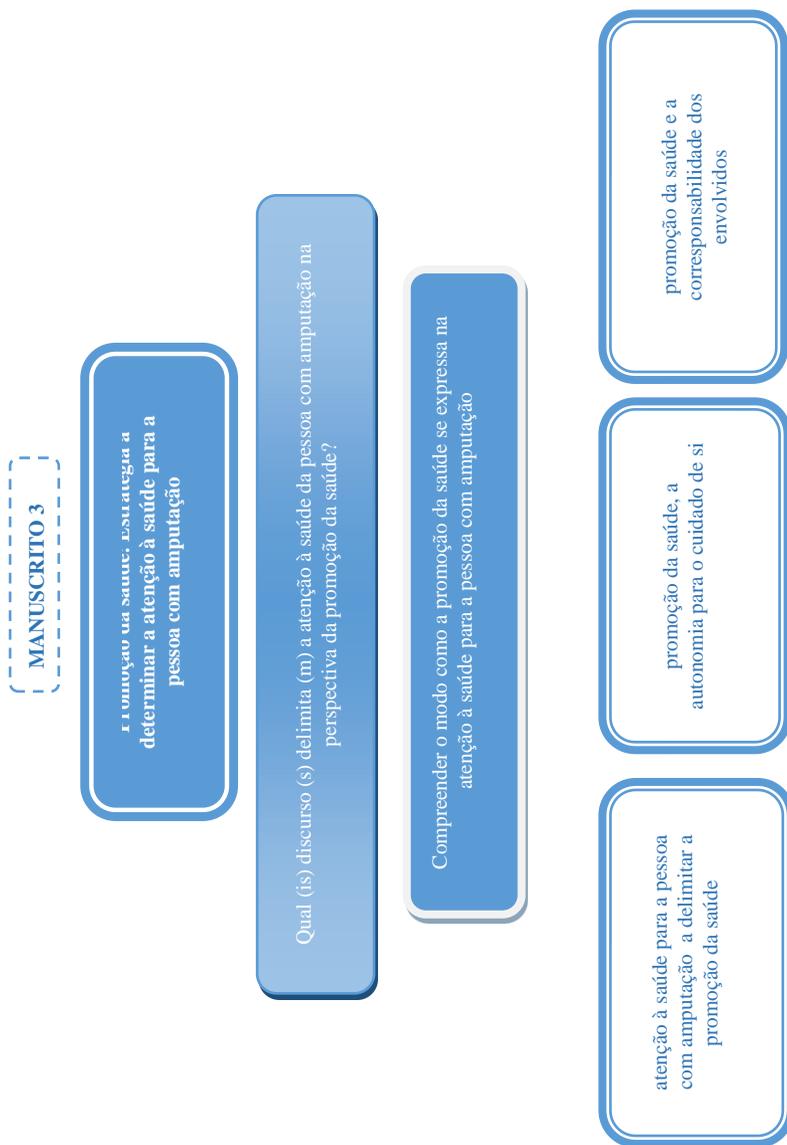
**Figura 4** - Representação da estruturação do manuscrito dois.

Figura 5 - Representação da estruturação do manuscrito três.



#### 4.1 MANUSCRITO 1 – O SABER-PODER DELIMITANDO A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO

Quando eu digo "poder", não pretendo identificar uma instância, visível ou não, que pouco importa, como uma espécie de poder que difunda seu efeito prejudicial através do corpo social e que fatalmente estenderá sua rede, progressivamente densa, estrangulando a sociedade e o indivíduo. Não se trata disso. O poder não é uma coisa, o poder significa relacionamentos. Relacionamentos entre indivíduos de tal forma que se pode determinar voluntariamente o comportamento de outro (“Entrevista con Michel Foucault”, 2009, p. 140).<sup>2</sup>

#### RESUMO

Estudo realizado pelo método qualitativo, analítico balizado na discussão biopolítica em Michel Foucault. Os objetivos são: analisar a atenção à saúde à pessoa com amputação na perspectiva dessas e dos enfermeiros; compreender como as políticas públicas dispõem e ordenam dispositivos de atenção à saúde na perspectiva dos enfermeiros e das pessoas com amputação. Os participantes do estudo foram 21 enfermeiros e sete pessoas com amputação, além da análise documental de políticas públicas em prol das pessoas com amputação. A coleta de dados deu-se por entrevista semiestruturada; para organização dos mesmos, utilizou-se o software AtlasTi e realizou-se análise do discurso em Michel Foucault. Dos resultados, emergiram três formações discursivas que relacionam à atenção da saúde da pessoa com amputação na perspectiva biopolítica e como estas repercutem no modo de ser e de agir dos enfermeiros e das pessoas com amputação. São elas:

---

<sup>2</sup> Texto original: “Cuando digo «poder» no me propongo identificar una instancia, visible o no, que poco importa, como una especie de potencia que difundiría su efecto nocivo a través del cuerpo social y que extendería de modo fatal su red, progresivamente tupida, hasta estrangular a la sociedad y al individuo. No se trata de eso. El poder no es una cosa, el poder significa relaciones. Relaciones entre los individuos de tal manera que uno puede determinar voluntariamente la conducta de otro”. (“Entrevista con Michel Foucault”, 2009, p. 140).

saber-poder para o acesso; (des) centralização do saber-poder; e saber-poder pela capacitação. Destaca-se que o discurso da atenção à saúde para a pessoa com amputação está aquém do esperado, não há equidade, integralidade e universalidade no atendimento a essa população, em que todos são corresponsáveis - pessoas com amputação, os profissionais de saúde e o Estado.

**DESCRITORES:** Poder; Políticas Públicas; Pessoas com Deficiência; Amputação; Enfermagem.

## INTRODUÇÃO

Cada um possui um papel de importância na sociedade e as relações sociais são essenciais para atingir o “bem-estar”, o viver saudável com dignidade. A todos é concedido o livre-arbítrio, as escolhas estão condicionadas ao modo como as pessoas se determinam e relacionam de diferentes maneiras na sociedade. Foucault destaca que a pessoa é um “ser pensante” e suas ideias são o resultado da sua relação “com a sociedade, com a política, com a economia e com a história” (FOUCAULT, 2006a, p. 294).

Nessa lógica, todos que compõem a sociedade exercem o poder. O poder está intrínseco ao governo de si, cada um é capaz de determinar e planejar suas ações; mesmo assim, seu ambiente pode ou não lhe dar oportunidade para exercer esse poder. E no jogo entre exercer ou não o poder, o saber se insere, não como uma relação de causa e efeito, mas de vínculo, o qual caracterizou a “sociedade disciplinar” (SILVA, 2007).

A sociedade disciplinar apresenta e configura as relações da população, traz a população como “corpo de intervenção” (FOUCAULT, 2006b, p.291). E assim, a sociedade lhes concede o poder e determina como utilizá-lo. O que permite entender que a escolha da população, na sociedade disciplinar, está condicionada ao que lhes consome e das relações que são constituídas. Nesta perspectiva, pressupõe-se que o surgimento da atenção a detalhes antes não explorados influencia na formação da sociedade, seja pelos costumes e tradições, organização do tempo e espaço, assim como a produção de saberes (SILVA, 2007).

Foucault (2010) destaca a norma como a maneira como de determinar um corpo e regulamentar uma população. Pode-se considerar que se exerce um poder pelo qual está atrelado ao corpo como a vida, ampliando-se assim à população. É comum associar o poder à capacidade de proibir, determinar e comandar o que torna o poder

incompleto, dando a ele um aspecto formal. No entanto do poder, espera-se que rompa essas barreiras, estabeleça relações, construa pontes (FOUCAULT, 2012).

Acredita-se que a partir do poder é possível expor ideais, determinar ações em consonância ao contexto vivenciado, ao discurso proferido. Com essa concepção de poder, vê-se a heterogeneidade da sociedade, sendo essencial considerá-la como um conjunto de características composta por diversos poderes (FOUCAULT, 2012), os quais se relacionam, perpassam ao saber, garantem suas relações e referem-se ao contexto como “campo, posição, região, território” que estão inseridos (FOUCAULT, 2006b, p.158). Neste sentido, os discursos que emergem configuram-se a partir do contexto histórico-social que foi vivenciado.

Diante dos diferentes poderes em que a sociedade se fundamenta, o poder público parece o mais evidente. É o poder público o escolhido pela população para governar e defender seus ideais, pelo menos é o que se espera. E ao poder público eleva-se o papel de Estado, o qual é idealizado ser constituído por aqueles que possuem discernimento de guiar ou coordenar as ações do mesmo. O Estado é estabelecido pela sociedade composta sem qualquer distinção social, étnica ou cultural; cada um possui o seu poder e o exerce de acordo com as oportunidades que lhes são oferecidas. O poder está em qualquer lugar, livre de pré-conceitos e é inerente à vida humana (RÔMULO; OLIVEIRA, 2014).

E partindo do pressuposto que o poder circula, rompe-se a barreira do poder disciplinar e assim destaca-se a reflexão ao biopoder, o qual traz o corpo no contexto coletivo, relacionado ao bem-estar da população e traduz a preservação da vida quanto ao poder de “fazer viver” e “deixar morrer” (MACHADO, 2009, p. 169). Organizando o biopoder, seu contexto ultrapassa as relações de poder intrínsecas ao Estado, evidenciando as relações que se sobrepõem a este, fortalecendo a ideia de que o poder é onipresente (RÔMULO; OLIVEIRA, 2014).

Guiados pelo propósito de que a sociedade – aqui representada pelos profissionais que prestam assistência às pessoas com deficiência, o Estado e as pessoas com deficiência – deveria exercer seu poder, considera-se o questionamento: como as pessoas com alguma deficiência enfrentam e superam as barreiras que surgem no decorrer do seu processo de cuidado, haja vista a particularidade de cada pessoa frente ao seu novo desafio e às dificuldades que lhes são impostas. Obviamente, para muitas barreiras que surgem serem superadas por aquele que sofreu algum trauma é necessário, e espera-se, um

atendimento com profissional capacitado a ponto de possibilitar uma assistência de qualidade que permita rompimento de qualquer empecilho que possa inviabilizar a reinserção na sociedade.

Neste estudo, traz-se a saúde como um poder, “poder de proporcionar saúde”, o qual incumbe profissionais/especialistas a conceituarem saúde; prescreverem saúde (comportamentos saudáveis); produzirem tecnologia e ações e assim desencadear resultado condizente ao que se espera sobre saúde (SOUZA *et al.*, 2014, p. 2273).

É esperado que a promoção de ações que forneçam informações, assistência, seja também possibilitada pelo Estado. Deveria ser o Estado a promover estratégias de cuidado a partir da necessidade apresentada pela população, o Estado é composto pela população; sem ela, ele não existe. Com esse propósito, surgem as políticas públicas, sejam elas decretos, leis, resoluções, a fim de garantir os direitos da população. E para garantir tais direitos, criam-se políticas específicas para aquela parcela da população que, por algum motivo, necessita de uma atenção maior a fim de garantir a equidade no acesso ao que é oferecido para a população.

As políticas públicas são norteadoras no que diz respeito à maneira pela qual as pessoas com deficiência devem ser assistidas. Elas são estratégias biopolíticas construídas em prol da vida, almejando o viver saudável idealizado a partir da efetivação de uma política de saúde, garantindo o “fazer viver”, minorando situações que proporcionam um ambiente insalubre (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

A biopolítica estabelece a instrução de diferentes maneiras de “gestão da saúde” (FOUCAULT, 2008). Sendo desencadeada a partir das pretensões que a sociedade expõe para o seu cotidiano, em que o biopoder seria o influenciador do governo de si (MELO, 2013), reforçando a responsabilidade do Estado diante das necessidades da população, fundamentação assim o surgimento de estratégias biopolíticas (FURTADO; SZAPIRO, 2012).

Para construção deste estudo foi formulada a seguinte pergunta de pesquisa: Qual(is) é (são) o(s) discurso(s) repercutido(s) diante da atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva dessas e dos enfermeiros? E como objetivo para aponta-se: analisar a atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva dessas e dos enfermeiros; compreender como as políticas públicas dispõem e ordenam dispositivos de atenção à saúde na perspectiva dos enfermeiros e das pessoas com amputação.

## MÉTODO

Estudo qualitativo e analítico com referencial teórico filosófico em biopolítica por Michel Foucault. Os participantes do estudo foram enfermeiros e pessoas com amputação. Os enfermeiros selecionados para a pesquisa compõem os diferentes níveis de atenção à saúde (atenção básica, média e alta complexidade) no município de Florianópolis-SC. Para a seleção das pessoas com amputação de acordo com os anos de amputação, buscaram-se como referência as principais políticas públicas e seus anos de regulamentação. A seleção foi por indicação (ano de amputação 1998 – anterior as novas políticas de atenção à saúde em prol das pessoas com deficiência) e por meio dos registros de procedimentos cirúrgicos realizados *entre os anos 2009 e 2015 em um hospital público referência em traumatologia no município de Florianópolis, disponibilizados pelo setor de estatística do hospital.* Os termos utilizados para a busca foram “amputação” e “membros inferiores” e/ou “membros superiores”.

A coleta de dados aconteceu em duas etapas: inicialmente pela entrevista com 21 enfermeiros, por meio de um roteiro semiestruturado, cujo propósito foi compreender a aplicação a política de atenção à saúde para a pessoa com amputação na perspectiva dos enfermeiros. Posteriormente, foi realizada entrevistas com sete pessoas com amputação, também por meio de um roteiro semiestruturado. Para contextualizar a pesquisa, foi organizada uma análise documental das políticas públicas criadas desde o início do Sistema Único de Saúde (SUS) em prol das pessoas com deficiência, com olhar à pessoa com amputação: Política Nacional de Integração à Pessoa Portadora de Deficiência (1999), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2012), Diretrizes de Atenção a Pessoas Amputadas (2014), assim como a Constituição Federal (1988).

Considerando que a atenção à saúde da pessoa com amputação envolve os três níveis de atenção, os quais seriam articulados por meio de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Física (BRASIL, 2012). Os locais escolhidos para a realização do estudo, no que diz respeito às entrevistas com os enfermeiros envolveram esses três níveis de atenção de acordo com a sua estruturação no sistema de saúde: uma unidade de internação cirúrgica e ambulatório de um hospital público de Florianópolis, um centro de referência em reabilitação no estado de Santa Catarina, uma policlínica municipal, além de cinco unidades básicas de saúde todas alocadas no município de Florianópolis.

A fim de organizar os participantes do estudo, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão da pesquisa para os enfermeiros: estar alocado de forma fixa em um dos locais do estudo por no mínimo três meses; prestar assistência direta ou indireta à saúde das pessoas com amputações. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam afastados por licença ou de férias no período da coleta.

A escolha de enfermeiros justifica-se por considerar a enfermagem essencial à atenção das pessoas com deficiência, assim como as pessoas com amputação, visto que o enfermeiro está presente nos diferentes níveis de atenção e suas ações vão além do cuidado, inserindo-se as etapas do processo de recuperação da pessoa com amputação.

Para as pessoas com amputação envolvidas no estudo, foram utilizados como critérios de inclusão: ter utilizado o serviço hospitalar de um hospital referência em trauma no município de Florianópolis; residir no Município de Florianópolis e ter acima de 18 anos, com capacidade de comunicação. As entrevistas foram realizadas no local de preferência do participante da pesquisa.

Os dados coletados, após transcrição, foram importados para um *Software* de pesquisa qualitativa, AtlasTi (*Qualitative Research and Solutions*), versão 7.5.6. O *Software* AtlasTi permite a organização dos dados de forma a facilitar ao pesquisador a leitura em profundidade que deve ser realizada no decorrer da pesquisa.

O presente estudo teve como proposta metodológica a análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault. Para Araújo (2008, p.58), Foucault interpreta que os objetos do discurso “não preexistem ao saber: eles existem como acontecimentos, como aquilo que uma época pôde dizer por causa de certos arranjos entre o discurso e condições não discursivas”. É nesse caminho que se compreende o quanto o discurso é influenciado por aquilo que é vivenciado, destacando o contexto histórico-social que está intrínseco a cada discurso pronunciado. Os discursos estão intrínsecos aos acontecimentos e são a “reverberação de uma verdade” (FOUCAULT, 2014, p.59).

Diante dos mecanismos que sustentam uma análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault, entres os conceitos por ele mencionados, destacam-se para o material empírico disposto nesse estudo, os seguintes: enunciado, discursos, regras de formação discursiva, formação discursiva, prática discursiva e função enunciativa (FOUCAULT, 2014).

Os presentes conceitos, aplicados ao estudo correspondem pelos seguintes aspectos: os enunciados compõem os discursos que cada

participante proferiu e as políticas estudadas, as regras de formação são condições de existência e coexistência dos discursos, sustentando o que possibilitaria aos participantes e as políticas públicas em saúde se posicionarem quanto a atenção à saúde das pessoas com amputação. As formações discursivas correspondem ao agrupamento de discursos que se assemelham e permitem circular saberes semelhantes. Por fim, a função enunciativa tangenciaria o campo subjacente que permeia e sustentaria os discursos, em que a prática discursiva, seria a circulação do discurso posto em prática.

Os aspectos éticos da pesquisa seguiram o que é proposto pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que enfatiza quanto “a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”, no propósito de garantir “os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2012b, p. -).

O presente estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, por intermédio da Plataforma Brasil e aprovado sob parecer nº 1.771.463 e CAEE: 58566916.7.0000.0121. Visando o sigilo quanto à identidade dos participantes, utilizou-se para identificação dos profissionais enfermeiros as siglas alfanuméricas (E1, E2, E3, ...), E (enfermeiro) e os algarismos arábicos de acordo a realização das entrevistas, seguido do tempo de atuação. O mesmo padrão foi utilizado para identificação das pessoas com amputação (PA1, PA2, PA3, ...).

## **REULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização dos participantes do estudo**

Os enfermeiros participantes da pesquisa totalizaram 21, alocados nos três níveis de atenção à saúde. Dentre esses, 13 profissionais enfermeiros na atenção básica, quatro na média complexidade e quatro na alta complexidade. Na média complexidade, os profissionais estavam distribuídos entre o ambulatório hospitalar, a policlínica municipal. A alta complexidade é compreendida pela unidade de internação hospitalar e o centro referência em reabilitação.

A idade dos entrevistados variou entre 26 e 53 anos, e o tempo de serviço no local de atuação foi de três meses a 20 anos. Quanto ao sexo, 20 eram do sexo feminino. Todos os participantes possuíam especialização, uma profissional com mestrado e outra com mestrado e

doutorado. Das enfermeiras da atenção básica, uma não fez especialização na área da enfermagem, as demais possuíam especialização em saúde pública ou em saúde da família. Quatro enfermeiras são especialistas em gestão ou administração na área da saúde.

Entre os participantes com amputação, o mais novo tinha 33 anos e o mais velho 72 e os anos em que a amputação ocorreu foram: 1998, 2009, 2011, 2013, 2014, 2015. Dois dos participantes, já eram aposentados quando sofreram amputação; dois eram empresários e receberam auxílio-doença por um período, dois receberam aposentadoria por invalidez e um é estudante universitário e ainda está com auxílio doença.

Quanto à causa base da amputação, um foi decorrente de doenças vasculares e carcinoma, nos demais a amputação foi consequente de acidente de trânsito. Dentre os seis que tiveram a amputação de membro por acidente de trânsito, dois vivenciaram a tentativa de recuperação do membro e a amputação aconteceu tardiamente; nos demais a amputação ocorreu no período de internação após o acidente. Quanto aos acidentes de trânsito, um foi atropelado, os demais estavam de motocicleta.

Destaca-se que a amputação é um procedimento antigo, o ato de amputar, por vezes, foi considerado a única solução na tentativa de garantir a vida da pessoa (BORGES, 2013; CHINI, BOEMER, 2007). Evidencia-se que a principal causa de amputação são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), relacionadas à população feminina com maior idade; por sua vez, as causas externas apresentam-se como principais causas quando a população são homens e jovens (SCHOELLER *et al.*, 2013). Logo, ao atingir a população em idade produtiva, o contexto socioeconômico é influenciado, também porque o menor dano tecidual gera a expectativa de um melhor prognóstico para a recuperação (BORGES, 2013; SILVA *et al.*, 2011).

Neste estudo, as pessoas com amputação entrevistadas possuem um perfil heterogêneo, com diferentes condições socioeconômicas: são jovens, adultos e idosos, aposentados, economicamente ativos, na perícia médica e estudante. O processo de amputação para os participantes do estudo em sua maioria aconteceu de maneira traumática ou por causas externas, exclusivamente por acidente de trânsito.

Para compor o *corpus* de análise deste estudo, organizou-se três formações discursivas que relacionam o discurso quanto a atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva dessas e dos enfermeiros. As três formações discursivas construídas são: saber-poder

para o acesso; (des) centralização do saber-poder; e saber-poder pela capacitação.

### **Saber-poder para o acesso**

Em uma sociedade constituída de diferentes maneiras de ser, estar e agir, garantir o acesso aos direitos previstos em lei não é uma realidade sempre viável ao Estado, assim como fazer com que o que é prescrito, seja realizado. As questões sobre o acesso, destacam o quanto o mesmo é tratado sob diferentes aspectos, na perspectiva das políticas públicas de saúde, enfermeiros e pessoas com amputação. Desta maneira, traz-se o saber-poder como presente em cada grupo com a sua definição e concepção sobre o acesso, podendo-se mostrar contraditório diante daqueles que necessitam.

A partir do propósito que envolve a biopolítica, como gerenciar a vida, a fim de proporcionar condições de possibilidades àqueles que necessitam de atenção em saúde, assim como aqueles que fornecem essa atenção. É possível compreender que as barreiras relacionadas ao acesso são minimizadas com ações e estratégias de atenção impulsionadas por profissionais comprometidos com o cuidado à essas pessoas, assim como a rede de apoio envolvida (HOLANDA *et al.*, 2015).

Neste contexto, inúmeros aspectos condizem com o fato de proporcionar bem-estar para a sociedade, aspectos econômicos, tecnológicos, os quais são impreterivelmente determinantes ao se tratar da garantia de acesso considerando que cada grupo de atenção possui sua especificidade e demanda a compreensão do ambiente determinando as ações a serem tomadas. A garantia de acesso para as pessoas com deficiência prevista em lei já recebe seu destaque na Constituição Federal, considerando que a mesma enuncia a respeito de fornecer assistência pública, possibilitando a garantia de direitos as pessoas com deficiência proporcionando a reinclusão social (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal, sendo estabelecida antes da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), já trazia à sociedade a preocupação quanto à atenção à saúde da população em geral, assim como as pessoas com deficiência. Ampliando, desta forma, a maneira de organizar uma atenção àquele que necessita de assistência. O que reforça que a lei máxima do Brasil já sustentava a ideia de garantia a toda população quanto ao acesso à saúde, sendo este um direito e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

Nesta perspectiva, o enunciado a seguir expressa a problemática do acesso para a atenção à saúde, à inclusão social, ao trabalho, pelos

quais deveriam ser ofertados independentemente do tipo de deficiência. Ter-se-ia o posicionamento de que cada pessoa passa por um processo de adaptação à sua condição de vida de maneira singular. Em contraponto, contextualiza-se quanto a amputação não é considerada com visibilidade comparando-se as outras deficiências e a características das pessoas atendidas.

O amputado é mais difícil, mais do que uma criança ou um lesado medular. Parece que quando as coisas te chocam mais, tu consegues mobilizar mais. Essa questão do emocional que faz o impacto! Agora tem a questão econômica, que é outro desenho que temos na questão da amputação. [...] Onde o impacto é maior? É um desenho específico e na lesão medular o modelo é impactante na questão econômica, que é a faixa etária produtiva. Tudo isso tem a ver com política, e teria que ter um estudo mais aprofundado, quando se formula a política ou se estrutura, o que quer trazer para sociedade. Por que foi montada a lei que é obrigatório X% de vaga para deficiente físico hoje? Quanto isso onera? A questão específica da amputação passa a não ser tão significativa e ainda tem o custo de acidente, internação, doença – internação, cirurgia, de outras questões da deficiência. Talvez ele não seja tão impactante, por isso menos visível. (E3 – 20 anos de atuação)

Considerando a fala anterior, traz-se o questionamento do que é preciso para formulação de políticas públicas que assegurem os direitos de todos, independente das condições físicas, psicológicas ou sociais. A maneira como o saber-poder se constitui visto os discursos apresentados, não correlaciona a relações de poder que permitem o empoderamento daqueles que estão envolvidos no processo de recuperação da pessoa com amputação. E, por todo contexto vivenciado, todos possuem liberdade de escolha pela qual é direcionada a maneira como a realidade lhe é apresentada (DEVISCH; VANHEULE, 2015).

E, nessa direção, mesmo com todo o contexto de políticas públicas conceitualmente estruturadas para atender a pessoa com amputação, a atenção à saúde realizada não sustentaria essa propositiva. A pessoa com amputação e sua rede de apoio não se sentem acolhidas pelas políticas que deveriam ampará-las. Essa regra de formação permite

delimitar o discurso por meio da reflexão dos aspectos que permeiam a atenção às pessoas com amputação e não são sustentados pelos serviços de saúde.

