DOI: https://doi.org/10.5007/2175-8034.2026.e108641

Tonalidades e Gradientes do Cuidado no Processo de Protetização: um estudo etnográfico no Sul do Brasil

Marcela Muner de Freitas[1]
Adriane Vieira[1]
Raquel da Silveira[1]
[1]Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

Caminhar é uma habilidade que aprendemos no início da vida e, muitas vezes, desconsideramos sua complexidade. Após uma amputação, o processo de voltar a andar envolve a aquisição e incorporação de tecnologias que substituem o membro amputado. O ato de "fazer andar" cria um híbrido que estabelece diferentes tonalidades e gradientes de cuidado na conexão entre elementos humanos e não humanos. Nesta etnografia, investigamos como as formas de cuidado se configuram no processo de adaptação de próteses que possibilitam o deambular e o ficar em pé. Entre os elementos que compõem a rede, na qual se articula o cuidado no processo de fazer andar, em uma clínica privada de protetização, destacamos conexões com e entre: profissionais; ferramentas e componentes; familiares, lazer e trabalho da pessoa amputada; assim como atravessamentos por questões de saúde e de gênero.

Palavras-chave: Serviços de Fisioterapia; Membros Artificiais; Amputados.

Shades and Gradients of Care in the Prosthetic Fitting Process: an ethnographic study in the South of Brazil

Abstract

Walking is an automatic skill that is often underestimated in terms of its complexity. After an amputation, the process of regaining the ability to walk involves the acquisition and integration of technologies that replace the amputated limb. The act of 'making walking possible' creates a hybrid that establishes different nuances and gradients of care in the connection between human and non-human elements. In this ethnography, we explore how forms of care are shaped during the adaptation process of prosthetics that enable walking and standing. Among the elements that compose the network through which care is articulated in the process of "making walk" within a private prosthetics clinic, we highlight connections with and among: professionals; tools and components; the amputated person's family life, leisure, and work; as well as the ways in which health- and gender-related issues intersect with this process.

Keywords: Physical Therapy Services; Artificial Limbs; Amputees.

Recebido em: 03/09/2025
Aprovado em: 04/09/2026
Publicado em: 19/11/2026

Este trabalho está licenciado sob CC BY-NC-SA 4.0. Para visualizar uma cópia desta licença, visite https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

1 Introdução

Ficar em pé e caminhar são habilidades que adquirimos no início da vida. Não recordamos nossos primeiros passos, mas comemoramos e auxiliamos no aprendizado da marcha das crianças à nossa volta. Depois dessa etapa, dificilmente nos ocuparemos com esse deambular[1], ele estará ali, sempre disponível para nos deslocar pelo espaço. Um cuidado direcionado ao caminhar somente será necessário, provavelmente, perante algum impedimento, como uma lesão ou um acidente. Neste momento, passamos a ter de buscar caminhos para poder andar. Esse é um evento presente na vida de alguém que perdeu uma parte da sua perna, em um processo de amputação.

A busca por uma solução para as amputações não é algo recente. No artigo "*Un breve recorrido por la historia de la protésica*", Norton (2007) apresenta tópicos importantes de investimentos nessa evolução tecnológica. Um exemplo é o primeiro dedo do pé protético, possivelmente funcional, encontrado em uma múmia egípcia. Ao longo dos séculos foram sendo desenvolvidas diversas tecnologias para que possamos voltar a andar. Tais elementos, inicialmente fabricados em madeira, aço e cobre, tornaram-se mais funcionais a partir do século XIX, ao serem produzidos com um material mais leve, o alumínio. Além disso, desde o século XVI, busca-se simular as funções das articulações e tendões musculares, para tornar as próteses cada vez mais semelhantes aos membros corporais. Um dos momentos de grande investimento nestes produtos foi após a Segunda Guerra Mundial. A grande quantidade de veteranos com membros amputados impulsionou o investimento em tecnologias de diferentes ordens, que foram incorporadas aos membros artificiais. Porém, apesar de sabermos que a prótese simula uma extremidade natural, pouco sabemos sobre os processos pelos quais passamos para readquirir o caminhar.

No processo de hibridização do corpo, a deambulação se desloca da esfera do ordinário para uma esfera de desafios e possibilidades, em um processo de reaprender a caminhar. No Brasil, a aquisição dos materiais protéticos é uma etapa importante desta reconfiguração corporal, que pode ocorrer das seguintes formas: pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), por meio de processos judiciais e por clínicas privadas (Brasil, 2020, 2023). Essa etnografia envolve pessoas que, em algum momento do seu processo de fazer andar, transitaram por uma clínica privada de próteses e órteses. Com a prótese em mãos, um conjunto de atores, interações humanas e não humanas, em um espaço de protetização, permanecem em ação, explorando e criando novas configurações corporais.