[...] até a hora da amputação tudo muito bem [...] depois disso aí, quando a pessoa não tem uma família bem estruturada, [...] muitas pessoas acabam entrando em depressão [...]. Não sei se é do Brasil, que vivemos nessa sociedade negada, que não tem assistência nenhuma. A não ser que a família [...] tenha uma situação [...] bem estruturada, mas se é uma família que não tem estrutura? Eles não acompanham, sabe? Eu acho bem complicado! (PA1; 2009 e 2011).

A sensação daqueles que necessitam de atenção é de desamparo, relacionando a sua recuperação à eficácia da rede de apoio estruturada, de acordo, conforme fala do participante, com a “sociedade negada” em que se vive. É dessa forma que a pessoa com amputação se vê e discursa acerca da sua condição o itinerário terapêutico que cada pessoa com amputação deveria percorrer para desenvolver sua adaptação é banido e interrompido pelo desamparo.

Um estudo destaca que parte das pessoas com deficiência são desprovidas de uma atividade social, considerando que o apoio é por vezes, somente da família, resultando num isolamento, até involuntário. Tal isolamento é considerado como determinante no sentido de determinar a maneira como a pessoa com deficiência se vê e estabelece diante da sociedade (HOLANDA *et al.*, 2015).

Outro fator a se considerar, visto a maneira como a pessoa com amputação relaciona a sua atenção pode ser representada a partir de um estudo que debate a questão da diversidade de condições sociais e econômicas que envolvem o país, justificada pela proporção continental que o Brasil possui (VIANA *et al.*, 2015). Neste contexto, facilitar-se-ia o acesso para a atenção à saúde da pessoa com amputação, previsto em lei, em que as informações seriam repassadas para aqueles comprometidos com essa atenção, em que todos deveriam ser estimulados a compreender seus direitos, e discernir sobre o que é importante aos olhos da sociedade. Por tudo isso, é possível compreender porque a viabilidade de acesso à assistência ainda se faz presente por meio de arranjo político.

Eu falei com um cara que [...] conhecia um político, [...]. Fomos lá no gabinete dele [...]. Minha mulher falou com a secretária do cara lá e ela assim: ‘olha, primeiramente a gente vai ter que

consultar com o médico que operou ele. O que o médico disser, nós vamos fazer'. [...]. Essa mulher arrumou uma consulta para mim, porque ele não pega consulta, ele só consulta cliente dele [...]. Essa mulher arrumou essa consulta para mim. Eu peguei e fui lá. (PA3 - 2015)

No setor saúde do Brasil, o SUS visa promover saúde à população e é a base norteadora para qualquer política pública em saúde, independente do público, fundamenta as questões de política de saúde, em que a equidade, integralidade, universalidade regem a prestação de um cuidado de qualidade (BRASIL,1990). Ainda assim, é possível presenciar arranjo político a fim de conseguir a devida atenção, como explicitado na fala de uma pessoa com amputação reproduzida no presente estudo. Está imbricado, por muitas pessoas, uma verdade, em que o objetivo só é atingido quando há alguém influente que possa ajudar. O discurso que prevalece é aquele que reforça: a lei não se sustenta sem que haja algum “apadrinhamento”.

A maneira como cada um determina seu posicionamento está diretamente envolvido ao contexto que o circunda. O fato que é dado quanto as desigualdades que um cuidado pode ser estabelecido, traz à tona a heterogeneidade presente na sociedade. A forma como as políticas públicas atualmente está disposta compõe argumentos que evidenciam o discurso em que o arranjo político se faz necessário para atender aqueles que precisam de atenção, contudo tal atenção é restrita e não abrange o que seria a real intenção do Estado, acesso universal à saúde.

Neste contexto, não importa a maneira como as estratégias biopolíticas são organizadas para a estruturação da atenção à saúde da pessoa com amputação, o que está evidenciado é a maneira como as pessoas com amputação dispõem de recursos, sejam eles econômicos, sociais, políticos. Recursos esses que por direito estaria previsto em lei e os impulsionariam ao acesso de serviços de saúde de qualidade, profissionais capacitação, garantia da sua manutenção de saúde (BRASIL, 2014).

E diante do exposto, mantêm-se iniquidade existente quando a equidade prevista em lei não se concretiza e constrói barreiras de acesso, as quais não estão resumidas pela existência ou não de rampas de acesso, banheiros adaptados, vagas exclusivas, entre outros fatores. O acesso ou a inexistência dele estaria condicionado à baixa escolaridade das pessoas com amputação, como o desconhecimento do itinerário

terapêutico dos profissionais que prestam atendimento às pessoas com amputação.

Acessibilidade é garantir o direito à assistência, aquele que sabe e possui condições tem a possibilidade de adquirir uma melhor atenção à saúde, assim como fazer jus de seus direitos. E, todos deveriam deter o saber, seja o Estado, os enfermeiros e as pessoas com amputação.

As pessoas que conseguem, no meu ponto de vista, ter acesso a essas questões, ou a aparelhagem, enfim, instrumento, mais rebuscado, é aquela pessoa que tem informação. Mas a informação ainda é muito restrita. [...] São “n” variáveis, a própria população que ainda [...] tem um nível educacional baixo, que já dificulta o tipo de orientação, elas têm dificuldade de acesso, às vezes até acesso de saúde básica, [...], aí depois tu tens as dificuldades dos profissionais em saberem para onde, como cuidar e saber encaminhar, e o desconhecimento que existe dessas políticas e ainda o que elas preconizam. Então eu acho que vai desde a educação, de saber ler e escrever, [...] a um profissional que não sabe fazer o manejo, clínico e muito menos politicamente correto. (E3 – 20 anos de atuação)

As questões que envolvem as necessidades das pessoas com deficiência, a maneira como as ações políticas são determinadas deveriam ser repensadas constantemente, visto as mudanças que ocorrem na sociedade a partir das necessidades daqueles que a compõem. Desta forma, se faz necessário compreender as subjetividades que compõe a condições das pessoas com deficiência física, as quais são “circunscritas e relacionadas” diretamente ao contexto que as reconstroem e as transformam (LUCIEUDO; SILVA; MIRANDA, 2011).

Ainda que, o fornecimento de informações que assegure uma atenção de qualidade às pessoas com deficiência é algo destacado desde a formulação da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência em 1999. Em que é abordado a garantia dos direitos básicos, como a educação, saúde, trabalho, turismo, lazer, entre outros, afim de possibilitar bem-estar biopsicossocial (BRASIL, 1999). As pessoas com amputação, por vezes, não recebem o atendimento qualificado, falta orientação e informação de todas as partes envolvidas.

As políticas públicas em prol da pessoa com amputação destacam a inclusão socioeconômica como determinante para a adaptação à nova condição de vida, visto que a integralidade do cuidado potencializa o processo de recuperação, como corrobora a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de deficiência, regulamentada em 1999, sob o Decreto lei nº 3298 (BRASIL, 1999). Em contraponto, o que é prescrito pelas políticas não atinge totalmente essa população, que fica com seus direitos bloqueados e assim impedidas de terem uma atenção à saúde equânime.

Por essa maneira, é importante considerar o tempo que se leva para que o processo de recuperação e reabilitação seja executado, repercutindo na garantia de acesso:

Eu gostaria que elas (pessoas com amputação) chegassem diferentes aqui, que elas chegassem mais cedo. [...] elas chegam entre oito meses e um ano depois da amputação. A amputação muitas vezes é realizada no hospital da própria secretaria, que não faz a referência para o centro especializado ou [...] que sai de lá sem a orientação. [...]. Eles não prepararam o coto, eles poderiam levar menos tempo no preparo do coto, poderiam levar menos tempo na protetização, se eles recebessem essa informação. (E2 – 03 anos de atuação)

O tempo que envolve o processo de recuperação e reabilitação da pessoa com amputação é essencial, permitir logo que as informações necessárias, assim como as condutas a serem tomadas, cheguem àqueles que necessitam é importante e premente. Mesmo com o planejamento criado pelas políticas públicas (BRASIL,2014), o resultado por vezes não acontece e desencadeia situações que interferem no bem-estar biopsicossocial esperado pela pessoa com amputação. O que reforça o discurso do enfermeiro quanto ao desejo de que o centro de referência em reabilitação seja referenciado e haja o fornecimento de orientações que possibilitem a chegada das pessoas com amputação ao centro de reabilitação o mais precocemente possível, fazendo com que o acesso ao cuidado à pessoa com amputação seja fornecido a fim de atender aqueles que necessitam, sem o favorecimento de poucos e o prejuízo de muitos.

Ainda que as políticas públicas destaquem a garantia de acesso às pessoas com deficiência, em que o planejamento de atenção à saúde seja

executado como esperado, o que é previsto em lei não acontece, apresenta dificuldades e faz com que a realidade seja tão diferente do prescrito.

As políticas de saúde pública não acrescentaram grandes modificações ao fluxograma de atendimento dos pacientes ou à qualidade da assistência. Importante salientar que pouco se conhece quanto às políticas de saúde pública tanto pelos profissionais das diferentes áreas da saúde e serviço social, como pelos pacientes. Algumas conquistas dos pacientes ocorrem através de ações judiciais. (E3- 20 anos de atuação)

A gente tem bastante dificuldade quando um paciente que você sabe que precisa e ele não entra nos critérios para tu colocar ele como uma prioridade, mas a gente sabe que muitas pessoas que trabalham na rede não fazem dessa forma, então é muito fácil você sentar na frente do computador e colocar que ele tem isso aqui, isso aqui e isso aqui. É um jeito mais rápido, um jeito de burlar a fila. Eu vou favorecer o paciente, mas eu vou acabar prejudicando os outros pacientes que necessitariam ser atendidos primeiro que ele. Então, a gente não tem muito controle dessa fila de espera, dessa urgência, não é um profissional da saúde específico, é um técnico administrativo que faz isso, às vezes ele não tem acesso ao prontuário daí ele coloca por conta, [...] isso dificulta bastante! A gente não tem um controle sobre isso! (E15 – 03 anos de atuação)

Olha, eu observei no hospital enquanto eu estava internada que a demanda de pacientes era muito grande em relação ao número de profissionais, então eles não tinham como dar uma atenção nesse sentido, uma atenção maior. Eles faziam o que eles podiam conforme recurso de tempo e até de materiais que eles tinham, mas muito mais do que isso não dava, porque saía de um quarto já tinha que correr para outro e para outro. (PA5 - 2014)

A realidade distante do esperado desencadeia discursos sobre um sistema de saúde deficitário, em que questões administrativas, de infraestrutura e recursos humanos tornam-se principais pontos que justificariam a maneira como a atenção à saúde da pessoa com amputação é estabelecida. Por esta maneira, pode-se considerar o quanto seria interessante pensar em políticas públicas de maneira regionalizada, afim de promover questões socioeconômicas de forma ampliada, o que possibilitaria atender o que é preconizado pelo SUS (VIANA *et al.*, 2015).

### **(Des) centralização do saber-poder**

A maneira pela qual o saber-poder se apresenta é diferente e não é definitiva, se cada pessoa exercer seu poder espera-se como resultado uma relação de “micro-poderes” trazendo uma posição de descentralização do saber-poder. Contudo, o discurso que surge a partir das falas dos enfermeiros remete ao poder do saber comumente centralizado no médico, o que leva as pessoas com amputação e suas famílias a demonstrarem resistência para seguir orientações do restante da equipe multiprofissional quando tais orientações estão em conflito com as dadas pelo médico. Nesse caso, o detentor do saber-poder não é o médico de família que atua na atenção básica, e sim o médico especialista, responsável pela amputação, quem dita o que pode e o que não pode ser feito.

Na verdade, o enfermeiro não tem muita autonomia, esta fica mais concentrada nas mãos do médico. O médico encaminha para o setor e geralmente quando fizemos esse encaminhamento, o paciente não volta, ele fica na atenção secundária. [...], só vem aqui para a gente em caso de urgência [...]. Ele fica no especialista, ele tem a visão de que está no especialista não precisa mais tratar com o médico de família. Então, [...] a gente perde esse paciente, [...] a gente não tem um controle para fazer essa busca ativa do paciente que não vem mais. (E14 – 08 anos de atuação)

Com relação ao restante da equipe multiprofissional, eu sinto um pouco de resistência quando se trata da orientação médica.

Porque, geralmente, eles tendem a seguir muito mais a orientação médica, mesmo que você saiba que aquilo não é o correto, principalmente quando se trata de algo que a gente tem autonomia, [...], às vezes, eles resistem um pouco a essa mudança. (E16 – 02 anos de atuação)

Ao considerar a interdisciplinaridade fator importante na atenção à saúde da pessoa com amputação, traz-se a interdisciplinaridade como fato a ser construído diante da capacidade de cada um inserido no contexto, determinando o cuidado em saúde a ser realizado (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Retoma-se que a interdisciplinaridade envolve a descentralização do poder, posto em debate, em que discute-se a questão da interdisciplinaridade de maneira a perceber o próximo, compreender as necessidades do coletivo em prol de um bem-estar (CARPES *et al.*, 2012).

Nesta mesma perspectiva, as diretrizes de atenção às pessoas amputadas, evidenciam a importância da articulação dos serviços de saúde, em que a rede de cuidados se estabelece em meio aos níveis de atenção, em que quem necessita de cuidado circula livremente entre os serviços (BRASIL, 2014). Fato este que não se faz real, é insuficiente e não permite fornecer uma atenção à saúde de qualidade a todos aqueles que precisam de atenção no decorrer do processo de recuperação/reabilitação (FERREIRA *et al.*, 2017; VARGAS *et al.*, 2014).

É possível considerar, o trabalho interdisciplinar ao tornar-se individual e centralizado, influencia negativamente no processo de recuperação e reabilitação. Aquele que recebe atendimento precisa de segurança para dar continuidade ao cuidado que é a ele proposto, não sendo conveniente ocorrer discordâncias nas orientações dos profissionais; pelo contrário, ainda que prescritivo, deveria haver consenso no discurso de atenção à saúde.

O propósito de integração da rede, na articulação não hierarquizada dos diferentes pontos de atenção evidencia a rede de atenção à pessoa de acordo com a população que a ela é direcionada. Ainda que consolidada como política, a rede de atenção à pessoa com deficiência é fragilizada em decorrência do desconhecimento dos profissionais, os quais são os responsáveis pelo direcionamento do cuidado para aqueles que precisam (VARGAS *et al.*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2017). Assim, reforça-se a relevância da participação social a fim de reduzir as iniquidades sociais e promover a consolidação de sistemas

públicos de qualidade e tempo hábil ao atendimento necessário (OLIVEIRA; DALLARI, 2015).

A dificuldade está na compreensão dos profissionais de saúde, aqui os enfermeiros, visualizarem e dar jus a importância da rede de atenção para a recuperação da pessoa com amputação.

A deficiência é nossa, sabe?! Não é deles! A deficiência está no profissional que não consegue perceber que esse cara precisa se ressocializar e eu como profissional que atendi, eu tenho de dar: ‘Oh, você está recebendo alta daqui, para ser atendido lá. Porque lá é o Centro de reabilitação. Lá é que você vai se reabilitar’. Então esse, eu imagino que esse seja o grande nó! Essa seria a maior lacuna nesse processo. É a referência para o centro de reabilitação! (E2 – 03 anos de atuação)

A garantia de atenção à saúde para a pessoa com amputação é preconizada no trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2014), em que a interdisciplinaridade se faz presente ou não, visto que o processo de interdisciplinaridade é complexo e exige do profissional dedicação para a efetivação da mesma (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Para tanto, no discurso de uma das enfermeiras, quando a mesma diz que a “deficiência é do profissional e não da pessoa com amputação”, reforça uma perspectiva biopolítica da responsabilidade individual em detrimento do coletivo. Dito de outro modo, o sentido de promover saúde está condizente à oportunidade de uso de tecnologias em prol da saúde, configurando o biopoder no aspecto que inutiliza os “determinantes sociais da saúde” (JUNGES, 2009). Nesse sentido, o biopoder mostra-se condicionado ao poder individual, o que inviabiliza o acesso à saúde democraticamente. O direito à saúde é uma somatória de valores que compõe “direitos econômicos, sociais e culturais” (JUNGES, 2009).

Novamente, ainda que as políticas públicas preconizem a equidade no atendimento e a integralidade no cuidado nos níveis de atenção, o que se manifesta é uma expectativa de reabilitação centralizada em um profissional.

Era ótimo se no momento da alta do paciente amputado a gente tivesse a fisioterapia aqui para dar a orientação para ele, de como proceder em casa, de como entrar e sair do carro, uma coisa

simples e que às vezes não sabem. [...] já teve situações de a gente conseguir dar alta para o paciente e ajudar ele a ir até o carro, porque chega lá o que a família vai fazer? Vai botar como o paciente amputado da cadeira até o carro? Às vezes o carro não é quatro portas, o carro é pequeno, mas era bom se tivesse alguém disponível aqui que pudesse dar esse tipo de orientação: 'você pega o paciente por baixo do braço e faz o movimento rotatório, bota ele sentado e depois põe as pernas para dentro'. Na prática isso não acontece! [...]. (E11 – 15 anos de atuação)

Ainda, quando há o atendimento especializado e a participação de diversos profissionais e a pessoa com amputação não mantém o acompanhamento na atenção primária, isso também altera o percurso de atendimento e repercute na maneira como a recuperação e adaptação à nova condição de vida são estabelecidas. Dessa forma, os profissionais enfermeiros reforçam o discurso da supervalorização pela assistência especializada e o não reconhecimento da promoção da saúde viabilizada pela atenção primária, em que o paciente, quando inicia o tratamento a nível secundário, não retorna para a atenção primária.

Contudo, o desconhecimento dos papéis de cada nível de atenção também está condicionado aos profissionais enfermeiros, conforme estudo que sustenta a prerrogativa de que a disposição da rede de cuidados, a função de cada nível de atenção é confusa para esses profissionais e influencia diretamente na maneira como o cuidado é prestado (MOLL *et al.*, 2017).

Argumenta-se, ainda, que mesmo um discurso de poder descentralizado, poderia estar sustentando um exercício do saber-poder de modo tão disseminado e pouco responsável (pouca estrutura de material, de área física, de equipamentos tecnológicos necessários para a adequada reabilitação, de profissionais competentes), que paradoxalmente, produz o efeito contrário, ao valorizar discursos que concentram o poder em um profissional.

### **Saber-poder pela capacitação**

O conhecimento desencadeia determinados modos de exercício do poder, e a capacitação é uma forma de possibilitar este saber-poder. As políticas públicas se estruturam a fim de viabilizar condições de

acesso, atenção e assistência àqueles que necessitam. Logo, a expectativa é de que haja uma relação profissional estreita, em que o vínculo formado seja subsidiado pelas respectivas estratégias desenvolvidas pelas políticas.

Ao analisar os documentos que direcionam a assistência às pessoas com amputação sob a perspectiva do “saber-poder pela capacitação”, duas vertentes podem ser apontadas:

1) a política como forma de promover o discurso social de inclusão, para diminuir as desigualdades injustas e desnecessárias, as iniquidades, na acessibilidade à saúde. Nesse sentido, a política pública incorpora o saber-poder da sociedade que espera do Estado um posicionamento para diminuir as iniquidades perpetradas ao longo dos anos;

2) o discurso autoritário do documento quando destaca que definirão regras éticas para os setores público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde.

Desta forma, o discurso de “definição de regras éticas” demonstra um distanciamento entre aquilo que é preconizado no documento e o que realmente se concretiza na prática dos profissionais da saúde. O treinamento de comportamentos não vai garantir que os direitos das pessoas com deficiência sejam respeitados.

As políticas, com o passar dos anos, desenvolvem um discurso de aproximação aos profissionais da saúde, com menos autoritarismo, possibilitando um discurso mais democrático de aproximação. No entanto, ao se verificar o impacto da política na prática, muito pouco se modificou, os problemas ainda permanecem e não minimizam.

Normalmente se faz uma linguagem muito próxima, desde a importância de ter o cuidado com a pele, que isso é fundamental. Tenta-se passar para o paciente como é que a prótese funciona, e essa importância da integridade cutânea, eu acho que um dos principais cuidados é o cuidado da pele e o cuidado do coto, e outra é o bem-estar geral do paciente, porque não consegue protetizar um paciente que não faça exercício em casa, que não tem uma saúde equilibrada [...]. (E3 – 20 anos de atuação)

[...] se a gente tivesse orientação seria melhor. Seria melhor porque é alguém que fala, olha agora é assim, pode fazer aquilo lá, tal coisa você já

pode deixar ela ir fazendo [...], mas eu não sei se pode colocar ela aqui, pelo menos para se movimentar de um lado para o outro, é um exercício. Só que eu tenho medo de fazer isso, e agora? (PA1 – 2009 e 2011)

Evidenciam-se também nos resultados desta pesquisa que a capacitação da pessoa com amputação é meta dos enfermeiros, os quais buscam uma linguagem acessível para que a pessoa apreenda as informações, o que contribui para a compreensão e a “adesão ao tratamento”. Tratando de adesão ao tratamento, esse termo remete à ideia de treinamento de comportamentos saudáveis e pouco seguidos pelas pessoas. O modelo brasileiro de assistência à saúde, pautado em uma lógica sanitarista, não presta acolhimento efetivo às pessoas em suas singularidades e demandas pessoais. Pelo contrário, ele prescreve condutas e elege estratégias de tratamento desconsiderando o direito das pessoas aos seus corpos e à sua saúde (KIND; FERREIRA NETO, 2010).

A cada capacitação, o saber-poder aprimora os modos de expressar como se viabilizariam condições que permeariam uma atenção à saúde de qualidade. Nessa perspectiva, o processo entre o que está prescrito e o que é realizado deveria estar em consonância, a fim de garantir os direitos daqueles que necessitam.

É passível considerar que a resistência não é unidirecional e cada pessoa a estabelece conforme suas experiências diante do que é vivenciado. Percebe-se que os pontos de resistência estão condicionados ao fato que é prescrito pelas políticas públicas em prol da pessoa com amputação não ser totalmente realizado. Nesse sentido, as pessoas com deficiência não querem privilégios. Elas querem ser tratadas como cidadãos que têm direitos e deveres, mas para exercer a cidadania precisam de condições que os coloquem nas mesmas possibilidades das demais pessoas. Isso nos remete ao conceito de equidade, onde devemos tratar desigualmente os desiguais para diminuir as iniquidades.

A partir do momento em que novos discursos sejam estabelecidos em prol da singularidade de cada indivíduo, é possível estabelecer uma política que proporcione a inclusão. Tais discursos estariam relacionados tanto à experiência singular daqueles que vivenciam o trauma da deficiência quanto daqueles que prestam assistência. É neste sentido que se formula um discurso que não está apenas envolto de dados administrativos/epidemiológicos, mas que reconhece as peculiaridades existentes em uma sociedade e permite fundamentar

políticas mais acessíveis (LUCIEUDO; SILVA; MIRANDA, 2011).

Assim também as informações deveriam ser disponibilizadas de uma maneira clara e compreensível para que as pessoas com deficiência pudessem exercer sua autonomia na escolha do que deve ser adotado ou não por elas. Muitas vezes, as pessoas com deficiência não conseguem exercer a sua autonomia, uma vez que os discursos assimétricos e autoritários dos profissionais da saúde distanciam as pessoas com deficiência das possibilidades de escolha. Tal fato pode estar relacionado à noção deturpada da autonomia em condições de deficiência, chancelando um tratamento superprotetor, infantilizador e autoritário por parte de profissionais de saúde, cuidadores e familiares (BERNARDES *et al*, 2009).

[...] porque eu vejo que a saúde pública, não a saúde pública em geral, mas na atenção primária. Eles têm bastante capacitação em relação a isso, dos programas que estão sendo atuados, e dentro do hospital às vezes [...] deixa um pouco a desejar. Às vezes vivenciamos só o que tem aqui dentro, dos pacientes graves, da capacitação de pacientes com diabetes, [...]. Focar também para esses pacientes, de como eles vão vivenciar lá fora, de como a gente pode orientar para o que eles vão ver lá fora. Não só daqui de dentro (E4 – 04 anos de atuação)

São políticas de primeiro mundo! Fragilidades: elas não acontecem como elas são descritas! Não sei se é por falta de interesse do profissional, se é por desconhecimento do profissional, se é por falta de integração entre as instituições. [...], falta integração entre os profissionais, falta o conhecimento das políticas, falta, às vezes, interesse sim, das pessoas irem atrás. [...] É, às vezes mesmo da própria gerência, de colocar numa sala, chamar os profissionais para falar das novas políticas, estimular a nossa participação, sermos orientados nesse sentido, porque algumas coisas, recebe por e-mail: 'Leia'! Mas é diferente de estarmos num grupo e discutir essa política. (E2 – 03 anos de atuação)

O saber-poder induz a maneira como são condicionadas as ações,

os atendimentos, os procedimentos realizados. Logo, ações, atendimentos e procedimentos são resultados de diversos fatores: conhecimentos adquiridos, experiências vivenciadas, oportunidades geradas na trajetória profissional. E, diante de tudo que é experienciado, são produzidos discursos de verdade que são prescritos para aqueles que recebem a atenção dispensada, neste caso, as pessoas com amputação. Assim, a maneira pela qual a atenção à saúde da pessoa com amputação é disponibilizada poderia influenciar no decorrer do processo de recuperação/reabilitação.

O que a gente notava era um pouco de curiosidade também dos médicos. Quando chegou na minha última consulta de manutenção depois da internação. ‘Aí vem mais uma vez aqui, quero ver como funciona tu andando nessa prótese aí’. Eles não tinham a menor noção, eles entendem de fazer a amputação e ponto. A parte pós de prótese, eles não sabem nada, os ortopedistas. (PA7 - 2011)

O desenvolvimento de competências técnicas é primordial para o empoderamento profissional nas ações e na assistência à saúde da pessoa com amputação. Mas, concomitante a isso deve ocorrer reflexões e entendimentos acerca das respectivas políticas públicas e do que implica do atual sistema de saúde brasileiro no cuidado às pessoas com amputação (VARGAS *et al*, 2016). A política pública estabelece, garante e prevê a formação de recursos humanos, educação permanente aos profissionais que prestam atendimento às pessoas com amputação, além de prever a essa população a promoção individual, social e familiar. Contudo, o discurso expresso nas falas de profissionais e pessoas com amputação condiz ao distanciamento entre o que a política pública regulamenta e a sua viabilização. A política existe, mas o tempo-resposta para atingir os resultados está longe de ser atingido, independente do momento do trauma, da idade ou gênero.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em consonância ao apresentado no estudo, o que é proposto pelas políticas públicas não atinge eficazmente seu público alvo, independentemente da idade, tipo de lesão, gênero, condição social. O saber-poder se expressa de diversos modos e exprime as potencialidades

e fragilidades que balizam a atenção à saúde para a pessoa com amputação.

Para as pessoas com amputação, é necessário o fortalecimento de ações que efetivamente promovam a atenção a elas. Mesmo que condicionadas às especificidades econômicas e sociais do período histórico e sempre já considerando os determinantes sociais, constata-se um desalinhamento entre as políticas formuladas e concretizadas. Nesse sentido, ou nem as estratégias biopolíticas em prol dessa população tornam-se “eficazes” em virtude da não interlocução entre a criação das políticas públicas e a sua execução, ou as estratégias biopolíticas em prol dessa população manifestam-se justamente nesse descompasso entre as políticas formuladas e concretizadas.

Neste ínterim, ressalta-se que os diferentes modos pelo quais os saber-poderes se expressam se relacionam aos pontos de resistências que surgem a partir do que se experiência diante da nova condição de vida ou pelo desafio de prestar uma assistência que condicione a reabilitação da pessoa com amputação, pela pessoa com amputação e pelo enfermeiro, respectivamente.

Vale destacar que a enfermagem se envolve no processo de educação em saúde, o que fortalece a construção do conhecimento e a disseminação de ações que possibilitam e vigoram as ações de atenção à saúde para a pessoa com amputação. Mas, a capacitação dos profissionais em prol a essas pessoas está possibilitando e proporcionando a construção de indivíduos fortalecidos, com autonomia e capacidade de governo de si?

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault: e a crítica do sujeito**. 2. ed. Curitiba: Editora UFPR, 2008. 234 p.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves, *et al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BORGES, Ana Maria Fernandes. **O cuidado à saúde da pessoa com amputação à luz da bioética**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/122925>>. Acesso em: 18 out. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República**. Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 27 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em: 25 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 27 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria Nº 793, de 24 de Abril de 2012**: Rede de cuidados à pessoa com deficiência. Brasília, DF, 24 abr. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 12 dez. 2012.

CHINI, Gislaine Cristina de Oliveira; BOEMER, Magali Roseira. Amputation in the perception of those who experience it: a study under the phenomenological. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 330-336, Apr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set 2017.

Entrevista con Michel Foucault. **Revista de la Asociación Española de**

**Neuropsiquiatria** v. 29, n. 1, p. 137–144 , 2009. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100010&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 20 set. 2017.

FERREIRA, Mauricio dos Santos; TRAVERSINI, Clarice Salette. A Análise Foucaultiana do Discurso como Ferramenta Metodológica de Pesquisa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p.207-226, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/17016/24330>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. 326 p. (Ditos & Escritos V).

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b. 294 p.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Penalidade e Prisão**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. 307 p. (Ditos & Escritos VIII). Organização e seleção dos textos: Manoel Barros de Motta; tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do Discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014. 74 p.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do Saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016. 254 p.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde e Sociedade** v. 21, n. 4, p. 811–821 , dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400002&lng=pt&tlng=pt)>.

JUNGES, José Roque. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface: Communication, Health, Education** v. 13, n. 29, p. 285–295 , 2009.

LUCIEUDO, Antonio; SILVA, Lourenço; MIRANDA, Luciana Lobo. Da fisiologia à biopolítica : discursos sobre a deficiência física na legislação brasileira. **Polis e Psique**, v. 1, n.1, p. 148-169, 2011.

Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/23653/25606>>  
Acesso em: 17 set 2017.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

MELO, Lucas Pereira de. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saúde e Sociedade** v. 22, n. 4, p. 1216–1225, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000400022&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400022&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 17 set 2017.

MOLL, Marciana Fernandes; GOULART, Mariana Bonomi; CAPRIO, Aloma Pegorini, *et al.* The Knowledge of Nurses on Health Care Networks. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE** v. 11, n. 1, p. 86–93, 2017. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=120615047&site=ehost-live&scope=site>>.1101201711. Acesso em: 17 set 2017.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v. 25, n. 4, p. 1059–1078, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000401059&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401059&lng=pt&tlng=pt)>.

RÔMULO, Francisco; OLIVEIRA, Almeida Alves de. Foucault: do Poder Disciplinar ao Biopoder. **Scientia**. [S.l.: s.n.], 2014. 2 v. p. 1–217. Disponível em: <[http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site\\_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2\\_N3/FRANCISCOMULOALVESDINIZ.pdf](http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/FRANCISCOMULOALVESDINIZ.pdf)>. Acesso em: 17 set 2017.

SALES, Luziana Maria Ribeiro et al. Repercussões psicossociais da amputação: concepções de pessoas que as vivenciam. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* (online), [s I], v. 4, n. 4, p.3015-3026, out. 2012. Disponível em:

<[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1883/pdf\\_644](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1883/pdf_644)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 18, n. 11, p. 3203–3212, nov. 2013. Disponível em: <[scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=&lang=pt](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt)>. Acesso em: 17 abr 2017.

SCHOELLER, Soraia Dornelles; SILVA, Denise Maria Vieira Guerreiro da; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira, *et al.* Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. **Rev enferm UFPE on line**. v. 7, n. 2, p. 445–451, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3351/5326>. Acesso: 28 mar 2017.

SILVA, Jefferson Braga *et al.* Amputação X Reimplante. **Revista da Amrigs**, Porto Alegre, v. 4, n. 55, p.375-379, out. 2011. Disponível em: <Revista da AMRIGS>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SILVA, José Cláudio Sooma. Foucault e as relações de poder: O cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas**, n. 3, p. 1–28, 2007. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1927/1388>>. Acesso: 28 mar 2017.

SOUZA, Janaina Medeiros De *et al.* Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 19, n. 7, p. 2265–2276, jul. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=pt&tlng=pt)>.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira *et al.* Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. **Acta Paulista de Enfermagem** v. 27, n. 6, p. 526–532, dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000600526&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600526&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso 30 jun 2017.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira *et al.* Competências do

profissional da saúde para o cuidado da pessoa com amputação. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, p. 123-133, 2016.

## 4.2 MANUSCRITO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DELIMITANDO MODOS DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA COM AMPUTAÇÃO

“A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. [...]. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. [...]. Portanto, estamos num poder que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, como o polo do corpo e o polo da população” (FOUCAULT, 2010, p.213).

### RESUMO

Nesse estudo qualitativo são analisadas as políticas públicas que o Estado dispõe à sociedade na busca por assegurar os direitos da população, na perspectiva do referencial teórico filosófico da biopolítica em Foucault. Logo, constitui-se como objetivo analisar de que modo as políticas públicas demarcam e determinam o processo de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação; problematizar as estratégias biopolíticas em prol da atenção à saúde da pessoa com amputação. Compuseram o material empírico do estudo, as entrevistas semiestruturadas realizadas com os enfermeiros e as pessoas com amputação, e a análise documental das políticas públicas que podem ser articuladas à atenção das pessoas com deficiência/amputação. Para organização dos dados utilizou-se o *software* AtlasTi e sua análise deu-se pelo referencial da análise de discurso em Michel Foucault. Dos resultados emergiu a categoria: “Aproximações/distanciamentos entre a efetivação das políticas públicas de saúde e as necessidades das pessoas com amputação que delimitam a atenção à saúde”. Por fim, acredita-se que há ineficiências no processo de atenção à saúde da pessoa com amputação, visto o distanciamento presente entre o que a política prescreve e o que é visível no cotidiano dos profissionais e das pessoas com amputação. Pode-se considerar que a maneira como a pessoa com amputação e o enfermeiro determina seu modo de ser e agir na atenção à saúde, repercute diretamente na maneira

como o processo de recuperação é delimitado.

**DESCRITORES:** Políticas Públicas; Políticas Públicas de Saúde; Amputação; Pessoa com Deficiência; Enfermagem em Saúde Pública; Atividades Diárias.

## INTRODUÇÃO

A organização política da sociedade idealiza proporcionar à população subsídios que lhe garantam o viver de maneira coletiva. Nesse propósito, destaca-se o quanto o governo de si se constrói e se faz presente, a partir de uma sociedade cuja experiência é traduzida na autonomia dos indivíduos. O governo de si agrega-se ao “governo dos outros” em que desencadeiam modos de ser que corroboram a “relação consigo e com os outros”. (FOUCAULT, 2006a, p.243)

Ao Estado direciona-se a racionalidade do “sistema de polícia”. Polícia que se determina racional para o “governo de todo território” (FOUCAULT, 2012, p.208), a qual permite a constituição de regulamentações que condicionam a organização da sociedade. Nessa perspectiva, as políticas públicas se estruturam, a fim de fomentar um Estado e possibilitar a garantia e direitos previstos para a população. No caso específico da pessoa com amputação, seus direitos à saúde são assegurados pelo artigo nº 23 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

O estabelecimento de políticas em prol de pessoas com deficiência reforça a importância de garantir a elas a oportunidade de exercer sua governamentalidade. Assim, o discurso da verdade no sistema político percorre uma linha tênue que permite a estruturação política (FOUCAULT, 2006a). A sociedade é composta de inúmeros discursos de verdade e nos diferentes modos de se expressar é que o Estado se estabelece e divulga o sistema político.

A verdade é um compilado de determinantes sustentados por um “regime de signos”, o que ampara a construção de leis e enunciados e relacionam-se a um “sistema de poder”(ACSELRAD, 2014). Logo, a verdade corrobora os sistemas de poder, sendo o poder estabelecido por meio dos discursos de verdade (FOUCAULT, 2006b). Viver, pois, em sociedade requer a delimitação de espaços, os quais são essenciais para o “exercício do poder” (FOUCAULT, 2012, p.219).

Na sociedade não existe *a priori* o exercício de um poder único, mas a justaposição de vários poderes. A relação desses diversos poderes leva a considerar a população como responsável para “produzir,

produzir riquezas, bens, produzir outros indivíduos” (FOUCAULT, 2012, p.179).

Evidencia-se a biopolítica como reguladora da população, um “poder sobre a vida”, o qual está disposto a oferecer condições de possibilidades à vida (FOUCAULT, 2017, p.150). Assim, processos biológicos agregados a condições político-econômicas compõem os “objetos de saber” e são “alvos de controle dessa biopolítica” (FOUCAULT, 2010, p.204). A relação que a biopolítica assume envolve os aspectos que compõem as necessidades de uma população. O que faz pensar nas políticas públicas como sistemas de regulação, os quais se aliam a um contexto biopolítico, que no caso das pessoas com amputação, é o atendimento a fim de possibilitar modo(s) de promover a inclusão social.

Logo, no propósito de atender às expectativas do Estado em prol da sociedade, as políticas públicas demonstram-se como elementos norteadores ao e do Estado a fim de garantir direitos à população. Quanto à pessoa com amputação, destaca-se a política “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD (BRASIL, 2012)” e as “Diretrizes de Atenção à Pessoa com Amputação – DAPA (BRASIL, 2014)”. A RCPD, nesta conjuntura, busca disponibilizar uma rede integrada de serviços em reabilitação que possa ser articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção à população com deficiência. Assim, ressalta-se que o envolvimento da rede às pessoas com deficiência – destaque às pessoas com amputação – relaciona à tomada de decisão, garantindo autonomia e evidenciando as diferenças que existem diante da situação vivenciada a partir da nova condição (BRASIL, 2012). E na prerrogativa de possibilitar a autonomia desta população, promover saúde, o enfermeiro tem atuação de destaque. Na RCPD, os profissionais de saúde são aliados aos serviços de saúde e à comunidade, cujo objetivo é promover a integração do cuidado, sustentados pela qualificação profissional (BRASIL, 2012).

Por sua vez, as DAPA consubstanciaram-se num alicerce à RCPD, a fim de possibilitar às equipes multiprofissionais a compreensão do cuidado à pessoa com amputação nesses diferentes contextos, os quais se interligam. Nesse sentido, as DAPA apresentam como equipe multiprofissional mínima envolvida no processo de reabilitação: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Tal equipe deve atuar em prol de um projeto terapêutico que garanta a atenção integral, sem existência de condutas desconexas (BRASIL, 2014). Ainda, considerando cada momento da atenção à saúde da pessoa com amputação, emergem nas DAPA

enunciados que traduzem a importância do conhecimento profissional sobre o processo de reabilitação da pessoa com amputação e o quanto ele é alicerce para uma boa recuperação, em conjunto com a família e com a sociedade, em prol do bem-estar da pessoa com amputação (BRASIL, 2014).

No entanto, um estudo mostra que a pessoa com amputação reconhece o atendimento de cada profissional, mas não consegue visualizar tal cuidado de maneira integrada e interdisciplinar (MARQUES *et al.*, 2014). O que traz os diferentes modos de expressar os discursos de verdade, os quais tomam o corpo a partir do contexto de experiências vivenciadas.

Em todo fluxo de atendimento que envolve a atenção à pessoa com amputação, as DAPA destacam e dão ênfase à Atenção Básica (AB), visto que a AB é o “nível de atenção responsável por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. Ela deveria localizar-se mais próximo às pessoas, uma vez que é a porta de entrada do sistema de saúde, centralizando a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014, p.17). Dessa maneira, mesmo que a amputação tenha seu procedimento realizado em níveis de maior complexidade, são os profissionais da AB que acompanharão a recuperação dessas pessoas e farão os devidos encaminhamentos quando necessários (BRASIL, 2014). Assim, dentre os benefícios esperados das DAPA, sinaliza-se a manutenção da saúde física e mental, bem como o desenvolvimento da autonomia e inclusão social da pessoa com amputação (BRASIL, 2014).

Avaliar de que modo se articulam as intervenções necessárias à pessoa com amputação, fundamentadas nos princípios de integralidade, equidade e universalidade que regem o SUS, tem sido destaque em diferentes estudos (MALTA; STOPA; *et al.*, 2016; MARQUES *et al.*, 2014; VARGAS *et al.*, 2014). E estudos sinalizam que aquele que necessita de cuidados, na maioria das vezes, desconhece seus direitos: à saúde, à reabilitação, à reinserção social. Consequentemente, aceita qualquer tipo de atenção como um favor daquele que a presta (MARQUES *et al.*, 2014; MORAES *et al.*, 2014). No entanto, numa perspectiva da biopolítica em Foucault, argumenta-se que existe uma dialética entre a lei (aqui traduzida nas políticas públicas) e as expectativas e atitudes dos profissionais (aqui o foco são os enfermeiros) e as expectativas das pessoas com amputação (aqui os destinatários dos serviços prestados).

Enfim, todo o contexto envolvido na atenção à pessoa com amputação é regido por discursos que expressam o modo de ser e agir de cada um dos envolvidos seja a pessoa com amputação, os profissionais de saúde, o Estado, a rede de apoio. Portanto, para a construção deste estudo formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual (is) discurso (s) as políticas públicas delimitam a atenção à saúde da pessoa com amputação? E como objetivos para o estudo apontaram-se: analisar de que modo as políticas públicas demarcam e determinam o processo de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação; problematizar as estratégias biopolíticas em prol da atenção à saúde da pessoa com amputação.

## MÉTODOS

Estudo qualitativo, desenvolvido na perspectiva do referencial teórico filosófico da concepção de biopolítica em Foucault, estruturado na análise documental nas políticas públicas de saúde criadas desde o início do Sistema Único de Saúde (SUS) em prol das pessoas com deficiência, com olhar à pessoa com amputação.

As políticas destacadas para análise no estudo foram: Política Nacional de Integração à Pessoa Portadora de Deficiência (PNIPPD), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e as Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa Amputada (DAPA). A pessoa com deficiência é mencionada desde a Constituição Federal, no entanto, pode-se considerar a PNIPPD como a precursora no que diz respeito à garantia de direitos a pessoa com deficiência, a qual é instituída por meio do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamentando a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 e revogando o Decreto nº 914 de 06 de setembro de 1993. A análise da RCPD, regulamentada pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, deve-se pela proposta de criação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta o SUS. Já as DAPA, em sua segunda edição em 2014, têm como recomendação possibilitar que o foi proposto pela RCPD seja acessível à pessoa com amputação.

Para organização dos dados, utilizou-se o software de pesquisa qualitativa, AtlasTi (*Qualitative Research and Solutions*), versão 7.5.6. Desta forma, os dados coletados, após transcrição, foram importados para o *software*, facilitando a leitura que deve ser realizada no decorrer da pesquisa.

Como material de análise, consideram-se os documentos que compõem a pesquisa as políticas públicas direcionadas a essa

população. A proposta metodológica da pesquisa fundamentou-se na análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault. Colocou-se em suspensão de verdades os discursos proferidos e o contexto pelos quais se expressaram. Por essa proposta, a análise do discurso sustenta os objetivos do presente estudo diante do que é expresso pelas publicações das políticas públicas. Os discursos estão intrínsecos aos acontecimentos e são a “reverberação de uma verdade” (FOUCAULT, 2014, p.59). A análise do discurso não deve se fechar no interior do próprio discurso, ela precisa articular o acontecimento discursivo com o não discursivo e estabelecer uma relação com acontecimentos de outra ordem, seja ela técnica, econômica, social ou política (MACHADO, 2009).

Diante dos mecanismos que sustentam uma análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault, entres os conceitos por ele mencionados, destacam-se para o material empírico disposto nesse estudo, os seguintes: enunciado, discursos, regras de formação discursiva, formação discursiva, prática discursiva e função enunciativa (FOUCAULT, 2014). Os presentes conceitos, aplicados ao estudo correspondem pelos seguintes aspectos: os enunciados compõem as políticas estudadas. As regras de formação são condições de existência e coexistência dos discursos, sustentando o que possibilitaria às políticas públicas em saúde manifestar e atuar. As formações discursivas correspondem ao agrupamento de discursos que se assemelham e permitem circular saberes semelhantes. A função enunciativa tangencia o campo subjacente que permeia e sustenta os discursos e quanto a prática discursiva, esta seria a circulação dos discursos posto em prática.

O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por intermédio da Plataforma Brasil. e aprovado sob parecer nº 1.771.463 e CAAE: 58566916.7.0000.0121.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foi no intuito de delimitar o modo como as políticas públicas determinam o processo de recuperação/reabilitação dessas pessoas que os resultados foram dispostos na seguinte categoria: “Aproximações/distanciamentos entre a efetivação das políticas públicas de saúde e as necessidades das pessoas com amputação que delimitam a atenção à saúde”

## **Aproximações/distanciamentos entre a efetivação das políticas públicas de saúde e as necessidades das pessoas com amputação que delimitam a atenção à saúde**

As políticas públicas de saúde apresentam a propositiva de constituir-se como elo entre o Estado e a sociedade, o que geraria expectativas quanto às condições de possibilidade a fim de garantir o bem-estar social, em que a palavra reabilitar seria a inspiração deste contexto. Reabilitar envolve, entre alguns de seus significados, a recuperação de um problema físico ou psíquico (AULETE DIGITAL, S.D.).

Diante das pessoas com deficiência, no caso as pessoas com amputação, as políticas públicas de saúde em prol dessa população sustentam um discurso de inclusão social, de fornecimento de condições socioeconômicas que deveriam assegurar a nova condição de vida. Mas, ao olharmos as políticas públicas na perspectiva da discussão da biopolítica, indaga-se quais estratégias são perpetuadas, estabelecidas e priorizadas?

Neste ponto, reflete-se biopolítica como a relação entre o poder-saber sobre o corpo e para o corpo em um discurso científico, o qual delimita a saúde individual e coletiva das populações diante das demandas da sociedade, seus problemas e suas condições de existência (FOUCAULT, 2017a). As políticas públicas se posicionam numa perspectiva de atender suas necessidades globais de maneira equânime de acordo com a especificidade de cada deficiência.

A construção de saberes quanto as populações, estatísticas ou diretrizes, condiz a heterogeneidade de indivíduos que compõem um ambiente constituído por meio do risco ou estigmas que suas condições sociais e biológicas representam. Por esta maneira a biopolítica possibilita organizar o funcionamento de populações a partir de uma ontologia concebida por saberes científicos que possibilitem estabelecer estratégias que permitam a produção de dados, políticas, pelos quais regulem os padrões estatísticos de normalidade em um gráfico social.

Toma-se a formulação de diretrizes para a atenção à saúde como partida para construção de matrizes de identidade biológica, e que a condição física e social possa ser condizente aos parâmetros de normalidade e patologia, de risco e vulnerabilidade. Biopolítica está intrínseca a prática governamental, relacionando-se as questões de saúde, higiene, natalidade, longevidade, raça, presentes na população (FOUCAULT, 2008). Logo, as políticas públicas às pessoas com deficiência podem ser consideradas como estratégias biopolíticas que

objetivam reinserir esta população à/na sociedade.

A política corresponde à relação que corresponde ao controle da vida, neste propósito o biopoder encontra-se como determinante para como viver, além das condições biológicas do ser humano, assim como requisito para os direitos sobre o corpo (FOUCAULT, 2017a). Neste contexto, o poder circula de uma maneira que evidencia a presença da autonomia e liberdade, formando cidadãos de direitos pelos quais são os mediadores nas relações existentes no poder.

A Constituição Brasileira dispõe quanto à saúde, considerando como direito de todos e dever do Estado. Ao Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990 traz-se o avanço político e de ampliação de direitos, visando à igualdade na atenção à saúde independente daqueles que necessitam. Por essa maneira, gerando demandas por melhores condições de acesso, profissionais capacitados, infraestrutura adequada das instituições de saúde, a fim de garantir uma assistência de qualidade (BRASIL, 1990).

Na perspectiva de garantir os princípios do SUS e uma assistência à saúde de qualidade, inúmeras políticas públicas são instituídas a fim de tornarem importantes estratégias de relacionamento entre aqueles que necessitam – aqui as pessoas com amputação – no sentido de possibilitar melhores condições. Quanto as relações que surgem, Foucault menciona a importância das relações, relações entre os diferentes poderes que compõem a sociedade, assim como as relações de si para consigo (FOUCAULT, 2017a). O discurso que envolve a Política de Integração à Pessoa Portadora de Deficiência, ilustra as relações como mecanismos que garantiriam às pessoas com deficiência seus direitos básicos, assim como a efetiva inclusão social.

Nesse propósito, elevar-se-ia a verdade quanto à relevância de políticas em consonância às necessidades das pessoas com deficiência, tornando-as visíveis pela sociedade a partir das relações estabelecidas no decorrer do processo de recuperação e reabilitação. É ainda, permitir que a pessoa com amputação compreenda suas condições.

Partindo-se do princípio as necessidades e expectativas geradas pelas as pessoas seguem a influência de certos aspectos - opiniões, visões, modelos - condizentes ao seu meio ambiente. Por esta perspectiva, tomam-se as constantes adequações e surgimentos de novas políticas públicas como forma de atender a uma realidade social e/ou econômica em consonância aos objetivos atualizados do Estado no que diz respeito à saúde da população. Logo, as condições da sociedade não dependem de um fator, mas de uma rede de ações que repercutem na vida de cada um.