[1] Termo técnico utilizado para se referir ao caminhar.

Para Mol e Law (2004), pensar que temos um corpo coerente ou que somos um todo é ignorar o corpo que fazemos. Este termo associa-se à demanda cotidiana de manter um corpo unido. Tais autores estudaram o corpo diabético, que é atravessado por diversas tensões, uma vez que os indivíduos são mais que seus diagnósticos. Na prática, os pacientes precisam manejar questões de saúde, de lazer e de trabalho. Para isso, fez-se necessário um esforço constante para controlar os níveis de glicose no sangue ou renunciar a atividades específicas. Assim, para os pesquisadores, as ciências médicas não devem pensar corpos isolados, mas realizar intervenções que possam contribuir para as demandas que fazem parte do dia a dia das pessoas.

Ademais, o corpo protetizado apresenta-se de maneira distinta na perspectiva do técnico, da fisioterapeuta e do paciente. Um único processo na busca de fazer andar envolve multiplicidades estéticas, fisiológicas, mecânicas e funcionais. De acordo com Mol (2002), a busca em retratar a realidade resulta em diversas considerações sobre um único objeto que o faz parecer mais de um. A autora afirma que "[...] na prática, o corpo e as suas doenças são mais do que um, mas isso não significa que estejam fragmentados em muitos" (Mol, 2002, p. VIII). Com o objetivo de exemplificar essa multiplicidade, a autora integra, no livro *The Body Multiple*, diferentes ontologias da arteriosclerose, uma doença considerada crônica e inflamatória, caracterizada pelo acúmulo de placas de gordura, colesterol, cálcio e outras substâncias nas paredes das artérias. A partir de uma definição simples da doença, ao acompanhar as práticas de cuidados de pacientes em tratamento para arteriosclerose em um hospital holandês, Mol vai mostrando como a queixa de dor na perna do paciente, a interpretação do exame realizado pelo patologista e a avaliação física do médico criam práticas e dados distintos que necessitam de articulação para caracterizar a doença e definir o tratamento. Dessa forma, a autora investiga como ocorre a negociação da intervenção na cena assistencial, que envolve conhecimentos técnicos e o sofrimento de pacientes (Mol, 2002). Essa colaboração de diferentes agentes é compreendida por meio de situações materiais e das práticas por ela desenvolvidas. Por fim, esta análise resulta em diferentes realidades coordenadas em uma única doença, a arteriosclerose (Rangel, 2010).

Nesse cenário, quando observamos as interações entre a prótese e a pessoa amputada na perspectiva de Latour (2001), percebemos que esses dois elementos são incapazes de deambular individualmente; para isso, necessitam ser transformados pelas conexões entre si e com outros elementos e atores. Ao observarmos o que *faz ser* nesse processo, parece ilusório pensar que existe protetização sem a formação de vínculos. Portanto, o sucesso será definido pela qualidade desses laços: maus laços limitam as possibilidades, e bons laços as ampliam (Latour, 2015).

Ao investigar processos de saúde-doença, Mol (2008) tem nos provocado a pensar através de duas lógicas: a da escolha e a do cuidado. Na lógica da escolha, em que definimos a utilização do termo cliente, há um movimento em direção à decisão individual. Esta escolha individual resulta em atores que se responsabilizam pelos desdobramentos decorrentes. Assim, uma pessoa com diabetes que desconsidera os desafios que enfrentará no manuseio de um medidor de glicose específico, enquanto cliente (na lógica da escolha), não será impedida de adquiri-lo se esta for sua escolha (Mol, 2008).

Quando a interação se desloca para a lógica do cuidado, há um compartilhamento das deliberações entre os atores envolvidos no processo, tanto por parte de quem tem a *expertise*

quanto de quem procura uma forma de "manter o corpo unido" (Mol; Law, 2004). Isso inclui orientar a picada no dedo, ensinar a aplicação da insulina, criar estratégias para manter baixos os níveis de glicose no sangue, manejar complicações da doença, como cegueira e amputações, e ajudar a escolher o modelo de medidor de glicose que melhor se adapta às necessidades do paciente. Na lógica do cuidado, em que se emprega o termo paciente, o foco do bom atendimento está direcionado ao que é possível fazer pelo paciente na constituição dessa hibridização, o que nem sempre corresponde ao que o cliente desejava. Dessa forma, os atores agem em conjunto, e o cuidado torna-se uma ação coletiva. Nesse processo, as decisões são compartilhadas, o que não implica passividade do paciente, que está envolvido no cuidado em tempo integral (Mol, 2008).