O suprimento das necessidades que surgem, está condicionado a questões também concretas, a partir de dados estatísticos. Por eles, é possível compreender os aspectos globais nas ações individuais (FOUCAULT, 2006a). Consequentemente, quanto mais a realidade apresentada e reconhecida e respeitada, torna-se possível contribuir a fim de estabelecer estratégias em prol de melhores condições de vida, da quais são constituídas de modo convergente com as ações propostas pelo Estado. A arte de governar é a “*característica da razão do Estado*”, articulada ao desenvolvimento da competência política. As pessoas desencadeiam mudanças que repercutem no Estado e é o Estado que “*lhe pede para viver, trabalhar, produzir, consumir, como lhe exige morrer*” (FOUCAULT, 2006a, p. 307).

O Estado em suas esferas nacional, estadual, distrital e municipal assegura a pessoa com deficiência, no artigo 197 da Constituição Brasileira, ações e serviços de saúde. Assim, o Poder Público incumbese de possibilitar leis em prol da saúde, regulamentar e fiscalizá-las. A RCPD sinaliza a máxima funcionalidade, a liberdade das pessoas com deficiência fazerem suas próprias escolhas, e a reabilitação viabilizada por estas políticas está fundamentada na possibilidade da manutenção da vida e da função atual.

A premissa é que uma atenção de qualidade se fundamenta por políticas públicas bem estruturadas, profissionais capacitados e infraestrutura condizente às reais necessidades dos indivíduos, mesmo quando estes elementos não condizem com a realidade. Neste contexto, ressalta-se que todas as pessoas com deficiência, não importa o tipo de deficiência, deveriam sentir-se seguras diante de seus direitos. E, o perfil epidemiológico de uma deficiência não deveria ser a única referência para a assistência profissional, considerando-o como um discurso completo a respeito da atenção à saúde. Para tanto, destaca-se a relação entre epidemiologia e políticas públicas de saúde vista de dois modos, em que as políticas sociais seriam consideradas como influenciadoras no perfil epidemiológico e como a epidemiologia sustentaria a constituição de uma política pública (BARATA, 2013).

As políticas públicas ressaltam o trabalho multidisciplinar, a articulação entre os diferentes pontos de atenção e a relevância da atenção básica, visto que a pessoa com doença crônica, com possibilidade de uma futura amputação, está inserida neste ambiente e sua inserção na comunidade resulta no maior envolvimento no cotidiano dessas pessoas. As amputações por causas externas condizem, em sua maioria, a homens jovens, já a amputação por doença crônica é evidenciada por pessoas com mais idade, destacando-se as mulheres

(MARQUES *et al.*, 2014), daí as políticas destacarem a atenção básica, a educação e a prevenção de complicações da doença. Além disso, a amputação por estas causas geralmente é recidivante, o que impacta nos custos do setor saúde.

Os aspectos que emergem da RCPD, e que fundamentam e amparam os diferentes níveis de atenção e profissionais envolvidos na atenção à saúde da pessoa com deficiência, permitem considerar as DAPA como eixo norteador da RCPD, a fim de possibilitar às equipes multiprofissionais a compreensão do cuidado à pessoa com amputação nestes diferentes contextos interligados. No entanto, salienta-se que a abordagem apresentada pelas DAPA pouco sustenta e condiciona atenção para todas as pessoas com amputação. Há diferença no preconizado à atenção à pessoa que evolui para amputação devido a uma doença crônica como doenças cardiovasculares e/ou ao *diabetes mellitus*, e aquela acometida pela amputação por causas externas (MARQUES *et al.*, 2014).

Entretanto, diante do estabelecido pelas DAPA, como são atendidas as pessoas submetidas à amputação devido às causas externas? Na medida em que elas geram um impacto social maior, por serem, majoritariamente, homens jovens em idade produtiva (MARQUES *et al.*, 2014), a prevenção e o controle destas causas envolvem múltiplas e complexas questões. Esta parcela da população é duplamente vulnerável, demandando reinserção laboral e independência física, que não são objetivos rapidamente alcançáveis e que repercutem na sua condição socioeconômica (VARGAS *et al.*, 2014). Como agravante, ainda há que se destacar as perspectivas de futuro de um jovem e o quanto suas chances de reinserção e independência funcional dependem de recursos tecnológicos, como próteses de qualidade, que reforçam a relação entre discurso científico, político, incorporação tecnológica e modos de viver e ser saudável. Apesar de toda a relevância destacada, as diretrizes são delineadas por um texto limitado, incapaz de contemplar os mecanismos possíveis, já devidamente balizados nos estudos atuais, para o desenvolvimento de um adequado processo de reabilitação da pessoa com amputação, considerando a causa de origem (FERREIRA *et al.*, 2017; MARQUES *et al.*, 2014; VARGAS *et al.*, 2014).

Foucault (2010, p.206), na perspectiva da biopolítica, define população como um “corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente mensurável”. Há, pois, a expectativa de melhor compreensão desse “corpo” nos aspectos biológicos no sentido de quantificá-los ou descrevê-los, além de

possibilitar combinações e comparações, fomentando o futuro com base no passado (DANNER, 2010, p.155).

Diversos são os enunciados que comporiam o discurso sobre a deficiência, para o qual a construção de uma política pública seria consequência e elemento de sustentação. Independentemente do gênero, idade, classe social, a deficiência afeta o cotidiano e todos têm o direito de ser reincluídos socialmente. E assim, ressalta-se que a deficiência adquirida não se extingiria no decorrer do processo de reabilitação, mas a partir de uma sociedade que promoveria a inclusão, em que seria possível estabelecer condições possibilitadoras de melhorias para a nova condição de vida (SIMONELLI; CAMAROTTO, 2011).

A política pública traz consigo o discurso da equidade, em que todos seriam iguais considerando a especificidade de cada um (BRASIL, 1990). E, nesse sentido, considerar um discurso que a pessoa com amputação é menos visível aos olhos daqueles que prestam atenção à saúde e também ao Estado, não corroboraria ao que a política prescreve. Dever-se-ia compreender que há diferenças no preconizado na atenção à pessoa que evolui para amputação por uma doença crônica e àquela acometida pela amputação por causas externas/traumáticas (MARQUES *et al.*, 2014). E, nesta perspectiva, traz-se a demanda das unidades de saúde a fim de manter sob controle as doenças crônicas, diminuindo conseqüentemente a possibilidade de complicações para as pessoas que já evoluíram para amputação. Ressalta-se que a amputação por condições crônicas geralmente é recidivante, o que impacta nos custos do setor saúde, visto a necessidade de uma atenção em um nível maior de complexidade.

Quanto as pessoas submetidas à amputação por causas externas à medida que elas geram um impacto social maior, por serem, majoritariamente, homens jovens em idade produtiva (MARQUES *et al.*, 2014), a prevenção e o controle destas causas envolvem múltiplas e complexas questões. Esta parcela da população é duplamente vulnerável, demandando reinserção laboral e independência física, que não são objetivos rapidamente alcançáveis e que repercutem na sua condição socioeconômica (VARGAS *et al.*, 2014).

Parte-se do pressuposto que todos possuem seu poder-saber e expressam de diferentes maneiras seus discursos de verdade, os quais são impulsionados pela realidade vivenciada. O saber se fundamentaria por “condições de possibilidades externas” e assim justifica-se sua origem e mudanças, sustentando-o como elemento intrínseco às relações de poder ou como “dispositivo político” (MACHADO, 2009). As estratégias biopolíticas seriam determinadas a partir das necessidades da

população, ou seja, por meio de mecanismos econômicos e políticos reguladores, em que o Estado buscaria efetivar a política pública. Nesse sentido, a inserção social possibilita a recondução da pessoa com amputação a uma condição já estabelecida diante da indisponibilidade concreta de inovações tecnológicas, pela desatenção à saúde operacionalizada em rede e pela inclusão/exclusão socioeconômica viabilizada pelo Estado.

A possibilidade de obter informação expressaria a garantia do direito a essa população. Se não há informação, não há divulgação e há distanciamento entre a expectativa de atenção à saúde e a realidade identificada. A informação é um bem! E o Estado a considera como requisito importante para a formulação de julgamentos pelas pessoas quanto às condições as quais são expostas (SILVA, 2013). Nesta direção, pode-se argumentar com Foucault que as “leis” não surgem naturalmente, elas são um compilado de fatores que tencionam entre “batalhas reais, das vitórias, dos massacres, [...], das cidades incendiadas, das terras devastadas”(FOUCAULT, 2016, p. 58). Por conseguinte, as políticas públicas de saúde e todo o contexto biopolítico que a impulsionaria e impulsionaria a sociedade baliza-se no quanto a compreensão do meio, permitindo expressar as possibilidades de efetividade ou não ao lidar com os desafios que seriam colocados à prova a cada momento, seja pela sociedade, pelo mercado econômico ou pelo Estado.

A partir do momento em que é concedida ao profissional de saúde a responsabilidade de garantir o cuidado e fornecer orientações para cada pessoa com amputação, seria importante que o mesmo possuísse condições para fomentar o planejamento da assistência. O conhecimento do que é oferecido pelo Estado em prol do bem-estar social da pessoa com amputação deveria fazer parte do cotidiano do enfermeiro (SCHOELLER *et al.*, 2013), na medida em que a enfermagem – e aqui sinaliza-se todo e qualquer profissional da enfermagem – faz parte de todo o processo que é preconizado à recuperação/reabilitação da pessoa com amputação.

A atenção à saúde para a pessoa com amputação deveria estar estruturada pela interlocução dos três níveis de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade). Mas, ainda que as políticas destaquem a importância dos diferentes níveis de atenção, o processo de recuperação/reabilitação da pessoa com amputação é enunciado como desconhecido por alguns dos profissionais, inviabilizando a efetivação de uma rede de cuidados.

Ainda que o tempo de regulamentação das políticas seja recente -

a RCPD possui cinco anos e as DAPA tiveram sua primeira edição em 2013, é enfatizado em seu discurso a atenção à saúde da pessoa com amputação a partir do caráter eletivo no procedimento cirúrgico da amputação, o que corrobora a reabilitação como ponto a ser trabalhado antes que a amputação ocorra, potencializando o fortalecimento do local da amputação, prevenindo e corrigindo deformidades (BRASIL, 2014). Tal conduta não abrange aqueles que sofreram amputação traumática, não houve preparo antes da amputação, a amputação não estaria prevista. Logo, como o profissional de saúde pode posicionar-se quanto o atendimento dessa população, se em uma diretriz, a temática não é contemplada? Deste modo, ressalta-se que os pontos de resistência convergem considerando a causa da amputação (MARQUES *et al.*, 2014).

Em contrapartida, traz-se que a política, em prol da pessoa com deficiência prevê um centro de reabilitação para fornecer condições a fim de reincluir socialmente a pessoa que foi cometida por alguma deficiência, além de fornecer equipamentos que favoreceriam o processo de recuperação. Mas qual é o discurso que se apresenta por aqueles que estão corresponsáveis com o processo? As pessoas desconhecem um centro de referência em reabilitação, assim como os profissionais de saúde (FERREIRA *et al.*, 2017). Ainda que as políticas valorizem o trabalho multidisciplinar (BRASIL, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), a reabilitação é reconhecida como responsabilidade exclusiva do fisioterapeuta.

A política pública de saúde existe e deveria estar contextualizada pela atenção à saúde em baixa, média e alta complexidade. No entanto, na realidade apresenta-se um discurso de desamparo, ainda que os discursos das políticas públicas coloquem em evidência outra verdade. A RCPD prevê a articulação entre os pontos de atenção, de caráter municipal, estadual e federal, em que cada estância possui sua responsabilidade diante das pessoas com deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesta perspectiva, reforça-se a atenção básica como ponto articulador desta rede de cuidados, sendo “responsável por ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. “Considera-se a atenção básica descentralizada, estando próxima da comunidade, sendo a referência de acesso e interlocutora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)”. (BRASIL, 2014)

Ao articular estratégias de melhoria, gera-se certa resistência ao novo, o desconhecimento gera desafios e promove conflitos, que ao mesmo tempo impulsiona a reflexão, possibilita mudanças e induz

novos discursos. Justificando discursos que não se restringiriam àquilo que transpassa “as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 2014, p.10).

Em tal contexto, as condutas que o governo estabelece para o investimento na área da saúde e educação, deveriam ter como referência a assistência a população, e assim favorecer o crescimento econômico do país, e não apenas dedicar-se a um único propósito. Assim, destaca-se uma reflexão de Foucault, em que se questiona

uma economia de mercado pode servir em princípio, de forma e de modelo para um Estado [de] cujos defeitos, atualmente, à direita como à esquerda, por uma razão ou por outra, todo o mundo desconfia. [...] será que o liberalismo vai efetivamente conseguir fazer passar o que é seu verdadeiro objetivo, isto é, uma formalização geral dos poderes do Estado e da organização da sociedade a partir de uma economia de mercado?” (FOUCAULT, 2008, p.159-60).

É passível considerar a economia de mercado como algo que unicamente conseguiria sustentar as necessidades da sociedade, no entanto o bem-estar social deveria sobressaltar a economia no intuito de propulsioná-la posteriormente. O investimento na assistência social fortaleceria uma nação, possibilitando a garantia da equidade. Nessa perspectiva, evidencia-se a possibilidade da ligação entre “bom desempenho econômico e a alta proteção social” destacando a economia inerente aos “direitos sociais e cidadania” (GUIMARÃES, 2015).

Nesta perspectiva, sinaliza-se o conflito entre o discurso prescrito e idealizado pelas políticas de saúde. Considera-se que ainda há a compreensão da saúde pela perspectiva do modelo biomédico e não no sentido contextual e político convergindo com o que cada um aprende, o que tornaria os profissionais de saúde incapazes de discernir os vínculos, condutas, processos de recuperação/reabilitação.

Retoma-se que as mudanças ocorridas nas políticas surgem no sentido de assegurar os ideais a que o SUS se propõe. E assim, destaca-se que as políticas de saúde regulamentam o SUS por meio de novas estratégias a fim de atender a “transição epidemiológica” que ocorre na sociedade (MELO *et al.*, 2016). E, entre os discursos que surgem, as mudanças políticas e o aperfeiçoamento para a sua efetivação, é necessário compreender o contexto que sustenta e significa a política

para aqueles que a formulam, executam e a vivenciam. O que torna relevante uma avaliação das políticas a fim de achar respostas que justificariam porque há falhas ou não, identificando os pontos em que há divergências e similaridades diante da formulação, estruturação e planejamento da política, como também sua aplicação (PAULA; ALMEIDA, 2014).

Cabe então refletir quanto ao tempo da regulamentação das políticas e o quanto sua efetivação na prática do cuidado se manifesta ou não. Tendo em vista outra pesquisa em que se destacam pontos semelhantes quanto ao desconhecimento de políticas públicas e a sua efetivação, ressalta-se o despreparo do enfermeiro perante a atenção à saúde realizando a interlocução com a política pública. Destaca-se que o modelo biomédico é o que prevalece, não favorecendo o novo modelo de atenção proposto para atenção básica em saúde (SILVA; SANTOS, 2015).

Outro ponto a ser considerado a ineficiência política ou “desatenção” à saúde é condizente a falta de recursos de infraestrutura assistencial e administrativa. Sustenta-se, assim, uma verdade, no qual as condições de possibilidades para a forma como a assistência é realizada está também relacionada à ingerência do serviço de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O debate sobre necessidades e intervenções em saúde sob a perspectiva biopolítica é relevante e se faz necessário, por evidenciar os “interesses”, enquanto construções discursivas que influenciam diretamente no agir dos profissionais e nas condições de vida daqueles que necessitam de cuidados. Pode-se constatar, nos documentos em análise, que o Estado se faz presente, promove a governamentalidade, na qual a ideia é horizontalizar as relações de poder, manifestando-se em todas as relações.

Com este propósito, é possível refletir como as políticas públicas são determinadas, seja para defender os direitos daqueles menos favorecidos, que necessitam uma atenção maior, ou em prol de um Estado que se manifesta por sua explícita articulação à economia de mercado, que ao incluir alguns, exclui outros do processo de atenção à saúde, pactuando e legitimando necessidades da população. As políticas públicas são, sim, alicerces para apoiá-lo no decorrer da prática profissional; justamente por isso, é premente adotar uma postura que considere avaliar as mesmas de modo crítico e entendê-las como mutantes, distorcidas, potencializadas em uma lógica de atendimento em

detrimento de outras, sempre parciais.

Ainda assim, o presente estudo promove a reflexão acerca do distanciamento entre a política pública em prol da pessoa com amputação e a demanda de atendimento das necessidades dessa população. A estruturação de uma política pública está sustentada em diversos fatores que, quando agrupados, veiculam determinados discursos e nesse caso, há reconhecimento de que a deficiência seria mais visível quando há maior impacto socioeconômico à sociedade.

A reabilitação necessita ser pensada multidisciplinarmente, em que os profissionais de saúde deveriam, ao longo da sua formação, ter a sensibilidade de compreender que a reabilitação é, no decorrer do processo do cuidado, a potencializadora da efetivação da rede de cuidados em reabilitação.

Na proposta da rede de cuidados, supervaloriza-se a atenção básica por estar mais próxima da população, o que possibilitaria desvelar suas necessidades, garantindo o acesso ao cuidado. E, ainda que as políticas mais recentes prevejam a articulação entre os diferentes níveis de atenção, o que reforçaria a equipe e traçaria ações que contribuiriam para solidificar a atenção à saúde das pessoas com amputação, a propositiva não se concretiza, prejudicando ainda mais àqueles que necessitam de assistência social.

## REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Marcio. Biopolítica, ordem discursiva e Comunicação. **Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação** v. 37, n. 2, p. 315–334, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-58442014000200315&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-58442014000200315&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 23 set 2017.

AULETE DIGITAL (Brasil). Lexikon Editora Digital (Org.). **Verbetes: Reabilitar**. 2017. Disponível em:

<<http://www.aulete.com.br/reabilitar>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República**. Brasília, DF, Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, DF, 20 set.

1990. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 2 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 793, de 24 de Abril de 2012.** Rede de cuidados à pessoa com deficiência. Brasília, DF, 24 abr. 2012. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 02 set 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DANNER, Fernando. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos** v. 1, p. 143–157, 2010. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art9-rev4.pdf>>.

FOUCAULT, Michel. **Ética, sexualidade, política.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. 326 p. (Ditos & Escritos V). Organização e seleção dos textos: Manoel Barros de Motta; tradução Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa.

\_\_\_\_\_. **Em Defesa da Sociedade.** 2ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. 269 p.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** 22. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b. 294 p.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Penalidade e Prisão.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. 307 p. (Ditos & Escritos VIII). Organização e seleção dos textos: Manoel Barros de Motta; tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do Discurso:** aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014. 74 p.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do Saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016. 254 p.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade: a Vontade de Saber 1**. Rio de Janeiro/São Paulo: 2. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017a.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 2. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017b. 311p.

GUIMARÃES, Alexandre Queiroz. Economia, Instituições e Estado de Bem-Estar Social: Respostas à Nova Configuração do Capitalismo pós-1970. **Dados** v. 58, n. 3, p. 617–650, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582015000300617&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582015000300617&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 20 ago 2017.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libanio; *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 6, p. 1683–1694, jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt&tlng=pt)>.6304618700. Acess em: 28 set 2017.

MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges *et al.* Health care for people with amputation: analysis from the perspective of bioethics. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 23, n. 4, p. 898–906, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&tlng=en)>.1980-265X. Acesso em: 20 ago 2017.

MELO, Anna Karynne da Silva *et al.* A autonomia no âmbito da política nacional de promoção de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** v. 29, n. 4, p. 585–594, 29 nov. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5442>>. Acesso em: 19 ago 2017.

MORAES, Janaíne Chiara Oliveira *et al.* O Idoso e seus Direitos em Saúde: Uma Compreensão Sobre o Tema na Realidade Atual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** v. 18, n. 3, p. 255–260 , 2014.

Disponível em:

<<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16938/13587>>

. Acesso em: 20 set 2017.

PAULA, Silvio Luiz de; ALMEIDA, Brunna Carvalho. O Papel da Avaliação de Políticas Públicas no Contexto dos Governos Locais.

**Planejamento e Políticas Públicas** n. 42, p. 39–59 , 2014. Disponível em:

<<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/261/319>>.

Acesso em: 23 set 2017.

SCHOELLER, Soraia Dornelles *et al.* Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. **Rev enferm UFPE on line**. v. 7, n. 2, p. 445–451 , 2013. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3351/5326>. Acesso: 28 mar 2017.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 24, n. 1, p. 105–111 , mar. 2015.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso: 28 mar 2017.

SIMONELLI, Angela Paula; CAMAROTTO, João Alberto. Análise de atividades para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão & Produção** v. 18, n. 1, p. 13–26 , 2011.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2011000100002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2011000100002&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso: 28 mar 2017.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira *et al.* Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. **Acta Paulista de Enfermagem** v. 27, n. 6, p. 526–532 , dez. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000600526&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600526&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso 30 jun 2017.

### 4.3 MANUSCRITO 3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE: ESTRATÉGIA A DETERMINAR A ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA COM AMPUTAÇÃO

“Pode-se dizer que o velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver à morte” (FOUCAULT, 2017, p. 149).

#### RESUMO

Estudo qualitativo balizado no referencial-teórico filosófico da biopolítica em Foucault, cujo principal objetivo foi compreender o modo como a promoção da saúde se expressa na atenção à saúde para a pessoa com amputação. Os 21 enfermeiros e as sete pessoas com amputação participaram do estudo por meio de entrevistas semiestruturadas. A organização dos dados foi estabelecida pelo *software* Atlas.ti e a análise do estudo foi fundamentada pela análise do discurso em Michel Foucault. Os resultados foram apresentados pela caracterização dos participantes do estudo, e três formações discursivas que reúnem os discursos a respeito da atenção à saúde para a pessoa com amputação na perspectiva da promoção da saúde, são elas: “promoção da saúde a delimitar a atenção à saúde para a pessoa com amputação”; “promoção da saúde, a autonomia para o cuidado de si”; e “promoção da saúde e a corresponsabilidade dos envolvidos”. A discussão dos resultados circulou quanto a reponsabilidade da atenção básica nos cuidados às pessoas com amputação, viabilizando o discurso de promoção da saúde diante da nova condição. Destaca-se educação em saúde como mecanismo a promover ações de promoção da saúde, destacando a relevância da autonomia que pessoa com amputação deveria ser estimulada a possuir. Mostra-se a promoção da saúde como estratégia a possibilitar a inclusão social, traçando caminhos que proporcionam um ambiente saudável, visando à continuidade do cuidado às pessoas com amputação.

**DESCRITORES:** Políticas Públicas; Políticas Públicas de Saúde; Amputação; Pessoa com Deficiência; Enfermagem em Saúde Pública; Promoção da Saúde.

## INTRODUÇÃO

Ser saudável, o *status quo* da sociedade ocidental! Tal assertiva não se restringe à condição física ou psíquica daquele que a almeja. Nesse contexto, traz-se a subjetivação que a mídia gera ao idealizar identidades, diferenças e é capaz de produzir discursos de: “saúde, doença, corporeidade, gênero, sexualidade, idade, raça” e assim condicionar o discurso da promoção da saúde a fim de destacar o ser saudável e não a doença. Pode-se considerar a mídia como interlocutora de discursos sobre as políticas de saúde, sendo capaz de solidificar os aspectos que impulsionam a saúde, o estilo de vida saudável (SACRAMENTO, 2016,p.1). Em que pode repercutir em contradições de ideias e concepções do discurso de promoção da saúde, por termo de ambiguidades e controvérsias.

A promoção da saúde está condicionada ao “bem-estar global”, sustentada por valores de “vida, saúde, solidariedade, equidade”, aspectos que possibilitam a construção de políticas públicas saudáveis (SALCI *et al.*, 2013, p.25). Promoção da saúde induz a produzir saúde e qualidade de vida. Nessa perspectiva, é considerada como referência a “universalização do sistema de saúde”, além de possibilitar a concretização das políticas públicas em defesa da vida, haja vista a “saúde como um direito social irrevogável” (MALTA *et al.*, 2016, p. 1691).

É a partir desse propósito que se enfatiza a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual tende a provocar mudanças a fim de organizar, planejar, analisar o trabalho em saúde, resultando na relação entre as políticas públicas e a população. Traz-se a PNPS como uma estratégia que visa à consolidação do SUS, reestruturando os serviços de atenção, possibilitando a diminuição de iniquidades e estabelecendo uma nova organização quanto aos direitos e deveres que envolvem o Estado e a sociedade em diversos aspectos, seja individualmente ou no coletivo, de maneira pública e/ou privada (LOPES *et al.*, 2010; MALTA *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2016).

A PNPS fundamenta-se em conferências internacionais, especialmente nos preceitos de carta de Ottawa, 1986 e preceitos do SUS, que promovem desde a década de 80 a discussão sobre a promoção da saúde, as quais possibilitam de contribuir para formulação de políticas públicas em saúde. Por outro lado, a PNPS é regulamentada pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, sendo revisada em 2014 e apresenta o “compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e

na gestão do SUS” (BRASIL, 2014, p. 5).

O processo de implantação PNPS no Brasil teve uma trajetória longa e conflituosa, com foco preventivista biológica, enunciando suas contradições, conflitos e desafios, que continua sem avanços. A reformulação da PNPS em 2014 se estabelece a fim de possibilitar “equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e a afirmação do direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos no âmbito da promoção da saúde” (BRASIL, 2014, p. 6). Historicamente, no Brasil, a discussão da promoção em saúde coincide com o processo de redemocratização do país, e por ocasião a 8ª Conferência Nacional de Saúde, define-se como precursora na “luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania” (BRASIL, 2014, p. 7).

Nessa perspectiva, a saúde está presente em diversos contextos que envolvem a construção da identidade de um novo Estado brasileiro, a partir da formulação da nova Constituição Federal de 1988, a qual estabelece a “saúde como direitos de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, p.-). E, ao longo dos seus 30 anos de formulação, ainda se busca a constituição da universalização da saúde, integralidade, equidade, participação social. Princípios pelos quais o Sistema Único de Saúde (SUS) se fundamenta e se estabelece por políticas públicas em saúde que o sucedem. E o fundamental que a partir deste conteúdo SUS, PNPS, foi introduzido o conceito positivo de saúde, sugerindo o grande diferencial.

Diante de todo o contexto institucional do SUS, as ações e serviços de saúde são estabelecidos por meio de uma “rede regionalizada e hierarquizada com diferentes densidades tecnológicas formadas por pontos de atenção à saúde, denominada de Rede de Atenção à Saúde”. Para isso, a PNPS atua de maneira complementar a garantir “proteção social”, haja vista a promoção da saúde como estratégia a promover saúde, individual e/ou coletiva, no âmbito de uma organização em redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014, p. 7).

Na lógica das Redes de Atenção à Saúde, sobreleva-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a qual idealiza uma rede que integra serviços que promovem a reabilitação em diferentes pontos de atenção à população com deficiência. Tal mecanismo proposto se correlaciona ao que PNPS se propõe ao estabelecer ferramentas a fim de constituir a autonomia do indivíduo (BRASIL, 2012; 2014).

Nessa perspectiva a PNPS e a RCPD se articulam em seus

objetivos. Ou seja, elas destacam a autonomia e evidenciam a corresponsabilidade da pessoa que necessita de cuidado, propagando a desvinculação do processo saúde-doença ao modelo biomédico, o seu fortalecimento enquanto pessoa para superação da atenção preventivista. O indivíduo deveria tornar-se autônomo ao seu contexto de saúde a partir de mecanismos que proporcionassem o fortalecimento de questões cotidianas que acarretam em resoluções nos diferentes aspectos: vida, trabalho, família, comunidade. A autonomia não se restringiria à independência, ela estaria em meio aos aspectos que resultam em práticas as quais sobrelevam a reorientação do cuidado, vinculado ao cuidar e ser cuidado, aprender e ensinar. (MELO *et al.*, 2016). É possível considerar a autonomia, diante dessas políticas, como a maneira que a pessoa se determina em seu ambiente, a partir da perspectiva de empoderamento que permitiria uma idealização do que seria ideal para possibilitar uma condição de bem-estar para ela.

A atenção à pessoa com deficiência reflete nos diferentes campos da sociedade, reforça-se que a questão da autonomia desta população é pauta intrínseca a inclusão social (BRASIL, 2012). E, a RCPD destaca a relevância dos profissionais de saúde aos serviços de saúde e comunidade, em que a qualificação profissional é uma ferramenta a integrar o cuidado, (BRASIL, 2012). No intuito de possibilitar condições que favoreçam a implementação da RCPD às pessoas com amputação, surgem as Diretrizes de Atenção às Pessoas Amputadas (DAPA), às quais tem qual tem como pressuposto subsidiar aos profissionais da saúde uma melhor compreensão quanto ao cuidado à pessoa com amputação nos diferentes contextos de uma rede de atenção (BRASIL, 2014). A ideia transmitida pelas DAPA e é disponibilizar de ferramentas que a possibilitar aos profissionais de saúde compreender o processo de reabilitação da pessoa com amputação, qualificando-o como alicerce na recuperação/reabilitação da pessoa com amputação (BRASIL, 2014). Cabe contrapor que o plano terapêutico possui influência diante da causa de amputação e as DAPA em suas duas edições (2013 e 2014) evidenciam a processo de amputação realizado de maneira eletiva, o que acarreta objeção diante da complexidade que uma diretriz deveria possuir a partir da sua criação.

A reabilitação deve ser pensada como processo de início, meio e fim, em que a deficiência apresenta aspectos de condições de saúde e doença, envoltos em um contexto físico e social, cultural, a qual depende da disponibilidade de serviços e de uma legislação específica (MALTA; STOPA; *et al.*, 2016). E por esse debate, sobreleva-se a questão do biopoder e governamentalidade, os quais se sobrepoem à

questão de promoção da saúde.

Toma-se o poder a favor da vida, condicionado a um poder que se está além das relações de poder intrínsecas ao Estado, sustentando que o poder é onipresente (RÔMULO; OLIVEIRA, 2014). O poder pode ser considerado como difuso, que se estabelece por uma trama de micro e macro poderes, os quais estão ou não integrados ao Estado (CARVALHO; GASTALDO, 2008), assim como um “dispositivo político de regulação da vida”, que se concretiza por meio dos saberes e práticas (NESPOLI, 2014). Logo, os mecanismos de poder estão intrínsecos a todas as relações estabelecidas (FOUCAULT, 2008).

A biopolítica remete a discussão quanto à “gestão da saúde” (FOUCAULT, 2008), em que o biopoder é revelado como o influenciador do governo de si, sendo que esse governo de si é já impulsionado na e para a sociedade (MELO, 2013). A discussão da biopolítica, na perspectiva de Foucault permite uma reflexão quanto a práticas de saúde, a gestão em saúde, assim como a participação social. Está condicionada a propor meios que promovam a vida, sendo aplicado como dispositivo de governo, compreendido como “governamentalidade”, sendo inerentes a um “bem comum, em que as leis servem como táticas de governo, como regras racionais que são próprias do Estado” (NESPOLI, 2014, p. 65).

Nessa perspectiva, para sustentar o debate exposto, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa para este estudo: Qual (is) discurso (s) delimita (m) a atenção à saúde da pessoa com amputação na perspectiva da promoção da saúde? Como objetivo para o estudo apontou-se: compreender o modo como a promoção da saúde se expressa na atenção à saúde para a pessoa com amputação.

## **MÉTODO**

Estudo desenvolvido na perspectiva do referencial teórico-filosófico da concepção de biopolítica em Michel Foucault, de natureza qualitativa, estruturado em duas etapas de coletas de dados: entrevista com profissionais enfermeiros, com pessoas com amputação. Como critérios de inclusão para os enfermeiros: estar alocado em dos locais do estudo; prestar assistência direta ou indireta à saúde das pessoas com amputações. Já os critérios de inclusão das pessoas com amputação foram: ter utilizado o serviço hospitalar de um hospital de referência em trauma do município de Florianópolis; residir no município de Florianópolis; e ter idade mínima de 18 anos com capacidade de comunicação.

Os 21 profissionais enfermeiros que participaram do estudo estão alocados nos diferentes níveis de atenção do Município de Florianópolis. As sete pessoas com amputação possuem diferentes períodos de amputação e todas são residentes do município de Florianópolis. A pesquisa com os enfermeiros deu-se por meio de entrevista semiestruturada, a fim de detalhar como é consolidada a política de atenção à saúde para a pessoa com amputação.

A atenção à saúde da pessoa com amputação está relacionada aos três níveis de atenção em saúde, articulados por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Física. Logo, os locais escolhidos para capitação dos enfermeiros participantes deste estudo foram: uma unidade de internação cirúrgica e ambulatório de um hospital público de Florianópolis, um centro de referência em reabilitação no estado de Santa Catarina, uma policlínica municipal além de cinco unidades básicas de saúde do município de Florianópolis.

Quanto às pessoas com amputação, buscou-se inicialmente, nos registros de procedimentos cirúrgicos de um hospital público referência em traumatologia no município de Florianópolis. Por mudanças no sistema de registros do hospital, alguns dados não foram possíveis de serem coletados, logo, a seleção dos participantes também se deu por meio de indicação, assim como pelo resultado dos registros hospitalares disponibilizados pelo setor de estatística. A seleção das pessoas com amputação seguiu a busca nos registros por meio dos termos “amputação” “membros superiores” e/ou “membros inferiores”.

Os períodos selecionados foram de 2009 a 2015, anos que antecedem e sucedem a regulamentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2012) e a publicação das Diretrizes de Atenção a Pessoas Amputadas (2014). Apenas uma pessoa com amputação está fora do período pré-estabelecido (1998), com o propósito de verificar a maneira que o discurso se estabelece a partir de uma assistência recebida em um momento em que o SUS ainda se concretizava – e a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência é instituída por meio do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989 e revogou o Decreto nº 914 de 06 de setembro de 1993.

Foram aplicados como critérios de inclusão da pesquisa para os enfermeiros: estar alocado em um dos locais do estudo; prestar assistência direta ou indireta à saúde das pessoas com amputações. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam afastados por licença ou de férias no período da coleta. Já os critérios de inclusão para as pessoas com amputação foram: ter utilizado o serviço hospitalar de

um hospital referência em trauma no município de Florianópolis e/ou residir no Município de Florianópolis e ter idade acima de 18 anos com capacidade de comunicação. As entrevistas foram realizadas no local de preferência e de segurança dos participantes da pesquisa.

O *software* de pesquisa qualitativa AtlasTi (*Qualitative Research and Solutions*), versão 7.5.6, foi utilizado para organização dos dados. Os dados coletados, após transcrição, foram importados para o *software*, possibilitando ao pesquisador a leitura ampliada dos documentos no decorrer da pesquisa, proporcionando o agrupamento dos enunciados dos participantes com discursos semelhantes.

A análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault foi a proposta metodológica que fundamentou o estudo. A análise do discurso por Foucault se baseia nos discursos proferidos e o contexto pelos quais se expressam. Os discursos estão inerentes aos acontecimentos e são a “reverberação de uma verdade” que passa a existir (FOUCAULT, 2014, p.59).

Na presença dos mecanismos que sustentam uma análise do discurso na perspectiva de Michel Foucault, entres os conceitos por ele mencionados, destacam-se para o material empírico organizado nesse estudo por meio dos enunciados, discursos, regras de formação discursiva, formação discursiva e prática discursiva (FOUCAULT, 2014).

A Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde é referência aos aspectos éticos da pesquisa, a qual destaca “a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”, no propósito de garantir “os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.” (BRASIL, 2012, p. -).

O presente estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por intermédio da Plataforma Brasil e aprovado sob parecer nº 1.771.463 e CAAE: 58566916.7.0000.0121 E, para a apresentação dos discursos dos enfermeiros, utilizaram-se as siglas alfanuméricas (E1, E2, E3, ...), E (enfermeiro) e os algarismos arábicos de acordo a realização das entrevistas. O mesmo padrão foi utilizado para identificação das pessoas com amputação (PA1, PA2, PA3, ...).

## RESULTADOS

### Caracterização dos participantes do estudo

O presente estudo contou com a participação de 21 profissionais enfermeiros alocados nos três níveis de atenção à saúde. Dentre esses: 13 profissionais enfermeiros na atenção básica; quatro na média complexidade; e quatro na alta complexidade. Na média complexidade os profissionais pertenciam aos setores: ambulatório hospitalar; policlínica municipal; e centro referência em reabilitação.

A idade dos entrevistados variou entre 26 a 53 anos e o tempo de serviço no local de atuação foi de três meses a 20 anos. Quanto ao sexo, apenas um era do sexo masculino. Todos os participantes possuíam especialização, uma profissional com mestrado e outra com doutorado. Quatro enfermeiros possuem especialização em gestão ou administração na área da saúde e dos enfermeiros da atenção básica a especializações que predominaram foram em saúde pública ou em saúde da família.

Quanto às pessoas com amputação, a idade variou entre 33 e 72 anos, cujo ano de amputação foi distribuído em: 1998, 2009, 2011, 2013, 2014, 2015. Dois participantes já eram aposentados quando sofreram amputação; dois são empresários e receberam auxílio-doença por um período, dois adquiriram aposentadoria por invalidez e um é estudante universitário, cursando o último período do curso e o auxílio doença recebida estava prestes a findar.

A causa base da amputação envolveu doenças vasculares e carcinoma em apenas um participante, e aos demais foi o acidente de trânsito que levou à amputação. Dentre os seis que tiveram a amputação de membro por acidente de trânsito, dois vivenciaram a tentativa de recuperação do membro, logo, a amputação ocorreu tardiamente, já nos demais a amputação foi realizada no decorrer da internação após o acidente. Ressalta-se que apenas um participante foi atropelado, os demais estavam dirigindo uma motocicleta. As pessoas com amputação entrevistadas possuem um perfil heterogêneo: jovens, adultos e idosos, com diferentes condições socioeconômicas.

Com o propósito de determinar o modo em que a promoção da saúde se expressa na atenção à saúde para a pessoa com amputação, os resultados deste estudo foram organizados em três formações discursivas: “atenção à saúde da pessoa com amputação a delimitar ações de promoção da saúde”; “promoção da saúde: constituindo autonomia para o cuidado de si”; e “promoção da saúde e a corresponsabilidade dos envolvidos”.

## **Atenção à saúde da pessoa com amputação a delimitar ações de promoção da saúde**

Mesmo que as políticas de saúde discorram a respeito do bem-estar da população, a burocracia que se instala, por vezes, expressa-se de maneira a se contrapor à efetivação da atenção à saúde para aqueles que necessitam. O modo como o profissional delimita seu atendimento seria composto por diferentes aspectos, como: o acesso à infraestrutura, a possibilidade de qualificação profissional, além de estratégias que se expressam a partir da demanda dos atendimentos ocorridos no serviço de saúde. Os enfermeiros fazem circular em seus discursos, aspectos que especificam um determinado modo de entender a adesão dos pacientes e a informação:

A adesão é individual, tentamos vários mecanismos educativos [...]. Geralmente quem volta, três vezes por ano, quantas for necessário, tem tendência a seguir mais. Primeiro, porque detectamos se tem alguma mudança e segundo, todo ser humano precisa de reforço, então as vezes a gente repete as mesmas coisas, ou de uma forma diferente, para a pessoa começar a assimilar, acreditar naquilo, e estar fazendo uma mudança (E1)

O processo de alta deveria começar desde a indicação da amputação, e o que acontece é que damos as orientações muito em cima e o paciente está louco para ir para casa, [...] ele vê que o membro está amputado e muitas das informações ele não pega! E as vezes o familiar está mais perdido que o próprio paciente, porque ficou chocado pela amputação. Quando falamos antes [...] vemos que o paciente vai embora mais tranquilo, [...] e aceita bem! Ele acredita bastante que aquilo vai dar certo. Quando o paciente fez angioplastia e não deu certo, fez *bypass* e não deu certo, amputação, ele já tem um percurso. Se ele é diabético orientamos para que aquele coto cicatrize, encaminha para a nutrição conversar com eles para que também consiga cicatrizar direitinho, [...] São muitos pacientes diabéticos

que amputam e fazemos encaminhamento para a endócrino aqui no hospital [...]. Daí o paciente aceita mais. (E4)

A perspectiva do cuidado integral permite posicionar os efeitos de poder, os quais envolvem o atendimento das necessidades que ultrapassam a demanda gerada pela pessoa que busca o serviço de saúde. Por esse motivo, as ações de promoção da saúde deveriam estar vinculadas aos determinantes sociais de saúde que regulariam o cotidiano daquele que é atendido, possibilitando um cuidado ampliado e contextualizado das pessoas com deficiência – aqui, pessoas com amputação, o que não se observa a seguir:

Acho que tem um pouco de preconceito de tocar no assunto, já que a pessoa é amputada e não tocou no assunto, ‘não vou comentar para ela não ficar chateada’. Se ela veio buscar atendimento para outra coisa, tu acabas não focando na amputação e não faz o atendimento integral, vendo a pessoa como um todo [...]. (E19)

### **Promoção da saúde: constituindo autonomia para o cuidado de si**

A promoção da saúde requer estratégias que permitam que as pessoas considerem a importância de sentir-se saudável, posicionando-se a favor da manutenção da saúde. A seguir, o um enfermeiro da alta complexidade localiza a promoção da saúde na ordem da busca da autonomia para o cuidado de si. Os profissionais têm como verdade as orientações como um aspecto central na construção do cuidado prestado. No entanto, os profissionais de saúde, muitas vezes, perpetuam um modelo biomédico, descontextualizado dos problemas sociais, sendo o maior foco o evento agudo da doença. Há um descompasso entre hospital e a atenção básica; justamente a orientação precisa ser “o mais completa possível” porque emerge a expectativa da não continuidade, da entrega do paciente para sua família (e a família aqui, agrega-se à hierarquia do sistema de atenção à saúde).

Eles amputam e ficam um ou dois dias e no terceiro dia já estão indo embora [...]. Eu oriento, mas acho que eles não assimilam muito. Porque eles não enfrentaram ainda as dificuldades, [...], porque aqui ainda estamos fazendo as coisas por

eles. Aí quando chegar em casa todas as dificuldades e as dúvidas deles vão surgir. Não é a questão de aceitar ou recusar, é que eles não assimilaram, é muita informação, no primeiro momento tem a recusa, até os familiares, você orienta um monte de coisas, que tem o retorno, eles saem com um monte de formulários [...]. Às vezes a médica [...] já explicou e quando eu chego a percepção que tenho é que ninguém tinha conversado com eles ainda, eles ficam um pouco perdidos e eu acho que é uma falha. Ainda, ele tem outras comorbidades e muitas vezes isso também não tem uma continuidade [...]. Então isso é bastante falho! (E6)

Embora, nas políticas públicas de saúde, os serviços de atendimento domiciliar sejam apresentados como um direito, o próximo discurso retrata uma estratégia de atenção domiciliar restrita à avaliação e encaminhamentos do enfermeiro. O curativo da ferida que infeccionou e as respectivas complicações na lesão da outra perna localizam na pessoa com amputação a necessidade de tratamento agudo que demanda um atendimento de maior complexidade. Sinaliza-se, também, a questão do manejo com a resistência da pessoa em internar e permanecer no hospital:

[...] um paciente diabético e com outras complicações, ele é um paciente imunosuprimido, já tinha amputação de três anos atrás e andava com apoio de muletas [...]. Antes de ele ir para o hospital a gente viu que ele estava muito mal, a gente fez uma visita domiciliar e ele estava com febre, anasarca, o curativo da amputação prévia estava infectado, ele não tem muitas condições de estrutura em casa para poder fazer aquele curativo [...]. Então, orientamos que precisava ir para um hospital. Conversei com a médica de outra equipe, porque nesta época eu estava sem médico na minha área e ela fez junto comigo o encaminhamento para a emergência hospitalar, [...] e ele disse que já tinha ficado internado antes e não queria voltar para lá, que queria ficar na casa dele. [...], nessa conversa para tentar convencer ele, que era importante ele ir, ficou ainda dois dias em casa nessa resistência de não

querer ir para o hospital. Aí quando ele viu que a situação era muito grave ele aceitou ir, mas [...] fez a amputação e pediu alta. Fez uma alta a pedido, então o médico liberou, mas orientou que ele não teria condições de voltar para casa, mas como era a vontade dele a esposa assinou um termo [...], paciente bem resistente que precisamos a todo o momento conversando e orientando para ver se aceita. (E13)

A autonomia é uma ferramenta para a promoção da saúde, e tornar o indivíduo autônomo consistiria em gerar condições de possibilidade que os proporcionassem discernir e compreender qual conduta e/ou estratégia deveria ser tomada para o seu cuidado. Nos enunciados a seguir, é expressa pelos participantes a influência do profissional para a tomada de decisão daqueles que necessitam de atendimento. No entanto, constata-se que a tomada de decisão em momentos de fragilidade e de extremo desconforto, geraria dificuldades para discernir e compreender a conduta esperada. Assim, o empoderamento almejado seria substituído por uma controlada resignação da pessoa com amputação.

Eu pedi (fazer amputação), por sofrimento, todo o ano fazendo cirurgia. [...] fiz a cirurgia, e o médico falou para mim ‘você está com osteomielite crônica’. Já abriu o jogo: ‘como eu posso te operar agora e agora você ficar legal, ou posso te fazer várias cirurgias e já que você está esse tempo todo eu te aconselho, se voltar eu amputo’. Fiz a cirurgia, e depois de um ano estourou tudo de novo. Falei com o doutor que queria amputar. Ele disse: ‘você está preparado?’ Eu disse: ‘estou preparado’. Isso foi em uma quinta-feira, ele mandou internar na segunda para fazer a cirurgia, e fui e operei. (PA2)

Eu não queria aceitar na verdade isso, mas eu passei tanta dor que no final eu já queria amputar para ver se aliviava um pouco a dor. No final, eu aceitei. (PA5)

Ainda, os enunciados a seguir permitem analisar tanto um discurso de “adaptação”, como de valorização das ações para o

“autocuidado” da pessoa com amputação:

Tinha uma vida, um ritmo de vida até os trinta e poucos anos e depois mudar assim, é pior do que nascer assim, mas faz parte da vida, tem que se adaptar e seguir em frente. (PA5)

Tenho noção das limitações, mas não deixo isso tomar conta. Eu me programo, porque depois que chego em casa, tiro a prótese. É uma forma de tu agir com prótese e outra sem. Então já deixo uma água do lado da cama para não ter que pedir a ninguém. Dentro do possível, tento não fazer tanta diferença assim. As vezes extrapolo e tiro a prótese muito tarde. Noto que canso mais rápido, o nosso limite assim já começa antes [...]. Gasto trinta por cento (30%) a mais de energia, [...], que uma pessoa normal caminhando. Eu vou fazer mais esforço, então final da tarde já estou esgotado. Oito (8) horas, oito e meia (8:30) já é cama, mesmo que eu vá dormir às duas (2) horas todas as noites. Procuo deitar cedo para dar uma descansada, que se não aguenta o tranco. (PA7)

### **Promoção da saúde e a corresponsabilidade dos envolvidos**

É visibilizar o discurso da responsabilidade das pessoas com amputação, em que elas se tornam responsáveis por delimitar a maneira como se posicionam e suas respectivas condutas diante da nova condição de vida:

Fiquei sem as pernas, mas o resto do meu corpo está bom. A minha memória, eu não esqueço de nada. Eu só peço a Deus que não fique surda, cega. Eu vejo gente com diabetes que fica cega. Eu tenho diabetes, mas graças à Deus eu leio, escrevo, faço conta de cabeça. (PA1)

Porque de fato, um cara como eu que não parava, aposentei-me com 47 anos. Eu trabalhava, andava por aí, andava a cavalo, [...]. E agora estou assim, que para trocar uma lâmpada, para fazer qualquer coisa, eu tenho que chamar um filho para vir fazer, porque eu não posso. Então de onde é que

eu não tenho depressão, eu tenho depressão, só que eu não deixo me abalar. Tem dias que eu choro. Quando a mulher (esposa) trabalhava, quantos dias eu ficava aqui sozinho e levava a netinha para a escola, eu ia comer, eu chorava sozinho. Às vezes até mesmo quando vou tomar banho eu começo a chorar. Porque quem eu era e quem eu sou agora. (PA3)

Diante dos fatores que predispõem uma amputação, as ações de promoção da saúde seriam ferramentas fundamentais aos profissionais de saúde a fim de possibilitar melhores condições de atendimento àqueles que necessitam de algum cuidado. No entanto, o que se percebe são profissionais focados a estabelecer cuidados de acordo com a demanda, não contextualizando o atendimento a partir do que pessoa que necessita.

[...] para os crônicos, são os cuidados gerais: prevenção, cuidado com a pele, cuidado com o sapato por causa do pé diabético, com ferimento, controle e seguimento periódico com a equipe de saúde [...]. É um cuidado mais amplo, não focado para esse paciente que está descompensado, quem sabe ele tem uma amputação e a gente vai ficar só em cima dele. Não! É mais para todo mundo, porque o que a gente quer é evitar chegar na amputação. (E9)

Sobrepõe-se como verdade, que a interdisciplinaridade seria um mecanismo importante no processo de recuperação/reabilitação da pessoa com amputação. O plano terapêutico estabelecido para a pessoa com amputação também estaria relacionado ao papel que cada profissional possui para viabilizar condições que contribuem ao atendimento. Ainda com todas as dificuldades que estão presentes na atenção à saúde, seria possível detectar a tentativa de o profissional buscar, sempre que possível, alternativas a estabelecer o que se espera com o cuidado proposto. Como base nessa reflexão, emerge-se o seguinte:

É uma soma, porque tem coisa que é bem específica do médico, tem coisa, principalmente de educação em saúde, que é mais o enfermeiro, porque temos uma abordagem diferenciada para

conseguir chegar no paciente, conseguir orientar. Então, todos têm o mesmo olhar, mas cada um tem um foco. [...] eu faço na minha consulta, orientação sobre alimentação, mas eu faço uma orientação geral, se eu achar que ele realmente não está conseguindo, [...] que não está melhorando os níveis que precisa, eu encaminho para a nutricionista. [...]. Melhor para o paciente! (E1)

A atenção à saúde da pessoa com amputação seria operacionalizada por profissionais de saúde, as próprias pessoas com amputação e sua rede de apoio, além do Estado. Mas, o enunciado a seguir destaca a resistência que pode existir pela pessoa com amputação diante das orientações recebidas, colocando em suspensão de verdade a importância do profissional de saúde a fim de possibilitar mecanismos que proponham para a continuidade e o reconhecimento da relevância do cuidado.