Entendemos que, no processo de protetização em uma clínica privada, mesmo que a relação possa, inicialmente, parecer comercial, em que predomina a venda de um produto e, portanto, uma lógica de escolha, são performados gradientes e tonalidades de cuidados. Na lógica do cuidado, além das equipes das clínicas, podemos estar atentos à performance de diferentes atores na rede de suporte. Isso inclui não só familiares, mas também relações sociais espontâneas e mobilizadoras de recursos, que são fundamentais em momentos de crise, como a de *influencers* atuantes nas mídias sociais, advogados e profissionais da saúde (Gutierrez; Minayo, 2010), o que dá visibilidade a outras questões como gênero, renda, faixa etária, acesso aos serviços de saúde e processos judiciais[2].

Com o objetivo de investigar como se performam formas de cuidado no processo de protetização que viabilizem o ficar em pé e o caminhar, desenvolvemos esta etnografia. Durante 12 meses, observamos as interações de elementos humanos e não humanos para a fabricação, reparo, comércio e implementação de aparelhos ortopédicos de diferentes marcas, em uma clínica de próteses e órteses na região Sul do Brasil. A observação participante desenvolveu-se a partir de visitas semanais à clínica escolhida para realização do estudo, em que a primeira autora acompanhava as dinâmicas que lá aconteciam.

Nesta pesquisa, o elo principal com a clínica foi a fisioterapeuta. Isso se deve às nossas trajetórias acadêmicas vinculadas à área da Educação Física e Fisioterapia. A escolha da clínica ocorreu em razão de visitas técnicas realizadas com estudantes do curso de Fisioterapia da nossa universidade, mostrando-se um espaço aberto e instigante para pensar sobre processos de protetização ainda pouco investigados. Apesar desse contato prévio em atividade de ensino, durante a pesquisa, a relação das pesquisadoras com a clínica restringiu-se às atividades do estudo, sem outros vínculos com a instituição. Ao acompanhar a fisioterapeuta no trabalho de campo, a primeira autora também interagiu com o diretor, o gerente, o especialista em vendas, o responsável técnico, os dois técnicos ortopédicos, a recepcionista e as duas auxiliares de limpeza, que compõem o quadro de funcionários da clínica. A primeira autora acompanhou os técnicos ortopédicos na fabricação de moldes e encaixes e na montagem e no conserto das próteses. Esses elementos não humanos também foram observados ao interagir com os pacientes nos períodos de provas e treino de marcha. Também acompanhou os pacientes em seus trajetos no interior da clínica, conhecendo-os e seguindo os seus desafios no processo de protetização. Nesse momento, participou das avaliações, atividade vinculada à equipe

[2] Para aquisição das próteses muitos pacientes envolvem litígios entre a pessoa amputada e empresas, pessoas físicas e o Estado.

comercial com a fisioterapeuta e os técnicos. No andamento do trabalho de campo, também se envolveu com eventos de confraternização da equipe e entre a equipe e os pacientes/clientes.

Essa trajetória etnográfica foi registrada em um diário de campo, desenvolvido de forma sistemática logo após as imersões no campo. Nele constam transcrições de falas dos participantes, descrições detalhadas dos eventos observados e notas reflexivas. Foi uma etnografia desenvolvida a partir de uma proximidade com os chamados Estudos Sociais da Ciência e Tecnologia (ESCT), em que, ao longo do trabalho de campo, buscou-se identificar os elementos presentes – humanos, não humanos ou controvérsias – e as maneiras como se associavam (Pacheco; Silveira; Stigger, 2020). Estar na clínica ao longo de um ano fortaleceu laços de confiança entre a primeira autora deste artigo e a equipe de trabalhadores(as), o que não se observou, na mesma intensidade, com os(as) pacientes com os quais teve contato, uma vez que as idas destes(as) à clínica não eram tão frequentes e nem sempre coincidiam com a presença da pesquisadora. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade, e os nomes utilizados no decorrer dos resultados são fictícios, preservando a identidade dos participantes. É importante ponderar que o fato de o campo ter sido realizado em uma clínica privada nos permitiu acessar e descrever o processo de fazer caminhar de uma determinada rede de elementos heterogêneos, distinta de outros processos e vivenciada de diferentes formas.

2 Uma Clínica no Sul do Brasil: onde novos vínculos se formam

O fazer andar, nesta pesquisa, é tratado a partir de sua multiplicidade, que emerge das intervenções cotidianas entre diversas interações na clínica. Ao acompanhar o trânsito da fisioterapeuta entre consultórios e oficinas, observamos o encontro de diferentes olhares sobre a hibridização desse corpo na prática. Na esfera da fisioterapia, o caminhar é um projeto terapêutico atravessado por cuidados com o coto e treinos de marcha. Para os técnicos, o processo é mediado pela engenharia dos materiais, em que o corpo é apreendido em sua interface mecânica. Essas visões contrastam com a racionalidade do vendedor, para quem a protetização assume a forma de orçamento e margem de lucro. A gerência, nesse contexto, desempenha o papel de tradutora dessas perspectivas conflitantes, operando uma síntese que visa garantir tanto a qualidade do serviço quanto a rentabilidade da empresa.

Podemos dizer que o processo de fazer andar inicia-se com a descoberta da clínica, por meio de indicações de amigos, influenciadores, médicos e pesquisas dos próprios pacientes ou familiares. Ao chegar à clínica, onde surgem os vínculos de cuidado, acompanhado por algum familiar ou amigo, é preciso relatar ao vendedor seu processo de amputação e as demandas funcionais, conhecer e escolher os componentes e obter informações sobre os custos, o que permitirá sua reconfiguração corporal. Também é necessário conversar com a fisioterapeuta sobre os cuidados com o coto, para melhor adaptação à prótese. A partir da decisão de seguir com o processo de protetização, novas ações e etapas darão sequência a esse primeiro encontro. Um exemplo é a elaboração do molde do coto que será utilizado para a produção do encaixe provisório. Este, que acompanha o paciente até a estabilização do volume do coto, é apresentado ao paciente, acoplado aos joelhos/tornozelos, aos pés e ao tubo, pela primeira vez, na prova de encaixe.

Com a prótese definitiva, o paciente seguirá realizando visitas à clínica para trocas de componentes, manutenção dos produtos adquiridos, como limpezas após exposição ao mar, alinhamentos ou correção de possíveis avarias dos componentes. Em alguns casos, o paciente pode apresentar redução no volume do coto e, por isso, adquirir outros produtos ou realizar adaptações em seu encaixe. Caso a adaptação não seja possível, o paciente precisará realizar um novo encaixe provisório. Nesse contexto, ao frequentar a clínica, a pessoa amputada oscila em diferentes tonalidades/gradientes entre se fazer cliente e paciente.

O corpo com a prótese torna-se "[...] um híbrido de máquina e organismo, uma criatura de realidade social [...]" (Haraway, 2009, p. 36), ou seja, um "ciborgue", em que novas e distintas relações sociais serão vividas. As tecnologias, sejam no formato de materiais ou de conhecimentos sobre a protetização da equipe de trabalho, são elementos que conectam os pacientes à clínica. Essa conexão é complexa, envolve tempo, vínculos, apoio, dinheiro, desejos e uma série de desafios que provocam instabilidades, tanto para o paciente quanto para a clínica. Passar pelo processo de fazer andar é experienciar, cotidianamente, a dissolução da fronteira entre o humano e a máquina e, para isso, a clínica é um *locus* privilegiado.

2.1 Constituição de um Corpo Híbrido e seus Processos de Cuidado

Muitos elementos nos ajudam a entender como se configuram tonalidades e gradientes de escolha e de cuidado no processo de fazer andar na clínica. Os primeiros elementos que discutiremos neste tópico são os prontuários das pessoas amputadas, atualmente organizados em pastas de papel e compostos por documentos de todos os setores, desde o momento em que a pessoa se tornou cliente/paciente. Assim, essas fichas orientam as condutas na clínica, pois contêm dados de diferentes períodos sobre os componentes utilizados, os atestados e as medidas da pessoa e do coto. Dessa forma, os profissionais devem ser cuidadosos com a maneira como organizam e utilizam essas pastas, uma vez que equívocos podem prejudicar os clientes/pacientes e gerar controvérsias na equipe.

Outro elemento que exige a atenção dos profissionais são os agendamentos, marcados pela recepcionista. Esses atendimentos podem envolver mais de um profissional da equipe e exigir um preparo prévio. Essa ação conjunta é fundamental, pois a fisioterapeuta não fará o treinamento com o paciente se a prótese não estiver pronta ou em condições de uso. Os agendamentos podem, também, ter um caráter de urgência, visto que qualquer dano à prótese, fora da clínica, altera a rotina dos protetizados. Por isso, é fundamental uma agenda flexível. Nesse contexto, cumprir as datas e horários é um desafio associado a situações de urgência, imprevistos na produção de encaixes, demanda de produção e comunicação entre a equipe.

Além das questões citadas acima, que envolvem principalmente o plano de gerenciamento de uma boa venda para o cliente/paciente, a protetização é atravessada pela necessidade de orientações de elementos do processo de preparação corporal do paciente/cliente ao chegar na clínica. Poucas são as pessoas amputadas que sabem as particularidades do processo de protetização antes de vivenciá-las. Muitos acabam apropriando-se das orientações desse processo durante a avaliação, quando realizam seus primeiros enfaixamentos para modelar o coto. Um coto relativamente modelado poderá seguir diretamente para a fabricação do encaixe provisório, se as condições financeiras do cliente permitirem. Se isso não ocorrer,

a equipe de vendas encaminha o cliente/paciente a um advogado para tratar dos trâmites judiciais.