[...] eles têm uma certa resistência em acatar algumas orientações, [...]. Porque diabetes tu sabes, para ter uma amputação provavelmente aconteceu alguma coisa que não foi muito bem cuidada. Dificilmente vai acontecer assim, um paciente de um dia para outro ir para uma amputação, geralmente ele vem, ele tem aquela *feridinha* no pé e vem fazer o curativo. Oriento que tem que ficar de olho, que tem que cuidar e aí não cuida e vai para a amputação! Então eles têm uma certa resistência sim [...] eu não sinto que isso seja porque a gente é enfermeira, porque eles acatam o que a gente fala. Se tu tiveres segurança no que tu estás falando eles acatam sim! Agora se tu não tiveres segurança, ‘entra por aqui e sai por ali’. (E5)

Como efeitos de poder, têm-se como verdade, os mecanismos em prol de um atendimento humanizado, realizado de maneira integral conforme as políticas de saúde idealizam. Ainda que na prática tal objetivo seja incipiente, far-se-ia necessário identificar os problemas que surgem, a fim de solucioná-los ou minimizá-los, para então promover condições a fim da manutenção da saúde. Desta maneira, abre-se para discussão os seguintes enunciados:

É uma questão de conscientização. E em relação à amputação, [...] normalmente quem faz uma amputação, amputa um dedo e daqui a pouco já tirou o pé. E uma das questões é essa: colocar órtese, prótese, é o sapato, porque ele já está fazendo uma calosidade daqui a pouco em outro lugar, ou ele tem uma insuficiência vascular, ele é fumante, não está cuidando bem da diabetes. Tudo isso é uma cadeia! Outra coisa, que é importante, é perguntar se ele já teve o pé examinado [...], 90% das pessoas com diabetes há muito tempo, nunca tiveram os pés examinados! (E1)

Fazemos uma avaliação de enfermagem bem bacana, com uma sistematização da assistência, baseada na Teoria do Autocuidado, com o levantamento do histórico dele, e avaliamos outras situações que tão colaborando para aquele processo [...]. Como temos a facilidade de trabalhar com vários outros profissionais, então quando identifico, já vou no cardiologista e peço uma avaliação, vou no nutricionista e peço uma avaliação. É uma interdisciplinaridade, multidisciplinar tentando uma interdisciplinaridade [...]. Desenvolvo toda a parte educativa, e procuro me esmerar nesse momento [...]. É uma avaliação de uma hora! [...]. Isso é um ganho, eu vejo aqui é um ambiente muito feliz nesse ponto. Porque não é um coto que está ali na minha frente, é uma pessoa que está a minha frente e que está acompanhada de uma família. A gente chama a família para fazer parte desse processo, [...], a palavra não é se responsabilizar. É se sentir parte do processo como sujeito do autocuidado e que a família esteja ali amparando. A família é parte do processo em todos os seguimentos da reabilitação. É ela que vai dar esse acompanhamento no domicílio. Ela precisa aprender aqui para sair daqui com as orientações encaminhadas. O grande cuidado da enfermagem aqui, o nosso carro chefe, não é o curativo em si, mas a atividade de educação em saúde. (E2)

## DISCUSSÃO

Na discussão da formação discursiva “Atenção à saúde da pessoa com amputação a delimitar a promoção da saúde”, ressalta-se a educação em saúde como estratégia primordial para promoção da saúde e conseqüentemente a adaptação da pessoa com deficiência à nova condição de vida. Pode-se considerar que o grande desafio da continuidade do cuidado no processo de reabilitação da pessoa com amputação é a capacidade de discernimento quanto à importância do plano terapêutico. Por esta maneira, o profissional deveria refletir a respeito da inclusão da pessoa com amputação, afinal ela teria que se sentir integrada ao plano de cuidados. Logo, na medida em que o enfermeiro enfatiza a repetição das mesmas orientações, no decorrer do acompanhamento, mostra o cuidado pensado sob a perspectiva biomédica, desconsiderando os aspectos biopsicossociais que também são determinantes para a continuidade do cuidado. Dever-se-ia pensar na elaboração dos cuidados, contextualizados a partir da realidade que a pessoa com amputação está inserida, não perdendo de vista o conhecimento científico que sustenta o plano terapêutico.

Neste sentido, reafirma-se que a promoção da saúde gera o bem-estar e sustenta-se em um conjunto de valores que englobam a vida, a própria saúde, a equidade, a participação comunitária, o desenvolvimento individual, como a constituição de políticas públicas saudáveis (CARVALHO; GASTALDO, 2008; LOPES *et al.*, 2010; SALCI *et al.*, 2013). No entanto, os discursos apresentados permitem acordar que o propósito da promoção da saúde não consegue abarcar todo o contexto de assistência para a pessoa com amputação, independentemente do tempo de atuação do profissional, do tempo da amputação, pois as mudanças políticas que ocorrem com os anos não se apresentam concretamente na prática profissional e na realidade dessas pessoas.

A partir da amputação, as necessidades de atendimento que surgem fazem idealizar a efetividade da presença de uma rede de serviços que possa subsidiar a pessoa com amputação, assim como fornecer condições para a instituição do processo de reabilitação. O plano terapêutico e o processo de reabilitação deveriam ser organizados como é previsto pelas políticas que amparam a atenção às pessoas com amputação. As DAPA afirmam que a reabilitação é um ato a ser pensado antes mesmo que a amputação ocorra (BRASIL, 2014). E o plano de reabilitação deveria ser considerado como um ciclo, com “início, meio e fim”, no entanto percebe-se que o processo de reabilitação é ainda deficiente (MALTA *et al.*, 2016) e requer maior

amparo, seja na qualificação profissional, na infraestrutura do sistema, como para a pessoa com deficiência e sua rede de apoio.

Ainda, que os aspectos socioculturais são primordiais no estabelecimento de um plano terapêutico (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013; URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017). A compreensão do entorno daquele que necessita de cuidados possibilitaria minimizar, ainda que pouco, o que existe entre o que é preconizado como política e o que se efetiva diante da atenção à saúde para a pessoa com amputação. Destaca-se o que foi evidenciado por um estudo, em que se considera a padronização dos serviços uma contradição diante da importância que existe na constituição de um plano de cuidados que respeite as diferenças existentes nos diversos núcleos (pessoa que necessita de cuidado e sua rede de apoio) que requerem atenção (AUSTIN, 2011).

Atualmente, a atenção à saúde para a pessoa com amputação, como discurso, é idealizada por meio de políticas públicas que preconizam o cuidado a essa população por meio de uma rede, em que a atenção básica é o alicerce para possibilitar o acesso à saúde (BRASIL, 2012; 2014). Ainda assim, vê-se o quanto a atenção básica não é completa no atendimento à pessoa com deficiência. Um estudo afirma que a questão da deficiência está fora do foco de atendimento da atenção básica, a qual prioriza o atendimento às pessoas com *Diabetes Mellitus* ou hipertensão arterial, gestantes e crianças, os quais são marcadores de saúde. A partir desse discurso, traz-se à tona a vulnerabilidade que as deficiências possuem diante das barreiras cotidianas (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017), justapostas as questões políticas e sociais.

Pondera-se que a efetivação da política, em um país com dimensões continentais como o Brasil, é complexa e, mesmo objetivando atender às necessidades da sociedade, tem sido inviável possibilitar uma atenção em saúde que englobe todas as demandas requeridas. É uma prática governamental que envolve questões epidemiológicas, ambientais e sociais, sejam elas individuais ou coletivas, mas que na realidade não atende à necessidade de todos.

Nesse sentido, cabe refletir sobre o quanto é frágil o atendimento à pessoa com deficiência, no caso em discussão, a pessoa com amputação. O que está direcionando tal consideração? É possível afirmar que as políticas de saúde direcionam a natureza e a prática da distribuição de recursos, sugerindo potenciais impactos no cuidado da pessoa que necessita de atenção e de sua família. Essas pessoas tornam-se um produto controlado por um sistema de saúde que procura governar

a clínica avaliando os resultados das medições e os objetivos de prática previamente estabelecida, independentemente das necessidades específicas de cada paciente (MULA *et al.*, 2017).

O Estado deveria simplificar o sistema, tornando a gestão menos burocrática e mais efetiva, oferecendo subsídios que coloquem em funcionamento o regime de verdade proposto no discurso da política de promoção da saúde. Outro aspecto a ser considerado está relacionado à capacitação dos profissionais de saúde, visando à concretização do atendimento à pessoa com deficiência, destacando que a integralidade, como um dos princípios do SUS, deveria ser um aspecto inerente à prática profissional (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

Um estudo cujas participantes eram mulheres com deficiência, demonstrou iniquidade quanto ao acesso aos seus direitos. Ainda que a legislação brasileira garanta a inclusão social e promova a equidade, esta parcela da população é vulnerável quanto à sua atenção (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013). Tal realidade se assemelha aos discursos proferidos pelos enfermeiros e pelas pessoas com amputação, a respeito da atenção à saúde e o acesso aos seus direitos, destacando-se que, na presente pesquisa, a limitação de acesso independe do gênero.

Desta forma, destaca-se a importância da compreensão da promoção da saúde como resultado do empoderamento, seja individual ou coletivo, contribuindo para uma “visão sistêmica, comunitária e participativa” (GOMEZ; MOYA, 2015, p. 302.), na maneira como essas pessoas se expressam e regulam o seu modo de ser e agir.

A PNPS traz como discurso a promoção da saúde complementar para a autonomia (BRASIL, 2014), e com isso elenca-se a formação discursiva “Promoção da saúde: constituindo a autonomia para o cuidado de si”. A compreensão do contexto terapêutico pela pessoa com amputação é algo que contribui para o exercício da autonomia diante da nova condição de vida. Nesse sentido, a autonomia seria fortalecida pelo empoderamento das questões cotidianas, não estando relacionada somente à independência nas escolhas individuais (MELO *et al.*, 2016).

A autonomia de cada indivíduo também estaria atrelada à acessibilidade e inclusão diante da sua condição. Para isso, a acessibilidade deveria ser compreendida por todos, a fim de viabilizar uma sociedade inclusiva que admita a diversidade existente (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008). Em contraponto, os discursos nesse estudo apontam que a autonomia acontece, mas é insuficiente. A localização da pessoa com amputação, enquanto pessoa que necessita de atenção, mas que também ocupa lugar na sociedade, é pouco evidenciada, seja por ela ou pelos profissionais.

A maneira como o sistema se organiza para atender a demanda das pessoas com amputação difere e relaciona-se à causa-base, para as quais há protocolos que devem ser seguidos para a prestação do cuidado. E é assim que o discurso de uma enfermeira se destaca ao trazer como verdade a curta duração do processo de amputação, dependendo da sua causa. O curto espaço de tempo entre a lesão e o retorno para casa com a nova condição não permitiria a assimilação necessária para a continuidade do cuidado. Ainda que no discurso das políticas esteja preconizado um atendimento em que a reabilitação seria idealizada antes mesmo que a amputação ocorresse (BRASIL, 2014).

Logo, os enfermeiros manifestam-se como agentes da segurança da pessoa, priorizando estimativas de risco e complicações clínicas, ignorando outras atividades que viabilizariam um entendimento ético-político do que é potencialmente “engessado” ou “excluído” no processo de atenção à saúde das pessoas com amputação. Nesta configuração, há excessiva visão biomédica, o que explicaria porque os enfermeiros reconhecem os dados do paciente em termos de complicações clínicas e condições fisiológicas, relegando os aspectos emocionais e a tomada de decisão do paciente (BJORNSDOTTIR, 2009) – nesse caso, o manejo da equipe com a recusa do paciente para internação e intervenções médicas. Tudo é feito para o paciente, mas sem o paciente.

Das condições do meio emergem as necessidades. Ainda que a teoria mostre e pondere que as ações de promoção da saúde seriam essenciais para a atenção à saúde da pessoa com amputação, ainda que a políticas públicas regulamentem a qualificação profissional em prol de um atendimento mais eficaz, na prática pouco se transforma. A mudança maior estaria na maneira como a pessoa com amputação e o profissional de saúde se determinam diante de todas as dificuldades que o sistema de saúde apresenta no decorrer dos anos. Portanto, é problemático assumir um discurso de que há uma inércia na prática do profissional ou uma falta de iniciativa de romper barreiras das pessoas com amputação, na medida em que se pode sustentar um discurso de responsabilização dos indivíduos, em detrimento de todo um processo contextual e coletivo.

Estudos (AUSTIN, 2011; GOMEZ; MOYA, 2015) destacam como os profissionais enfermeiros precisam reconhecer o saber popular como legítimo e considerá-lo na prática, desvencilhando-se de um atendimento padronizado, superando as limitações diante das regulamentações institucionais, reforçando a sua compreensão quanto aos objetivos, ideais, valores vinculados à política e o quanto estes aspectos refletem na vida dos que precisam dos serviços. Neste sentido, é importante inserir a pessoa com amputação e os fatores que envolvem

o processo de recuperação. Portanto, seria pensar no que se manteve e não no que se perdeu, e assim gerar diferentes maneiras de expressar e discernir o que está acontecendo.

Outra pessoa com amputação, em seu discurso, posiciona-se reconhecendo as suas limitações, ao mesmo tempo não querendo ser rotulando como impossibilitada de seguir sua vida. Nessa lógica, ressalta-se que diversos aspectos regulam a sua saúde, tais como qualidade de vida, renda, educação, alimentação, lazer, equidade. Assim, o ser saudável estaria relacionado à contemplação e equilíbrio desses aspectos, consolidando o discurso da promoção da saúde (LOPES *et al.*, 2010).

Ao construir um ambiente saudável no intuito de estabelecer uma melhor adaptação à pessoa com amputação é que se traz para discussão a formação discursiva “Promoção da saúde e a corresponsabilidade dos envolvidos”. Acredita-se que a processo de recuperação/reabilitação da pessoa com amputação seria possibilitado por condições em que a promoção da saúde estivesse presente em todas as etapas do processo. O propósito das políticas de saúde com enfoque em pessoas com deficiência ou com amputação consistiria na prevenção dos agravos, evidenciando a almejada desospitalização da saúde e regulando a atenção básica como ferramenta para a promoção da saúde das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012; 2014). Neste contexto, um estudo canadense, ainda que anterior às políticas de saúde brasileiras mencionadas no decorrer desse estudo, já apresentava a discussão quanto à atenção à saúde voltada ao cuidado domiciliar, com o discurso de favorecer a redução de custos nos serviços de saúde, repassando à família e a pessoa a responsabilidade pelos cuidados necessitados (HOLMES *et al.*, 2008). Reforçando a ideia em que a responsabilidade se torna dos indivíduos/famílias retirando o papel de responsabilidade que o Estado deveria possuir.

Outro estudo coloca como discussão um modelo de gestão de serviços de saúde baseado na eficiência econômica comprometida por déficits orçamentários, o que resultou, entre outros aspectos: em uma redução mundial na oferta de serviços pelo sistema de saúde; uma diminuição na relação enfermeiro-paciente; e no aumento do tempo de espera dos pacientes (RUDGE, 2015). Nesse sentido, outro estudo canadense sinaliza a atenção básica, na perspectiva do bem-estar social, admitindo um grande alcance da prática dos enfermeiros e uma continuidade dos cuidados de modo interdisciplinar (AUSTIN, 2011).

Poder-se-ia pressupor o quanto a provisão de cuidados tem sido cada vez mais transferida das instituições de saúde para o lar,

redefinindo os serviços previamente considerados locais de cuidados de saúde, como questões sociais pertencente à esfera privada da família. O autocuidado do paciente é encorajado, sendo a família identificada como central na atenção à saúde para as pessoas com doenças com período de recuperação de longo prazo ou com diminuição da capacidade de cuidar de si. Essa tendência indicaria uma mudança fundamental na compreensão da relação entre cidadãos e Estado, de uma responsabilidade coletiva pelo bem-estar da população, regulamentados pelo ideal de Estado do bem-estar social, a uma responsabilidade exclusiva das pessoas e famílias (BJORNSDOTTIR, 2009; AUSTIN, 2011).

Nessa perspectiva, a estratégia central para reduzir a despesa de cuidados de saúde, é a de localizar a casa como o melhor lugar para a prestação de cuidados de saúde (AUSTIN, 2011; OLIVEIRA; KRUSE, 2017). Os serviços baseados na comunidade são ditos como, eticamente, superiores aos serviços institucionais, uma vez que as pessoas podem continuar a viver em sua própria casa, onde eles aumentarão as oportunidades para exercer sua autonomia e liderar suas vidas de acordo com suas próprias preferências (AUSTIN, 2011). O discurso da biopolítica que se consubstancia é o de localizar o retorno ao lar como um fator que possibilitaria a segurança quanto a exposição de infecções hospitalares. Nesse caso, a família seria a responsável pelos cuidados, reforçando seu papel em prol da recuperação e bem-estar aquele que necessita de cuidado, não se desvencilhando do olhar e controle da atenção básica, por meio de uma equipe multiprofissional (OLIVEIRA; KRUSE, 2017). Por essa maneira, os autores (AUSTIN, 2011; OLIVEIRA; KRUSE, 2017) consideram essa visão uma simplificação de uma realidade complexa, evidenciando que as pessoas e suas famílias que necessitam de atenção parecem necessitar de um maior apoio do sistema de saúde.

Transmite-se assim a importância da participação de todos no processo de recuperação/reabilitação, seja as pessoas com amputação, a rede de apoio e a equipe multidisciplinar. O trabalho multidisciplinar requer a recuperação da pessoa com amputação e possibilitaria benefícios, conforme posicionado pelo discurso de um enfermeiro neste estudo, o qual considera que a convergência da equipe em promover ações para recuperação dessas pessoas favoreceria o cuidado.

As causas de amputação envolvem questões traumáticas e doenças crônicas, como doenças vasculares e diabetes (SCHOELLER *et al.*, 2013). Para as causas de origem traumática, a questão da prevenção estaria relacionada aos aspectos de segurança como: trabalho de risco,

violência no trânsito, insegurança pública, os quais são fatores que influenciariam estatisticamente em diversos setores da sociedade e reivindicam uma constante vigilância. Quanto às causas por doenças pré-existentes, seria possível traçar metas de promoção à saúde a partir de mudanças de hábitos e fatores condicionantes a uma futura amputação? O discurso de um dos enfermeiros participantes do estudo, sinaliza a preocupação com fatores de riscos, em que por vezes, os próprios profissionais que fazem um acompanhamento com essas pessoas, não executariam o exame clínico por completo, o que não garantiria a efetividade de um cuidado em saúde que busca prevenir futuros agravos. Nessa perspectiva, evidencia-se um estudo que destaca as ações de educação em saúde a partir da realidade que cada pessoa a ser cuidada está inserida, desvinculando o cuidado apenas ao fator doença e evidenciando a promoção da saúde (SALCI *et al.*, 2013).

Enfim, o trabalho dos profissionais da saúde na atenção básica, assim como os enfermeiros e sua relação com os demais profissionais requer que haja troca de saber, em que as relações de poder estejam relacionadas ao cuidado que se estabelece para aquele que necessita, decompondo seus espaços e tempos. Tais efeitos fortaleceriam os processos emancipatórios desses profissionais e desconstruiriam paulatinamente as suas desigualdades (SILVA; ARANTES, 2017), possibilitando um progresso na questão de favorecimento para a atenção à saúde daqueles que necessitam de atendimento, ainda que seja difícil diante das dificuldades que se expressam nos diferentes discursos, seja pelos enfermeiros ou pelas pessoas com amputação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual se reestruturou em 2014 para conciliar a proposta de atenção em saúde por meio das redes de cuidados. Quanto à pessoa com amputação, evidencia-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, enquanto política que ditaria e estabeleceria a organização do sistema de saúde para a atenção às pessoas com deficiência, fundamentando a formulação das Diretrizes de Atenção à Saúde das Pessoas Amputadas.

Ações de promoção da saúde – empoderamento das pessoas com amputação, profissionais de saúde, acesso a serviços de saúde, educação em saúde, entre outros – estabeleceriam meios para a continuidade do cuidado e conseqüentemente proporcionariam a inserção da pessoa com amputação no seu plano terapêutico. Neste sentido, a reabilitação seria um ponto a ser considerado desde o início, em que profissionais de

saúde, pessoas com amputação, rede de apoio e Estado seriam corresponsáveis na busca dos resultados esperados.

Diante do que foi discutido, apresenta-se como verdade que a partir do momento em que a pessoa se sente inserida no plano terapêutico, gerar-se-ia a oportunidade da continuidade do cuidado. Há um planejamento considerado “ideal” que regularia o viver saudável, no qual a promoção da saúde possibilitaria a reinclusão social das pessoas com amputação. A estratégia localizada é o empoderamento da pessoa com amputação ao ponto dessa pessoa conseguir compreender sua condição de saúde, desenvolver sua autonomia a partir de ações cotidianas que as garantam independentes em suas respectivas residências.

Ainda, o discurso do enfermeiro, relativo à organização da rede, demonstra como a conformação do seu trabalho está vinculada ao modo como são estabelecidas as prioridades de atendimento na rede. Demonstra, também, a importância do discurso biomédico, em detrimento de outros discursos, o que pode estar inviabilizando pertinentes ações dos profissionais para que a rede seja efetivada. Não importa a característica das pessoas a serem atendidas, no atual momento de efetivação as redes não garantem o itinerário nos diferentes níveis de atenção.

## REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, Marcio. Biopolítica, ordem discursiva e Comunicação. **Intercom: Revista Brasileira de Ciências da Comunicação** v. 37, n. 2, p. 315–334, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-58442014000200315&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-58442014000200315&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).
- AUSTIN, W. J. The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: an evolutionary threat to the discipline. **Nursing Philosophy**, v. 12, p. 158-66, 2011.
- BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 16, n. 1, p. 3–17, mar. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0003.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0003.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).

BJORNSDOTTIR, K. The ethics and politics of home care. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, p. 732-739, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República**. Brasília, DF, Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS**. [S.l.: s.n.], 2014. 32 p. .9788533416390.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 12 dez. 2012c.

CARPES, Adriana Dornelles *et al.* A Construção do Conhecimento Interdisciplinar em Saúde. **Disciplinarum Scientia** v. 13, n. 2, p. 145–151, 2012.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 13, n. suppl 2, p. 2029–2040, dez. 2008. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>>.

DEVISCH, Ignaas; VANHEULE, Stijn. Foucault at the bedside: a critical analysis of empowering a healthy lifestyle. **Journal of Evaluation in Clinical Practice** importante para artigo 1 - governamentalidade, v. 21, n. 3, p. 427–432, jun. 2015. Disponível em:  
<<http://doi.wiley.com/10.1111/jep.12329>>.

Entrevista con Michel Foucault. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría** v. 29, n. 1, p. 137–144, 2009. Disponível em:  
<[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100010&lng=es&nrm=iso)>.

FERREIRA, Micheli Leal *et al.* Atuação do enfermeiro no referenciamento e contrarreferenciamento de pessoas com amputação. **Cogitare Enfermagem** v. 22, n. 3, p. 1–9, 28 set. 2017. Disponível em: <<http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/9e88v%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2y8qf>>.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. Martins Fo ed. São Paulo: [s.n.], 2016. 288 p. .853361041.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 22 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006. 294 p. .85-7038-019-4.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier De; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao sus: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev. RENE** v. 9, p. 129–137, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-520974>>.

FURTADO, Mariama; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde e Sociedade** v. 21, n. 4, p. 811–821, dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400002&lng=pt&tlng=pt)>.

GOMEZ, Sheila Sanchez; MOYA, José Luis Medina. Interactions between the epistemological perspective of nursing educators and participants in educational programs: limits and opportunities toward the development of qualification processes for the promotion of self-care in health. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 24, n. 2, p. 301–309, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200301&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200301&lng=en&tlng=en)>.1500001201.

GUIMARÃES, Alexandre Queiroz. Economia, Instituições e Estado de Bem-Estar Social: Respostas à Nova Configuração do Capitalismo pós-1970. **Dados** v. 58, n. 3, p. 617–650, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582015000300617&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582015000300617&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

HOLANDA, Cristina Marques de Almeida *et al.* Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health

services. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 20, n. 1, p. 175–184, jan. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100175&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100175&lng=en&tlng=en)>.1413-8123.

HOLMES, Dave *et al.* Nursing best practice guidelines: Reflecting on the obscene rise of the void. **Journal of Nursing Management** v. 16, n. 4, p. 394-403, 2008. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00858.x.