A entrega da primeira prótese ocorre em um atendimento conduzido pelo técnico e pela fisioterapeuta, em que a pessoa amputada aprende a manipular a prótese. Em alguns casos, esse primeiro encontro resulta em algumas dificuldades e decepções que podem evoluir para a troca de componentes já adquiridos, aquisição de novos e, em poucos casos, a devolução da prótese. Durante os treinos de marcha, o desenvolvimento de habilidades de ativar e travar o joelho, sentar e levantar, desviar de obstáculos, andar em rampas, escadas e superfícies irregulares em diferentes situações, se depara-se com as condições de saúde do paciente. Dessa forma, hipertensão, diabetes e cânceres podem conduzir o fazer andar por diferentes caminhos. O desafio, conforme já anunciava Donna Haraway em seu Manifesto Ciborgue, é "[...] abraçar a habilidosa tarefa de reconstruir as fronteiras da vida cotidiana, em conexão com os outros, em comunicação com todas as nossas partes" (Haraway, 2009, p. 99).

Assim como os elementos, seguir alguns casos ajuda-nos a compreender como o processo de venda é acompanhado por ações que vão se performando em tonalidades e gradientes de escolha e cuidado no processo de fazer andar na clínica. Em um dia movimentado, em que conciliava atendimentos com um treinamento para encaixes, conhecemos a história da Maria. Acompanhada de seu marido e filho, a paciente aguardava a entrega de sua segunda tentativa de obtenção do encaixe definitivo. A amputação acima do joelho era resultado de uma recidiva de osteossarcoma. O câncer ósseo reapareceu, após duas décadas, de forma mais agressiva, com diversas metástases pulmonares. Após cada remoção cirúrgica, Maria encontrava dois desafios: a necessidade de deambular para a recuperação pulmonar e o impacto da desordem respiratória na protetização. Com a interferência de sua doença de base, a paciente, de quase 40 anos, ainda utilizava encaixes provisórios e apresentava limitações em sua marcha.

O acesso à informação apresenta um papel fundamental no processo de fazer andar na clínica, uma vez que é por meio dele que muitos pacientes chegam à clínica em busca de novas perspectivas de protetização. Ao questionar Maria sobre as orientações que recebeu entre a amputação e a clínica, ela afirmou não ter sido orientada pelo seu médico. Rapidamente, seu esposo rebateu, listando os encaminhamentos para uma clínica privada e uma associação que oferta serviços fisioterapêuticos e psicológicos. Durante a conversa do casal, o marido disse "Ele é um ortopedista, ele tira, ele não sabe o que vem depois".

A finalização dessa etapa hospitalar dá início ao processo de tomada de decisão sobre o fazer andar após a amputação, presente na discussão do casal. Esse processo envolve mais elementos guiados pela lógica da escolha do que pela lógica do cuidado. Mol (2008) afirma que determinados produtos vendem melhor se acompanhados de serviços relacionados à saúde. Esse pode ser um dos motivos para a clínica incluir uma fisioterapeuta em sua equipe e capacitá-la para fortalecer os serviços dos quais seus produtos dependem. Porém, a participação dessa profissional da saúde, mesmo que impulsionada pela possibilidade de escolha, complementa o processo de cuidado, que depende da ação da pessoa amputada, dos técnicos, dos familiares e do especialista em produtos. Assim, apesar da transação comercial – lógica da escolha –, há um processo contínuo de idas e vindas à clínica que acompanhará o fazer andar do indivíduo ao longo da vida – lógica do cuidado (Mol, 2008).

A afirmação do marido de Maria também nos provoca a pensar sobre como ela conseguiu acessar essas informações referentes ao que "vem depois". Nesse caso, as fontes estavam estampadas nas paredes da sala de fisioterapia. Foram os *influencers* protetizados que apresentaram este universo para a paciente/cliente, por meio de suas publicações nas redes sociais, com atividades sem limitações associadas à prótese. Isso a fazia criar determinadas expectativas em relação à amputação e conhecer formas de encaminhar suas demandas.

Durante esta etnografia, tivemos a oportunidade de conversar com alguns dos profissionais que atuam nas mídias sociais, divulgando as possibilidades de vida pós-amputação, as empresas e a própria clínica. Um deles, José, manifestou uma divergência na forma de abordar este assunto dentro do ramo. Para ele, alguns colegas divulgam as alternativas que utilizaram e esquecem de que grande parte da população não tem a oportunidade de fazer as mesmas escolhas. Assim, o *influencer* busca produzir conteúdo sobre seus joelhos, mecânico e hidráulico, que "geram mais comentários por ser a realidade das pessoas". A partir dessas interações, esclarece dúvidas e informa sobre a importância de cuidar da saúde do coto e de preservar seus componentes. Contudo, é importante lembrar que estas figuras públicas também vivenciam seus próprios processos e enfrentam desafios ao publicar sobre sua história de vida, de modo geral. É o caso da Joana, que se tornou uma figura midiática após sua amputação e, desde então, segue engajada na conscientização sobre o episódio que resultou em sua amputação. Durante cerca de sete anos, a influenciadora digital mostrou sua prótese em eventos e programas, porém ocultando sua nova configuração corporal com roupas longas em seu dia a dia.

Com base na experiência de Maria, percebe-se que o corpo amputado é múltiplo. Pode ser que um membro amputado em função de um osteosarcoma signifique coisas diferentes para o ortopedista, o oncologista, o fisioterapeuta, o enfermeiro, o *influencer*, os familiares e até para o próprio paciente. O fato é que, na prática, todas estas realidades e tensões, que podem ser divergentes entre si, precisam ser, conforme propõe Mol (2002), coordenadas em um único processo de fazer andar.

2.2 As Mulheres no Protagonismo do Cuidado

Nesta participação de diferentes atores, performando tonalidades e gradientes de escolha e cuidado no fazer andar dentro da clínica, identificamos performances generificadas. Neste tópico analisaremos relações durante o processo de protetização nas perspectivas de gênero, escolha e cuidado. No início do processo de protetização, muitas vezes, tem-se um período de cicatrização da amputação e modelagem do coto para um formato cônico. Durante esta etapa, o paciente inicia cuidados com o coto por meio da realização de curativos, enfaixamentos, alongamentos e exercícios de força. De acordo com o nível de amputação e biotipo de cada paciente, este processo pode exigir maior ou menor atuação de sua rede de apoio. Assim, as pessoas amputadas passam por um momento em que necessitam do apoio para tarefas fundamentais como locomover-se, banhar-se, entre outras atividades da vida diária.

Nas observações de campo, constatamos que as demandas do fazer andar geralmente são compartilhadas com mães, tias, irmãs, companheiras, filhas, cunhadas e noras. Pode-se perceber esse fenômeno nos primeiros atendimentos de Enzo, que apresentava dificuldade

ao acoplar seu coto ao encaixe com sistema a vácuo. Dessa forma, Enzo era assessorado pela esposa e pela filha nas etapas de borrifar o álcool, colocar o liner[3], apertar a válvula e movimentar a prótese em direção ao membro. Apesar de as dimensões da amputação indicarem o uso desse sistema de encaixe, na prática, as fixações eram malsucedidas. Consequentemente, o paciente ainda não havia conseguido realizar atividades em escadas e rampas. Em uma reunião com o gerente, Enzo e sua filha decidiram pela troca do sistema de encaixe a vácuo pelo de pino e por um novo manejo dos agendamentos do paciente/cliente. Tal conversa repercutiu entre os demais membros da equipe, uma vez que as críticas aos produtos se estenderam aos serviços. Por fim, o paciente recebeu seus novos componentes e, sem precisar pressionar a válvula, poderia acoplar sozinho a prótese ao coto. Entretanto, durante o treinamento para aprender esse manuseio, o que poderia lhe dar autonomia, ele continuou entregando a prótese à filha e à esposa, mantendo a dependência dos cuidados das mulheres para o uso da prótese.

Nesse contexto, identificamos que o ato de retirar a prótese é um processo atravessado pela conexão que o paciente estabelece com a prótese e com sua família. As intervenções da fisioterapeuta eram valiosas para a autonomia, mas, na perspectiva de Enzo, não se encaixavam nos vínculos de cuidado estabelecidos com a esposa e a filha após a amputação. Dessa forma, o paciente transita entre gradientes e tonalidades do cuidado exercido pelas figuras femininas, vinculados à sua dependência e independência no processo de reabilitação (Gibson; Carnevale; King, 2012).

Percebemos, também, a repercussão do processo de fazer andar nas relações familiares, afetivas e corporais de pessoas amputadas, ao seguir a história da Joana que, durante a sua graduação, perdeu junto com sua perna os dois "ficantes" que tinha na época. Com outras cicatrizes decorrentes do acidente, a paciente precisou reorganizar sua imagem corporal e recriar a forma de se relacionar afetivamente. Atualmente, a paciente relata a importância de introduzir a deficiência em um dos primeiros tópicos das interações. De acordo com ela, essa conversa desafiadora é fundamental para evitar situações desagradáveis no futuro. Contudo, mesmo com todas essas variáveis apresentadas, ela já enfrentou situações desagradáveis ao despir-se diante de seus novos parceiros, desafios de uma hibridização que se desfaz na intimidade e pode gerar sentimentos de constrangimento (Murray, 2009).