JUNGES, José Roque. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface: Communication, Health, Education** v. 13, n. 29, p. 285–295, 2009.

LOPES, Maria do Socorro Vieira *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 19, n. 3, p. 461–468, set. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=pt&tlng=pt)>.

LUCIEUDO, Antonio; SILVA, Lourenço; MIRANDA, Luciana Lobo. **Da fisiologia à biopolítica: discursos sobre a deficiência física na legislação brasileira.** v. 1, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção.

**Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 6, p. 1683–1694, jun. 2016.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt&tlng=pt)>.6304618700.

\_\_\_\_\_. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 10, p. 3253–3264, out. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&tlng=pt)>.

MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges *et al.* Health care for people with amputation: analysis from the perspective of bioethics. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 23, n. 4, p. 898–906, 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&tlng=en)>.1980-265X.

MELO, Anna Karynne da Silva *et al.* A autonomia no âmbito da política nacional de promoção de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** v. 29, n. 4, p. 585–594, 29 nov. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5442>>.

MELO, Lucas Pereira De. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saúde e Sociedade** v. 22, n. 4, p. 1216–1225, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000400022&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400022&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

MOLL, M.F. *et al.* The Knowledge of Nurses on Health Care Networks. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE** v. 11, n. 1, p. 86–93, 2017. Disponível em: <[.1101201711](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=120615047&site=ehost-live&scope=site)>.

MORAES, J.C.O. *et al.* O Idoso e seus Direitos em Saúde: Uma Compreensão Sobre o Tema na Realidade Atual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** v. 18, n. 3, p. 255–260, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16938/13587>>

NESPOLI, Grasielle. Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações. In: GUIZARDI, Francini L. *et al.* (Org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 59-90.

NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 18, n. 3, p. 863–872, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300032&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300032&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v. 25, n. 4, p. 1059–1078, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

73312015000401059&lng=pt&tlng=pt>.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Better off at home: safety device. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 26, n. 1, p. 1–9 , 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000100318&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100318&lng=en&tlng=en)>.

PAULA, Silvio Luiz de; ALMEIDA, Brunna Carvalho. O Papel da Avaliação de Políticas Públicas no Contexto dos Governos Locais. **Planejamento e Políticas Públicas** n. 42, p. 39–59 , 2014. Disponível em:

<<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/261/319>>.

PRUINELLI, Lisiane; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Biopolítica e doação de órgãos: estratégias e táticas da mídia no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 20, n. 4, p. 675–681 , dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000400005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400005&lng=pt&tlng=pt)>.

RÔMULO, Francisco *et al.* Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia**. [S.l.: s.n.], 2014. 2 v. p. 1–217. Disponível em:

<[http://www.faculdade.flucianofejiao.com.br/site\\_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2\\_N3/FRANCISCOMULUALVESDINIZ.pdf](http://www.faculdade.flucianofejiao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/FRANCISCOMULUALVESDINIZ.pdf)>.

SACRAMENTO, Igor Pinto. Saúde, estilo de vida e cultura de consumo num contexto neoliberal. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** v. 10, n. 4, p. 1–5 , 2016.

Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16997>>.

SALCI, Maria Aparecida *et al.* Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 22, n. 1, p. 224–230 , mar. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 18, n. 11, p. 3203–3212 , nov. 2013. Disponível em:

<[/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720130011003203&lng=pt)>.

SCHOELLER, Soraia Dornelles *et al.* Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. **Rev enferm UFPE on line**. v. 7, n. 2, p. 445–451, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Mateus/Google Drive/Doutorado/Tese/analise\_dados/ARTIGO 2 - RELAÇÕES\_POLÍTICAS/artigos/schoeller.2013.pdf>.0702201316.

SILVA, Iramildes Souza; ARANTES, Cássia Irene Spinelli. Power relations in the family health team: focus on nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 70, n. 3, p. 580–587, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf>.0034-7167.

SILVA, José Cláudio Sooma. Foucault e as relações de poder: o cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas** n. 3, p. 1–28, 2007. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1927/1388>.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 24, n. 1, p. 105–111, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

SIMONELLI, Angela Paula; CAMAROTTO, João Alberto. Análise de atividades para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão & Produção** v. 18, n. 1, p. 13–26, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-530X2011000100002&lng=pt&tlng=pt>.

SOUZA, Janaina Medeiros de *et al.* Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 19, n. 7, p. 2265–2276, jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=pt&tlng=pt>.

URSINE, Bárbara Lyrio; PEREIRA, Éverton Luís; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo:

o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** n. 0 , 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017005012101&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005012101&lng=pt&tlng=pt)>.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira *et al.* Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. **Acta Paulista de Enfermagem** v. 27, n. 6, p. 526–532 , dez. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000600526&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600526&lng=pt&tlng=pt)>.

VIANA, Ana Luiza D´Ávila *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade** v. 24, n. 2, p. 413–422 , jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&tlng=pt)>.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, passa-me uma retrospectiva dos meus estudos sobre pessoas com deficiência até então, desde a graduação as necessidades dessas pessoas, assim como a maneira como elas consideram a sua atenção em saúde, sempre fez-me buscar novas perspectivas de análise. A temática quanto a deficiência física e o processo de reabilitação que essas pessoas deveriam receber, é uma das minhas inquietações. Como enfermeira, vejo que somos capacitados a atender essa população, prestar assistência e lhes oferecer condições para a reinclusão social, mas ainda não se consegue compreender a importância de tal assistência.

A reflexão acerca da atenção à saúde das pessoas com amputação em uma perspectiva biopolítica suscitou muito mais indagações do que respostas. No entanto, ao longo da realização dessa tese estas indagações despertaram anseios, visibilizaram situações caóticas e desconexas, mas, também, emergiram direções possíveis de uma atenção em saúde que possa valorizar a individualidade e atenda às necessidades daqueles que necessitam. O desafio torna-se maior quando, para efeitos de poder, dá-se voz àqueles que são corresponsáveis à atenção das pessoas com amputação, os enfermeiros e as próprias pessoas com amputação. E o Estado, não é igualmente responsável pela a atenção à saúde das pessoas com amputação? Sim, ele é! Mas em seu discurso evidencia-se uma verdade que sustenta uma atenção de qualidade, aplicada em rede, em que todas as pessoas possuem as mesmas condições de acesso, conforme regulam as políticas públicas de saúde.

Se pelo Estado, o discurso de atenção à saúde da pessoa com amputação é de compromisso com essas pessoas, como os discursos das pessoas com amputação e dos enfermeiros, não expressam isso? O que leva ao distanciamento entre o prescrito e o que é vivenciado no cotidiano dessas pessoas? Nesta lógica, seria possível afirmar que as políticas públicas de saúde em prol das pessoas com amputação estariam reguladas por meio de um discurso biopolítico, em que se busca o atendimento das necessidades em saúde das pessoas, tendo como referência os determinantes sociais de saúde. Reflete-se que o desconhecimento das políticas públicas em prol das pessoas com deficiência implica na maneira como a atenção à saúde é estabelecida, e consequentemente implicando também nos resultados dessa atenção, o qual estaria distante do que as políticas prescrevem e da forma como as pessoas com deficiência a idealizaram e esperam a sua efetivação.

No “emaranhado” da rede, a política evidencia e valoriza a atenção básica, mostrando que, por meio desta, a pessoa com amputação deveria receber atendimento em consonância com a promoção da saúde, a prevenção de agravos, desvelando suas necessidades e garantindo o acesso ao cuidado, visando à manutenção da saúde. Em contrapartida, os discursos que circulam como verdade mostram o desconhecimento político e social dos enfermeiros diante da atenção à saúde da pessoa com amputação, assim como a vulnerabilidade destas pessoas diante do predomínio do conhecimento biomédico fragmentado do profissional da saúde e da lacuna na infraestrutura física e de materiais.

O desamparo, ou a sensação de, fundamenta um discurso de que os resultados somente serão alcançados quando há infraestrutura de uma rede de apoio, capaz de diminuir o abismo entre o que é prescrito como política pública e o que é realmente efetivado. Sobreleva-se a importância de contextualizar a promoção da saúde nos diferentes cenários que envolvem a atenção à saúde da pessoa com amputação, a fim de permitir a essa população a sensação de seguridade perante a nova condição.

Esperar-se-ia, ao estabelecer mecanismos que viabilizassem a continuidade do cuidado, a inserção da pessoa com amputação ao seu plano terapêutico. Aqui, afirma-se a ideia de continuidade do cuidado como a que não se restringiria a pessoa praticar as orientações repassadas, mas sua circulação pela rede de atenção de forma fluida, em que o profissional de saúde conseguiria efetivar cada etapa no processo de reabilitação. No entanto, o que se apresenta por meio dos discursos proferidos no decorrer desse estudo, são aspectos que não classificam o atendimento às pessoas com amputação em rede, e sim em cuidados isolados, em que a pessoa com amputação é quem põe em movimento seu acesso nos diferentes níveis de atenção. Reforça-se então, que a reabilitação deveria ser acolhida pela sociedade, visto que todos são corresponsáveis pela atenção à saúde da pessoa com deficiência.

Nesse sentido, é possível pensar que o cuidado, conforme as políticas públicas em prol das pessoas com amputação idealizaram, repercutiria em estratégias que gerariam condições de possibilidade para uma recuperação e readaptação das pessoas com amputação à sua nova condição. Em contraponto, tal prerrogativa ainda não foi alcançada conforme os discursos apresentados no estudo.

Nas DAPA circula como determinante de verdade a manutenção da saúde física e mental, possibilitando o desenvolvimento da autonomia e inclusão social. No entanto, nesse estudo, muitos discursos evidenciaram que a atenção à saúde da pessoa com amputação limita-se

ao tratamento cirúrgico da lesão e não demarcam o modo de ser e agir das pessoas com amputação e dos enfermeiros, pela perspectiva das políticas públicas. Outros discursos mobilizam um regime de verdade que, diante das limitações, busca criar estratégias que oportunizem a inserção do processo de reabilitação. Neste sentido, o desenvolvimento da autonomia envolveria à corresponsabilidade que cada um possui no plano de cuidados, e possibilitaria o empoderamento da pessoa com amputação. Desta maneira, inspira-se a idealizar uma regularidade a ser promovida quanto à formulação de políticas que permitam refletir sobre as reais necessidades das pessoas com amputação, disponibilizando profissionais capacitados a proporcionar um plano de cuidados adequado.

Reafirma-se que o discurso está relacionado com o que é vivenciado, em que contexto histórico-social está inerente a cada discurso pronunciado. Logo, nesse estudo mostra-se que apesar dos períodos históricos diferentes em que a amputação ocorreu e do tempo de experiência dos profissionais, os discursos são os mesmos. Não há diferença entre o que a pessoa de 1998 e a pessoa que amputou em 2015 enunciam. O mesmo ocorre entre o que o profissional com 20 anos de experiência e o profissional com menos de um ano na área de atuação proferem.

Destaca-se que a construção do conhecimento e a disseminação de ações que possibilitam e vigoram as ações de atenção à saúde para a pessoa com amputação poderia possibilitar e proporcionar a construção de indivíduos fortalecidos, com autonomia e capacidade de governo de si, considerando todos os aspectos que fomentam o rompimento de barreiras e oportunizam a construção de oportunidades.

Os aspectos discutidos e relacionados aos discursos presentes nesse estudo, representam a realidade das pessoas com amputação residentes em uma capital de Estado, na região Sul do país e dos enfermeiros que ali trabalham. Florianópolis é conhecida popularmente como a cidade em que o SUS funciona, visto sua ampla cobertura pela atenção básica, contudo, ao campo de análise, surge a seguinte reflexão: se em um país com dimensões continentais, como o Brasil, a cidade em que o estudo foi desenvolvido é conhecida pela eficiência em atendimentos do SUS, e esta não atende o que é preconizado pelas políticas públicas em prol das pessoas com amputação, logo, qual seria a situação dos demais municípios brasileiros diante da atenção à saúde das pessoas com amputação?

Por esta maneira, é possível considerar a ineficiência das políticas públicas como aspectos que estariam também relacionados à ineficiência

do poder público. Aspectos educacionais, estruturais, administrativos comporiam a lista de exigências para a possibilidade de constituição de políticas públicas aplicáveis à realidade evidenciada nos discursos do presente estudo. Reforça-se a importância da constante avaliação quanto à efetividade das políticas, para que as mudanças idealizadas por elas sejam realmente alcançadas.

Deste modo confirma-se a tese de que as políticas públicas, como um operador biopolítico, expressam um discurso que demarca e dá visibilidade às condições de saúde da pessoa com amputação no cenário da atenção à saúde, privilegiando determinados processos de reabilitação, recuperação e inserção social, mas que se distancia dos discursos dos enfermeiros e das pessoas com amputação.

Como limitações do estudo, ressalta-se que os discursos apenas se relacionam às pessoas com amputação e os enfermeiros. No entanto, pode-se considerar que tal realidade também seria uma discursividade apresentada pelas demais pessoas com deficiência e pelos demais profissionais de saúde.

Para o futuro, ainda que utopicamente, prevê-se a efetivação das políticas públicas em prol das pessoas com amputação, assim como as demais deficiências. Para que essas pessoas se sintam reincluídas socialmente e asseguradas de seus direitos. E onde esta mudança poderia estar sendo iniciada? Acredita-se que no meio acadêmico, com o surgimento de estudos sobre a temática e a valorização da atenção à saúde da pessoa com deficiência no debate da formação profissional.

## REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Marcio. Biopolítica, ordem discursiva e Comunicação. **Intercom, Rev. Bras. Ciênc. Comun.**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.315-334, dez. 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-5844201414>.

ALMEIDA, Samira Santana de. **Bioética e Biopolítica: Contribuições para a Cooperação Internacional em Saúde**. Monografia (Especialização em Bioética), Programa de Pós-graduação em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault: e a crítica do sujeito**. 2. ed. Curitiba: Editora UFPR, 2008. 234 p.

AULETE DIGITAL (Brasil). Lexikon Editora Digital (Org.). **Verbetes: Reabilitar**. 2017. Disponível em: <<http://www.aulete.com.br/reabilitar>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

AUSTIN, W. J. The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: an evolutionary threat to the discipline. **Nursing Philosophy**, v. 12, p. 158-66, 2011.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia e políticas públicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 16, n. 1, p. 3–17 , mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0003.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0003.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

BATTOSTELLA, Linamara Rizzo. O Desafio das Pessoas com Deficiência. **Debates Gvsaúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p.18-25, jul. 2012.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.31-38, fev. 2009.. DOI: 10.1590/s1413-81232009000100008.

BJORNSDOTTIR, K. The ethics and politics of home care. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, p. 732-739, 2009.

BORGES, Ana Maria Fernandes. **O cuidado à saúde da pessoa com amputação à luz da bioética.** (Mestrado em Enfermagem) - Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/122925>>. Acesso em: 18 out. 2015.

BRANDTSTÄDTER, Jochen. Goal pursuit and goal adjustment: Self-regulation and intentional self-development in changing developmental contexts. **Advances In Life Course Research**, [s.l.], v. 14, n. 1-2, p.52-62, mar. 2009. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcr.2009.03.002>

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República.** Brasília, DF. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 20 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3298, de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em: 25 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.** Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010:** Características gerais da população, religião e pessoa com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 27 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 793, de 24 de Abril de 2012:** Rede de cuidados à pessoa com deficiência. Brasília, DF, 24 abr. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010.** Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 02 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 12 dez. 2012c.

CARPES, Adriana Dornelles *et al.* A Construção do Conhecimento Interdisciplinar em Saúde. **Disciplinarum Scientia** v. 13, n. 2, p. 145–151, 2012.

CARVALHO, Francieli Silva et al. Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Uruarama, v. 1, n. 9, p.23-30, jan. 2005.

Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/215/189>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 13, n. suppl 2, p. 2029-2040, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>>.

CASTRO, Shamyry Sulyvan de et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 8, p.1773-1782, ago. 2008. DOI: 10.1590/s0102-311x2008000800006. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n8/06.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CASTRO, Shamyr Sulyvan et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 45, n. 1, p.99-105, fev. 2011. Doi: 10.1590/s0034-89102010005000048.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100011)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CHAN, Ana Clélia Rocha Villa et al. Incidência de amputação em membros inferiores associada a diabetes mellitus. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 33, p.222-226, 2009. Disponível em:

<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212107007>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CHINI, Gislaine Cristina de Oliveira; BOEMER, Magali Roseira.

Amputation in the perception of those who experience it: a study under the phenomenological. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 330-336, Apr. 2007.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set 2017.

COFFEY, Laura; GALLAGHER, Pamela; DESMOND, Deirdre. Goal Pursuit and Goal Adjustment as Predictors of Disability and Quality of Life Among Individuals With a Lower Limb Amputation: A Prospective Study. **Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation**, [s.l.], v. 95, n. 2, p.244-252, fev. 2014. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.08.011>.

DANNER, Fernando. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault.

**Revista Estudos Filosóficos** v. 1, p. 143-157, 2010. Disponível em:

<<http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art9-rev4.pdf>>.

DATASUS (Santa Catarina). **Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação - Santa Catarina: Ano 2014**. 2015. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qisc.def>>.

Acesso em: 15 out. 2015.

DEMEY, Didier. Post-amputation rehabilitation in an emergency crisis: from preoperative to the community. **International Orthopaedics (sicot)**, [s.l.], v. 36, n. 10, p.2003-2005, 4 maio 2012. Springer Science + Business Media. <http://dx.doi.org/10.1007/s00264-012-1553-2>.

DEVISCH, Ignaas; VANHEULE, Stijn. Foucault at the bedside: a critical analysis of empowering a healthy lifestyle. **Journal of Evaluation in Clinical Practice** importante para artigo 1 - governamentalidade, v. 21, n. 3, p. 427-432 , jun. 2015. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/jep.12329>>.

DORNELAS, Lílian de Fátima et al. Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. **Acta Ortop. Bras.**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.204-206, 2010. Doi: 10.1590/s1413-78522010000400006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-78522010000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522010000400006)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

Entrevista con Michel Foucault. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría** v. 29, n. 1, p. 137–144 , 2009. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352009000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352009000100010&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 20 set. 2017.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Coord. da trad. Izabel Magalhães. Brasília: Universidade de Brasília, 2008.

FERREIRA, Mauricio dos Santos; TRAVERSINI, Clarice Salete. A Análise Foucaultiana do Discurso como Ferramenta Metodológica de Pesquisa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p.207-226, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/17016/24330>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

FERREIRA, Micheli Leal *et al.* Atuação do enfermeiro no referenciamento e contrarreferenciamento de pessoas com amputação. **Cogitare Enfermagem** v. 22, n. 3, p. 1–9 , 28 set. 2017. Disponível em: <<http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/9e88v%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2y8qf>>.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2016. 254 p.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014. 74 p.

\_\_\_\_\_. **Em Defesa da Sociedade**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010. 269 p.

\_\_\_\_\_. **Ética, Sexualidade, Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. 326 p.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade: a Vontade de Saber 1**. 3 ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 2. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017b. 311p.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 22<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b. 294 p.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Penalidade e Prisão**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. 307 p. (Ditos & Escritos VIII). Organização e seleção dos textos: Manoel Barros de Motta; tradução Vera Lúcia Avellar Ribeiro

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao sus: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev. RENE** v. 9, p. 129–137, 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resource/pt/lil-520974>>.

FURTADO, Mariana; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.811-821, dez. 2012. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000400002>.

GIMENES, Gabriel de Freitas. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 11, n. 2, p.291-318, ago. 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1981-77462013000200003>.

GOMEZ, Sheila Sanchez; MOYA, José Luis Medina. Interactions between the epistemological perspective of nursing educators and participants in educational programs: limits and opportunities toward the development of qualification processes for the promotion of self-care in health. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 24, n. 2, p. 301–309, jun. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200301&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200301&lng=en&tlng=en)>.1500001201.

GUIMARÃES, Alexandre Queiroz. Economia, Instituições e Estado de Bem-Estar Social: Respostas à Nova Configuração do Capitalismo pós-1970. **Dados** v. 58, n. 3, p. 617–650, set. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582015000300617&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582015000300617&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 20 ago 2017.

HOLANDA, Cristina Marques de Almeida *et al.* Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 20, n. 1, p. 175–184, jan. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100175&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100175&lng=en&tlng=en)>.1413-8123.

HOLMES, Dave *et al.* Nursing best practice guidelines: Reflecting on the obscene rise of the void. **Journal of Nursing Management** v. 16, n. 4, p. 394-403, 2008. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00858.x.

JUNGES, José Roque. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface: Communication, Health, Education** v. 13, n. 29, p. 285–295, 2009.

KNOWLTON, Lisa Marie *et al.* Consensus Statements Regarding the Multidisciplinary Care of Limb Amputation Patients in Disasters or Humanitarian Emergencies: Report of the 2011 Humanitarian Action Summit Surgical Working Group on Amputations Following Disasters or Conflict. **Prehospital and Disaster Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 06, p.438-448, dez. 2011. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1017/s1049023x12000076>.

LOPES, Maria do Socorro Vieira *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 19, n. 3, p.

461-468, set. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=pt&tlng=pt)>.

LUCIEUDO, Antonio; SILVA, Lourenço; MIRANDA, Luciana Lobo. Da fisiologia à biopolítica: discursos sobre a deficiência física na legislação brasileira. **Polis e Psique**, v. 1, n.1, p. 148-169, 2011.

Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/23653/25606>>

Acesso em: 17 set 2017.

MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libanio; *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 6, p. 1683–1694, jun. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=pt&tlng=pt)>.6304618700.

\_\_\_\_\_. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 21, n. 10, p. 3253–3264, out. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003253&lng=pt&tlng=pt)>.

MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges et al. Health care for people with amputation: analysis from the perspective of bioethics. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 23, n. 4, p.898-906, dez. 2014. Doi:

10.1590/0104-07072014000240014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000400898&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000400898&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MARQUES, Clébya Candeia de Oliveira; STOLT, Lígia Raquel Ortiz Gomes. Perfil Clínico de Amputados de Membro Inferior Provenientes do Programa de Saúde da Família e sua Percepção sobre o Serviço de Saúde. **Rev. Aps**, Juiz de Fora, v. 2, n. 15, p.164-170, jun. 2012.

Disponível em:

<<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1472/628>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MELO, Anna Karynne da Silva; FREITAS, Luiza Maria Silva de; SIEBRA, Adolfo Jesiel, et al. A autonomia no âmbito da política nacional de promoção de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** v. 29, n. 4, p. 585–594, 29 nov. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5442>>. Acesso em: 19 ago 2017.

MELO, Lucas Pereira de. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1216-1225, dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902013000400022>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MOLL, Marciana Fernandes; GOULART, Mariana Bonomi; CAPRIO, Aloma Pegorini, *et al.* The Knowledge of Nurses on Health Care Networks. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE** v. 11, n. 1, p. 86–93, 2017. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=120615047&site=ehost-live&scope=site>>.1101201711. Acesso em: 17 set 2017.

MOLINA-MULA, J. *et al.* Instrumentalisation of the health system: an examination of the impact on nursing practice and patient autonomy. **Nursing Inquiry**. e12201, 2017.

MORAES, Janaíne Chiara Oliveira; BRITO, Fabiana Medeiros de; COSTA, Emilie de Oliveira, *et al.* O Idoso e seus Direitos em Saúde: Uma Compreensão Sobre o Tema na Realidade Atual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde** v. 18, n. 3, p. 255–260, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/16938/13587>>. Acesso em: 20 set 2017.

NESPOLI, Grasielle. Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações. In: GUIZARDI, Francini L. et al (Org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife:

Editora Universitária UFPE, 2014. p. 59-90.

NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 18, n. 3, p. 863–872, mar. 2013.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000300032&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300032&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi.

Participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde: um estudo de caso das Comissões Locais de Saúde do SUS de Belo Horizonte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** v. 25, n. 4, p. 1059-1078, dez. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000401059&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401059&lng=pt&tlng=pt)>.

OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Better off at home: safety device. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 26, n. 1, p. 1–9, 2017. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000100318&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000100318&lng=en&tlng=en)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OMS). **Relatório mundial sobre deficiência**. São Paulo: Sedpcd, 2012. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. Disponível em:

<[http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO\\_MUNDIAL\\_COMPLETO.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2015.

OTHERO, Marília Bense; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface (botucatu)**, [s.l.], v. 13, n. 28, p.177-188, mar. 2009. Doi: 10.1590/s1414-32832009000100015.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100015)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

PAIVA, Luciana Laureano; GOELLNER, Silvana Vilodre.

Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a

protetização. **Interface (botucatu)**, [s.l.], v. 12, n. 26, p.485-497, set. 2008. Doi: 10.1590/s1414-32832008000300003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

PAULA, Silvio Luiz de; ALMEIDA, Brunna Carvalho. O Papel da Avaliação de Políticas Públicas no Contexto dos Governos Locais. **Planejamento e Políticas Públicas** n. 42, p. 39–59 , 2014. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/261/319>>. Acesso em: 23 set 2017.