Outra questão presente no trabalho de campo em relação às vivências das mulheres no processo de protetização é a divisão assimétrica do cuidado no ambiente doméstico. Tal processo foi identificado nas dinâmicas de mulheres amputadas, as quais precisam cuidar de si e de seus familiares, mesmo enquanto reaprendem a caminhar. Como Enzo, Valentina também apresentou dificuldade com o encaixe. Contudo, a amputação traumática resultou no término tanto do casamento quanto do contrato de trabalho. Assim, a solução foi o auxílio daquelas que têm se vinculado ao cuidado como elemento identitário ou obrigação (Renk; Buziquia; Bordini, 2022), outras mulheres. A mãe e a tia de Valentina constituíram a rede de apoio na etapa inicial de protetização.

Nos primeiros dias após iniciar o uso da prótese, Valentina apresentava desconfortos ao colocá-la, permanecer com ela e retirá-la. Tais queixas são comuns enquanto o corpo se familiariza com o novo acessório. Porém, em um desses momentos, a paciente/cliente

[3] O liner é uma meia de silicone responsável pelo conforto, proteção da pele e suspensão da prótese.

passou a sentir um formigamento muito intenso e, por estar sozinha, não conseguiu retirar o encaixe até a chegada da mãe. A paciente/cliente chegou ao atendimento fisioterapêutico na clínica relatando o episódio e descrevendo as diversas posições e técnicas utilizadas nas tentativas de retirar a prótese. Afirmou também que, desde que precisou da mãe para retirar o encaixe, nunca mais havia realizado tentativas forçadas para colocá-lo. Após conversar com o técnico responsável, que considerava a paciente "manhosa", a fisioterapeuta orientou o início do uso do encaixe por períodos mais curtos. Dessa forma, a paciente anunciou que não levaria a prótese para casa nessas condições, pois não a utilizaria. Nesse momento, a fisioterapeuta questionou a paciente sobre possíveis alterações na massa corporal desde o último atendimento; ela relatou ter engordado após a amputação por "descontar as emoções na comida". Assim, a fisioterapeuta realizou nova aferição de medidas antropométricas e de peso e atestou, junto à equipe técnica, a necessidade de ajustes no encaixe provisório. Os técnicos realizaram as alterações no encaixe, e a paciente seguiu para casa, protetizada, com a determinação de retornar ao seu peso "normal" pré-amputação.

Desconfiar dos sintomas relatados pelas mulheres é mais um elemento do trabalho de campo que aponta para uma generificação do cuidado. Na situação de Valentina, suas queixas foram atribuídas à sua reação a questões psicossomáticas associadas às diversas mudanças ocorridas em sua vida após a amputação. Essa conclusão foi adotada e fez com que os profissionais não se dedicassem a investigar o caso do ponto de vista técnico (Dusenbery, 2018). Esse entendimento foi questionado pela fisioterapeuta depois que a cliente/paciente afirmou não conseguir utilizar o produto adquirido. Assim, a escuta mais cuidadosa de outra mulher validou os sintomas da paciente/cliente e sinalizou a necessidade de reavaliação pela equipe técnica, rompendo com a premissa da mulher hipocondríaca (Dusenbery, 2018). O aumento de peso gerou uma mudança que também se faz presente na narrativa de Valentina e pode resultar em uma sensação de peso psicológico associada ao ato de comer e de ter a prótese mal ajustada (Khan et al., 2019).

Outra abordagem para conciliar as mudanças corporais com o processo de protetização foi observada na narrativa de outra paciente. A gravidez trouxe à Clarice o desafio de conciliar a variação de volume do coto com a produção de encaixes. A paciente relata que, para não realizar diversos encaixes, optou por guardar todos os que fez. Assim, em situações de alterações abruptas de volume, recorre a um encaixe compatível na coleção que construiu ao longo de 20 anos de protetização. Conforme as duas filhas crescem, a mãe apresenta novas demandas para seus componentes. De acordo com Clarice, a praticidade é fundamental para suas tarefas familiares e, assim, segue com suas manutenções periódicas do atual joelho, o qual completa quase 10 anos de uso.