PERKINS, Z. B. et al. Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. **British Journal Of Surgery**, [s.l.], v. 99, n. 1, p.75-86, 22 dez. 2011. Doi: 10.1002/bjs.7766. Disponível em: <<http://api.wiley.com/onlinelibrary/tdm/v1/articles/10.1002/bjs.7766>>. Acesso em: 27 jan. 2016.

PRUINELLI, Lisiane; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Biopolítica e doação de órgãos: estratégias e táticas da mídia no Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 20, n. 4, p. 675–681 , dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000400005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400005&lng=pt&tlng=pt)>.

RÔMULO, Francisco; OLIVEIRA, Almeida Alves de. Foucault: do Poder Disciplinar ao Biopoder. **Scientia**. [S.l.: s.n.], 2014. 2 v. p. 1–217. Disponível em: <[http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site\\_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2\\_N3/FRANCIS COROMULOALVESDINIZ.pdf](http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/FRANCIS COROMULOALVESDINIZ.pdf)>. Acesso em: 17 set 2017.

ROSSBACH, Paddy. Points to Know and Consider When Preparing for and Undergoing an Amputation. 2008. **Amputee Coalition of America**. Disponível em: <<http://www.amputee-coalition.org/wp-content/uploads/2015/09/undergoingamp.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SACRAMENTO, Igor Pinto. Saúde, estilo de vida e cultura de consumo num contexto neoliberal. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde** v. 10, n. 4, p. 1–5 , 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16997>>.

SALCI, Maria Aparecida *et al.* Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 22, n. 1, p. 224–230, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>.

SALES, Luziana Maria Ribeiro *et al.* Repercussões psicossociais da amputação: concepções de pessoas que as vivenciam. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental* (online), [s I], v. 4, n. 4, p.3015-3026, out. 2012. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1883/pdf\\_644](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1883/pdf_644)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 787-796, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700009>

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 18, n. 11, p. 3203–3212, nov. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001100009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100009&lng=pt)>. Acesso em: 17 abr 2017.

SCHOELLER, Soraia Dornelles *et al.* Characteristics of amputated people cared for at a rehabilitation center. **Rev Enferm UFPE on line**, [s.l.], v. 2, n. 7, p.438-444, fev. 2013. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3351/pdf\\_2012](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3351/pdf_2012)>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p.11-23, jan. 2008.

SILVA, Antonio Lucieudo Lourenço; MIRANDA, Luciana Lobo; GERMANO, Idilva Maria Pires. Da fisiologia à biopolítica: discursos sobre a deficiência física na legislação brasileira. **Polis e Psique**, Porto

Alegre, v. 1, n. 1, p.149-168, jan. 2011. Disponível em:  
<<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/23653/25606>>.  
Acesso em: 20 jan. 2016.

SILVA, Cléber Domingos Cunha da. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 10, p.3083-3090, out. 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001000033>.

SILVA, Iramildes Souza; ARANTES, Cássia Irene Spinelli. Power relations in the family health team: focus on nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem** v. 70, n. 3, p. 580–587 , jun. 2017. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt\\_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf)>.0034-7167.

SILVA, Jefferson Braga et al. Amputação X Reimplante. **Revista da Amrighs**, Porto Alegre, v. 4, n. 55, p.375-379, out. 2011. Disponível em:  
<Revista da AMRIGS>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SILVA, José Cláudio Sooma. Foucault e as relações de poder: O cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas** n. 3, p. 1–28 , 2007. Disponível em:  
<<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/viewFile/1927/1388>>. Acesso: 28 mar 2017.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. **Texto & Contexto - Enfermagem** v. 24, n. 1, p. 105–111 , mar. 2015. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso: 28 mar 2017.

SIMONELLI, Angela Paula; CAMAROTTO, João Alberto. Análise de atividades para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: uma proposta de modelo. **Gestão & Produção** v. 18, n. 1, p. 13–26 , 2011. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-530X2011000100002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2011000100002&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso: 28 mar 2017.

SOUZA, Janaina Medeiros de *et al.* Aplicabilidade prática do

empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 19, n. 7, p. 2265-2276, jul. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=pt&tlng=pt)>.

URSINE, Bárbara Lyrio; PEREIRA, Éverton Luís; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, n. 0 , 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017005012101&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005012101&lng=pt&tlng=pt)>.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira *et al.* Competências do profissional da saúde para o cuidado da pessoa com amputação. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, p. 123-133, 2016.

\_\_\_\_\_. Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. **Acta Paul Enferm.**, [s.l.], v. 27, n. 6, p.526-532, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0526.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a educação**. 2. ed. 1 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade** v. 24, n. 2, p. 413-422 , jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200413&lng=pt&tlng=pt)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ethical Choices in Long Term Care: What Does Justice Require?** Geneva, Switzerland: WHO Publications, 2002.

\_\_\_\_\_. **The ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA COM AS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Data da amputação:**

**Causa da amputação:**

**Tipo de amputação:**

1. Como foi para você vivenciar a amputação?
2. Como ficou sua vida após a amputação? (No caso de pessoas com amputação há mais anos, indagar acerca das mudanças de vida ao longo dos anos.)
3. Você conhece seus direitos em relação aos cuidados de prevenção, recuperação, reabilitação e reinserção socioeconômica? Em caso afirmativo, descreva quais são e como você ficou sabendo desses direitos (unidades de saúde, mídia, profissionais de saúde, outros meios)?
4. O que você lembra de cada uma dessas etapas (prevenção, recuperação, reabilitação e reinserção socioeconômica)?
5. Quais orientações você recebeu durante a sua recuperação? Quem fornecia essas orientações? Como elas lhe ajudaram?
6. Quais as instituições de saúde que lhe atenderam na sua condição de pessoa com amputação? (Hospitais, Unidades básica de Saúde, Emergência, Centro de Reabilitação, outras) De que modo cada uma atuou?

7. Quais são os equipamentos utilizados por você e quais os profissionais que estão lhe auxiliando ou que lhe auxiliaram no processo de reabilitação?
8. O que você sabe acerca da sua condição de saúde e de seu tratamento? (No caso de pessoa com amputação há mais anos, indagar acerca das mudanças ao longo dos anos)
9. Como a enfermagem atuou na sua recuperação?

**APÊNDICE B – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA  
COM OS ENFERMEIROS NA UIC II – HU UFSC E NO CCR**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Cargo:**

**Local de Atuação:**

**Tempo de Atuação:**

**Especialização:**

1. Segundo sua experiência como membro da equipe que atua na UIC-II/CCR, como as pessoas com amputação chegam a este serviço?
2. Como se dá o processo de alta na UIC II/CCR? Você realiza alguma Orientação? Qual/is?
3. Como você acha que a pessoa com amputação recebe suas orientações e seu atendimento? Cite-me um exemplo de recusa ou aceitação da sua orientação e ou atendimento prestados.
4. Quais os procedimentos e a atuação que você realiza e/ou assume considerando a reabilitação das pessoas que foram submetidas à amputação?
5. No percurso de atendimento à pessoa com amputação há toda uma equipe multiprofissional que desenvolve a prática da orientação e de atendimento. Logo, como estas orientações e este atendimento repercutem na sua prática profissional? Há mais divergências ou mais convergências? Dê-me um exemplo.
6. Você realiza encaminhamento para outro nível de atenção? Qual e de que forma?
7. Qual sua autonomia para a realização de encaminhamentos?

8. O que você sabe acerca da assistência à saúde prestada às pessoas com amputações nos outros níveis de atenção à saúde?
9. Existe algum documento (protocolo, rotina, formulário...) na instituição que oriente as suas ações à pessoa com amputação? Em caso afirmativo, descreva o mesmo.
10. De que modo as políticas públicas que focalizam a pessoa com amputação fundamentam a realização das suas orientações e ou do seu atendimento? Cite um exemplo.
11. Quais as fragilidades e quais as potencialidades das políticas públicas em prol da pessoa com amputação?

**APÊNDICE C - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA  
COM OS ENFERMEIROS NA POLICLÍNICA DO CONTINENTE,  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Cargo:**

**Local de Atuação:**

**Tempo de Atuação:**

**Especialização:**

1. Segundo sua experiência como membro da equipe que atua na Policlínica, como as pessoas com amputação chegam a este serviço?
2. Quais os procedimentos e a conduta que você realiza e/ou assume considerando a reabilitação das pessoas que foram submetidas à amputação?
3. Casos estas pessoas necessitem de assistência em outro nível de atenção à saúde qual conduta é adotada? Qual sua autonomia para a realização deste processo?
4. O que você sabe acerca da assistência à saúde prestada às pessoas com amputações nos outros níveis de atenção à saúde?
5. Como se dá o processo de alta nesta policlínica? Você realiza alguma Orientação? Qual/is?
6. Como você acha que a pessoa com amputação recebe suas orientações e seu atendimento? Cite-me um exemplo de recusa ou aceitação da sua orientação e ou atendimento prestados.
7. No percurso de atendimento à pessoa com amputação há toda uma equipe multiprofissional que desenvolve a prática da orientação e de

atendimento. Logo, como estas orientações e este atendimento repercutem na sua prática profissional? Há mais divergências ou mais convergências? Dê-me um exemplo

8. Existe algum documento (protocolo, rotina, formulário...) na instituição que oriente as suas ações à pessoa com amputação? Em caso afirmativo, descreva o mesmo.
9. Descreva uma situação em que você tenha vivenciado e/ou evidenciado o deslocamento da pessoa com amputação nos distintos níveis de atenção à saúde? Liste os aspectos que você identificou como positivos e negativos durante este “trânsito”?
10. De que modo as políticas públicas que focalizam a pessoa com amputação fundamentam a realização das suas orientações e ou do seu atendimento? Cite um exemplo.
11. Quais as fragilidades e quais as potencialidades das políticas públicas em prol da pessoa com amputação?

**APÊNDICE D - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA  
COM OS ENFERMEIROS NAS UBS, PREFEITURA MUNICIPAL  
DE FLORIANÓPOLIS**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**Nome:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Cargo:**

**Local de Atuação:**

**Tempo de Atuação:**

**Especialização:**

1. Como se dá o processo de assistência à saúde das pessoas com doenças crônicas como a DM e a HAS pelos profissionais da enfermagem nesta Unidade Básica de Saúde?
2. Como chegam neste Centro de Saúde as pessoas com amputação? Qual a sua conduta como enfermeiros no processo de reabilitação destas pessoas?
3. Como você acha que a pessoa com amputação recebe suas orientações e seu atendimento? Cite-me um exemplo de recusa ou aceitação da sua orientação e ou atendimento prestados.
4. No percurso de atendimento à pessoa com amputação há toda uma equipe multiprofissional que desenvolve a prática da orientação e de atendimento. Logo, como estas orientações e este atendimento repercutem na sua prática profissional? Há mais divergências ou mais convergências? Dê-me um exemplo.
5. Casos estas pessoas necessitem de assistência de outro nível de atenção à saúde qual conduta é adotada? Qual sua autonomia neste processo?

6. Existe alguma forma de acompanhar a assistência prestada à saúde das pessoas com amputação nos distintos níveis de atenção à saúde? Se a sua resposta foi sim, descreva o processo, por favor. Se a sua resposta foi não, qual sua opinião quanto a este fato?
7. Existe algum documento (protocolo, rotina, formulário...) na instituição que oriente as suas ações à pessoa com amputação? Em caso afirmativo, descreva o mesmo.
8. Descreva uma situação em que você tenha vivenciado e/ou evidenciado o deslocamento da pessoa com amputação nos distintos níveis de atenção à saúde? Liste os aspectos que você identificou como positivos e negativos durante este “trânsito”?
9. De que modo as políticas públicas que focalizam a pessoa com amputação fundamentam a realização das suas orientações e ou do seu atendimento? Cite um exemplo.
10. Quais as fragilidades e quais as potencialidades das políticas públicas em prol da pessoa com amputação?

**APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL****UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

1. Como é estruturado os objetivos da Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência, Diretrizes de Atenção à Pessoa com Amputação, e em outros documentos que por ventura sejam encontrados e/ou detectados?
2. De que forma é descrito a responsabilidade dos Estados?
3. Como se estabelece a relação entre os diferentes níveis de atenção à saúde na Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência, Diretrizes de Atenção à Pessoa com Amputação, e em outros documentos no processo de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação?
4. Como se estrutura o processo de reabilitação nos diferentes níveis de atenção à saúde, descritos pela Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência, Diretrizes de Atenção à Pessoa com Amputação, e em outros documentos?
5. A partir da Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência, Diretrizes de Atenção à Pessoa com Amputação, e em outros documentos como é determinado o atendimento dos profissionais de saúde às pessoas com amputação?

**APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL

Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 Fax: +55 (48) 3721-9043

E-mail: secretariapen@ccs.ufsc.br - Home page: www.pen.ufsc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –  
TCLE**

O projeto de pesquisa intitulado: **POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOPOLÍTICA EM FOUCAULT** é desenvolvido pela doutoranda em enfermagem **Ana Maria Fernandes Borges Marques** (RG nº: 393.884 – SSP/SC – CPF nº: 053.860.199-02). Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Doutorado em Enfermagem, pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem e sob orientação da Professora Doutora Mara Ambrosina Oliveira Vargas, CPF nº: 335.006.220-20 (pesquisadora responsável).

O projeto de pesquisa tem como objetivos:

- Analisar de que modo as políticas públicas demarcam e determinam o processo de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação;
- Problematicar as estratégias biopolíticas em prol da atenção à saúde à pessoa com amputação.

O procedimento usado será uma entrevista individual com gravação de áudio e após transcrição do conteúdo este será submetido à validação pelo entrevistado. Durante a entrevista poderá ocorrer: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou

psicológica restritiva ou incapacitante. Existe a possibilidade remota do risco de quebra de sigilo. A pesquisa possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa possibilita ao participante refletir a respeito da sua condição e todo o percurso vivenciado no decorrer do processo de amputação.

A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, considerando o respeito aos informantes participantes de todo o processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo, em duas vias (pesquisador e participante);
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional. Salienta-se que os resultados do presente estudo poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, no entanto será mantida a confidencialidade a qualquer informação relacionada à sua privacidade;
- respeito a valores individuais e/ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa a participação total, o participante poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo;
- amplo acesso a qualquer informação a cerca do estudo;
- os registros, anotações coletadas ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.
- garantia de ressarcimento pelo pesquisador caso ocorra despesa pelo participante da pesquisa no momento da mesma ou decorrente dela.

Eu \_\_\_\_\_, RG nº: \_\_\_\_\_, fui informado/a dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descrito acima. Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que serei entrevistado/a por cerca de 40 minutos a respeito da minha vivência no decorrer do meu processo de amputação. Estou ciente que não serei remunerado/a para minha participação no estudo, assim como não terei despesas extraordinárias em virtude desta participação, caso contrário será ressarcido pelo pesquisador. Tenho conhecimento de que se houver qualquer prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderei solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. Estou ciente que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer prejuízo.

Compreendendo tudo que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento assinado, o qual garante meus direitos como participante da pesquisa.

Assinatura do Participante  
da Pesquisadora

Assinatura

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

**Qualquer dúvida, contate:**

**CEPSH – UFSC**

Prédio Reitoria II

Rua Des. Vitor Lima 222, sala 401

Florianópolis/SC - 88040-400

Telefone: (48) 3721-6094 .

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

**Ana Maria F. B. Marques**

**Pesquisadora**

Rua João Meirelles, 1213 - 101 C Florianópolis/SC – 88085-201

Telefone: (48) 8856-2107.

E-mail: am.borgesmarques@gmail.com



**ANEXOS**

## ANEXO A - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP SH – UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOPOLÍTICA EM FOUCAULT

**Pesquisador:** mara ambrosina de oliveira vargas

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 58566916.7.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.771.463

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se do projeto de tese da acadêmica Ana Maria Fernandes Borges Marques, junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem /UFSC, que trabalha sob a orientação da prof. Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas. O estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, analítica e com referencial teórico filosófico, balizada na discussão biopolítica em Foucault. Será composto por entrevistas com as pessoas com amputação e por análise documental. Elenca-se como pergunta de pesquisa: Qual (is) discursividade(s) atrela(m)-se na atenção à saúde à pessoa com amputação na perspectiva das políticas públicas e como repercutem no modo de ser e de agir das pessoas com amputação? Constituem-se como objetivos: Analisar de que modo as políticas públicas demarcam e determinam o processo de reabilitação, recuperação,

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** osp.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.771.403

prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação; Problematizar as estratégias biopolíticas em prol da atenção à saúde da pessoa com amputação. Serão entrevistadas 50 pessoas com amputação. O primeiro contato com essas pessoas será por meio dos registros de cirurgias disponíveis no setor de estatística do Hospital Governador Celso Ramos (HGR).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar de que modo as políticas públicas demarcam e determinam o processo de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção socioeconômica da pessoa com amputação;

Objetivo Secundário:

Problematizar as estratégias biopolíticas em prol da atenção à saúde da pessoa com amputação.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Durante as entrevistas pode ocorrer: "cansaço ou aborrecimento ao responder questionários;" desconforto, constrangimento ou alterações de

comportamento durante gravações de áudio;" alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização

sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante. É importante salientar a possibilidade do risco de quebra de sigilo.

Benefícios:

Esta pesquisa constitui-se no pressuposto que as políticas públicas demarcam e dão visibilidade às condições de saúde da pessoa com amputação

no cenário da atenção à saúde dessa pessoa, privilegiando determinados processos de reabilitação, recuperação, prevenção e inserção social e

econômica em detrimento de outros modos de ser e de agir como pessoa com amputação. Logo, é importante destacar que a compreensão das

condições de possibilidades que todos envolvidos no processo de atenção à saúde da pessoa com amputação possuem possibilita a construção do bem-estar biopsicossocial daquele que mais necessita de atenção.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Cidade:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8094 **E-mail:** csp.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.771.463

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_744313.pdf	28/09/2016 16:20:08		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_resposta_pendencia_28_09.docx	28/09/2016 16:19:31	Ana Maria Fernandes Borges Marques	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	MARQUES_Projeto_de_tese_CEPSH_Final_28_set.docx	28/09/2016 16:09:49	Ana Maria Fernandes Borges Marques	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	_MARQUES_Projeto_de_tese_CEPSH_TCLE_28_set.docx	28/09/2016 16:09:13	Ana Maria Fernandes Borges Marques	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao.pdf	10/08/2016 13:42:34	Ana Maria Fernandes Borges Marques	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.pdf	10/08/2016 13:36:11	Ana Maria Fernandes Borges Marques	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_CEPSH_Tese_Ana_Assinada.pdf	27/08/2016 22:21:08	Ana Maria Fernandes Borges Marques	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vilso Ustra, nº 222, sala 401  
 Balço: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propos@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.771.403

FLORIANÓPOLIS, 10 de Outubro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
(Coordenador)

**Coderação:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401  
**Endereço:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANÓPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cnp.propesq@contato.ufsc.br

## ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP SH – HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO  
JOSÉ/ DR. HOMERO DE  
MIRANDA GOMES - HRSJ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO

**Pesquisador:** mara ambrosina de oliveira vargas

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 41274615.1.0000.0112

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 970.902

**Data da Relatoria:** 24/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa constitui-se no pressuposto de que um processo de referência e contrarreferência funcionante e efetivo, beneficia a população e o atual sistema de saúde brasileiro. E, dentre os benefícios que poderiam ser sinalizados, está a possibilidade de diminuição à curto prazo das complicações que muitas vezes resultam em reinternações e aumentam os gastos públicos.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. Envolverá os três distintos níveis de atenção à saúde: atenção terciária; atenção secundária e atenção primária. Será realizado na Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, hospital escola da UFSC; no Centro

Catarinense de Reabilitação; na Policlínica Municipal Centro; e em cinco Unidades Básica de Saúde (UBS) do município de Florianópolis com maior população de idosos (65 anos ou mais) atendida em cada distrito sanitário. Sendo elas: UBS Centro; UBS Coqueiros; UBS Córrego Grande; UBS Ingleses; e UBS Saco dos Limões.

Os sujeitos do estudo serão enfermeiros/as, alocados/as de forma fixa nos locais do estudo. Para alcançarmos os objetivos da pesquisa estimamos o número de 20 sujeitos, sendo três da UIC II do HU, três do Centro Catarinense de Reabilitação, três da Policlínica Centro e 11 da Atenção Primária.

A coleta de dados ocorrerá entre os meses de fevereiro e junho de 2015 através da aplicação de

**Endereço:** Rua Adolfo Donato da Silva s/n°

**Bairro:** Praia Comprida **CEP:** 88.103-901

**UF:** SC **Município:** SAO JOSE

**Telefone:** (48)3271-9066

**Fax:** (48)3271-9018

**E-mail:** cep.hrsjmg@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO  
JOSÉ/ DR. HOMERO DE  
MIRANDA GOMES - HRSJ



Continuação do Parecer: 970.902

entrevista semi-estruturada com cada um dos sujeitos do estudo para alicerçar o alcance dos objetivos previamente traçados. Concomitantemente será realizado um levantamento documental com utilização de roteiro previamente elaborado, os documentos utilizados emergirão do resultado das entrevistas (protocolos, rotinas, formulário...) e está análise terá como finalidade identificar a estruturação do serviço e buscar responder questões relacionadas ao planejamento e execução da referência e da contrarreferência das pessoas com amputação no atual sistema de saúde. Para as entrevistas serão usados três roteiros previamente elaborados, estes serão submetidos à validação por expertises no assunto. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, o instrumento validado será aplicado de forma individual e em local apropriado para tal prática. As entrevistas serão gravadas e terão cerca de 40 minutos de duração. A transcrição será realizada pela própria pesquisadora que solicitará validação de conteúdo a cada um dos entrevistados.

Utilizar-se-á a Análise Textual Discursiva (ATD), pois ela gira em torno de duas formas de análise de uma pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo e a análise de discurso.

#### Objetivo da Pesquisa:

Principal - Descrever a conduta dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação.

Secundário - Analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo o pesquisador não haverá riscos.

Benefícios: Esta pesquisa constitui-se no pressuposto de que um processo de referência e contrarreferência funcionante e efetivo, beneficia a população e o atual sistema de saúde brasileiro. E, o mais importante é a possibilidade de diminuição à curto prazo das complicações que muitas vezes resultam em reinternações e aumentam os gastos públicos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante pois trará benefícios à população, possibilitando a diminuição à curto prazo das complicações, evitando reinternações, como também diminuirá os gastos públicos.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão dentro das recomendações da Comissão Nacional de Ética em

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/nº  
Bairro: Praia Comprida CEP: 88.103-901  
UF: SC Município: SAO JOSE  
Telefone: (48)3271-9066 Fax: (48)3271-9018 E-mail: cep.hrsjmg@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO  
JOSÉ/ DR. HOMERO DE  
MIRANDA GOMES - HRSJ



Continuação do Parecer: 970.902

Pesquisa (CONEP)

**Recomendações:**

Alterar o início da pesquisa do mês de fevereiro para março.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de estudo está bem elaborado e satisfazendo todas as exigências da Resolução nº 466/12.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO JOSE, 03 de Março de 2015

---

Assinado por:

Renata Helena Ribeiro Fernandes  
(Coordenador)

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/nº

Bairro: Praia Comprida

CEP: 88.103-001

UF: SC

Município: SAO JOSE

Telefone: (48)3271-9068

Fax: (48)3271-9018

E-mail: cep.hrsjmg@gmail.com

## ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS ENFERMEIROS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - CAMPUS  
UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL  
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 Fax: +55 (48) 3721-9043  
E-mail: secretariapen@ccs.ufsc.br - Home page: www.pen.ufsc.br

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O projeto de pesquisa intitulado: **O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO** é desenvolvido pela mestranda em enfermagem **Micheli Leal Ferreira** (RG nº: 4170024 – SSP/SC – CPF nº: 006.735.789-09). Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem e sob orientação da Professora Doutora **Mara Ambrosina Oliveira Vargas** (pesquisadora responsável).

O projeto de pesquisa tem como objetivos:

- Analisar o processo de referência e contrarreferência no atendimento as pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros;
- Descrever a conduta dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação.

O procedimento usado será entrevista individual com gravação de áudio e após transcrição do conteúdo este será submetido à validação pelo entrevistado.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde, considerando o respeito aos informantes participantes de todo o processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais e/ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa a participação total;
- amplo acesso a qualquer informação a cerca do estudo;
- os registros, anotações coletadas ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação. Destas reflexões, entende-se que devem emergir discussões na perspectiva do/a enfermeiro/a quanto a um processo já preconizado e sua atual estruturação.

Eu \_\_\_\_\_,  
fui informado/a dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descrito acima.

Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que serei entrevistado/a por cerca de 40 minutos a respeito da minha experiência como enfermeiro prestando assistência direta ou indireta à pessoa com amputação. Estou ciente que não serei remunerado/a para minha participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Em caso de necessidade, contate: Enfermeira Micheli Leal Ferreira  
Telefone: (48) 8421-4781. E-mail: micheli\_leal@yahoo.com.br