Além disso, a autonomia, as escolhas estéticas e o cuidado com a prótese relacionam-se com conhecimentos técnicos. Tal questão pode ser apresentada a partir da história de Helena, a qual optou por adquirir um pé protético que permite o uso de sapatos de salto e outro mais confortável sem essa opção. Para isso, a antiga clínica que frequentava precisou criar uma adaptação para permitir o ajuste da altura da prótese para cada pé. Entretanto, desde o divórcio, não há quem troque seus pés no dia a dia. Por não se sentir segura para deambular com a força que ela própria dispõe para apertar os parafusos, recorria à clínica para realizar a troca do pé protético. Durante uma crise climática, a paciente não conseguiu ser atendida na clínica e resolveu realizar em casa a troca dos encaixes seguindo as orientações

que recebeu de um dos técnicos no último atendimento. Tal tentativa resultou em uma rotação interna do pé e a paciente passou semanas deambulando com o desalinhamento. Durante o atendimento, o técnico realizou, com o kit de ferramentas dela, todas as etapas para alinhamento e troca de elementos, para que ela pudesse compreender esse processo. Quando questionado pela paciente, o técnico justificou a orientação: "*prefiro te explicar do que você chegue assim [com o pé em rotação interna]*".

Outra forma de relacionar-se com este saber fazer é postergar os atendimentos técnicos e protagonizar um cuidado insuficiente para garantir o funcionamento da prótese. O paciente Gabriel estava na clínica para ajustar sua prótese de reserva, após ter perdido a principal no mar. Morador do litoral, afirmava que desmontava e limpava sua prótese sozinho sem precisar vir à clínica para essa manutenção. Na oficina, o técnico apresentava dificuldade para realizar os ajustes necessários, em função dos parafusos oxidados pela maresia, e afirmava que a manutenção especializada dos componentes deveria ser realizada com mais frequência. Quando questionado sobre quantas vezes o paciente é orientado a levar sua prótese para limpeza na clínica, o técnico respondeu "*se ele for para a praia todos os dias, terá que trazer o encaixe aqui todos os dias*".

Helena e Gabriel nos fazem considerar que, para além do viés de gênero, há um cuidado com fatores técnicos importantes a serem cumpridos. Em um caso, há o problema da não apropriação de conhecimentos sobre o manuseio de ferramentas, necessários para a manutenção da prótese, delegados a uma terceira pessoa e, em outro, a falta de eficiência na limpeza de elementos da prótese que entram em contato com o mar. Em ambos os casos, para uma maior autonomia do fazer andar, é necessário que Helena e Gabriel criem vínculos com os conhecimentos técnicos específicos de suas realidades e desejos. Se, em seus cotidianos, ela opta por usar uma prótese que permita o uso de sapato de salto, e ele opta por "ir à praia", os cuidados empregados demandam ações específicas. Dessa forma, a independência em relação à rede de apoio e a autonomia para o bom funcionamento da prótese em relação ao corpo técnico acontecem nas particularidades do cotidiano que cada pessoa performa na prática do fazer andar.

No contexto de acesso aos serviços de saúde, Barata (2009) trabalha as questões de gênero permeadas por aspectos de idade, etnia e condição socioeconômica. Além disso, afirma que a procura por esse tipo de serviço ocorre a partir da identificação de uma necessidade. Tal processo exige a autopercepção dos usuários, com maior demanda preventiva atribuída às mulheres. Esse comportamento foi observado em Helena, que havia frequentado a clínica anteriormente e estava com parafusos em condições de fácil ajuste de alinhamento. Contudo, em casos de problemas de saúde já instalados, há uma redução na diferença entre as taxas de acesso de homens e mulheres aos serviços de saúde. Dessa forma, o insucesso nos ajustes caseiros que viabilizam o fazer andar resulta em uma demanda de conhecimentos técnicos para Gabriel e Helena. Cabe destacar que a dificuldade de acesso à mão de obra qualificada para a manutenção das próteses também foi reportada em estudo de revisão sobre experiências de clínicos e usuários em países de baixa e média renda (Kombe *et al.*, 2026).

Assim, identificamos que a forma de afetar e ser afetado pelo cuidado na amputação pode variar de acordo com o gênero dos indivíduos envolvidos. Os casos de Helena e Gabriel nos fazem refletir sobre como diversos marcadores sociais, para além do gênero, constituem o cuidado. Essa constatação aponta para a necessidade de avançar futuramente em uma

discussão mais ampla sobre a interseccionalidade presente nas *performances* de cuidado. Em relação à generificação, um dos elementos centrais do cuidado em saúde, refletimos sobre como uma mulher fisioterapeuta atua em uma clínica que comercializa próteses. No próximo tópico, discutiremos como ocorre a interação da fisioterapeuta com os demais elementos do processo de protetização.

2.3 A Centralidade da Fisioterapeuta no Cuidado nas Ações da Clínica

O papel da fisioterapeuta para viabilizar o fazer andar dentro da clínica é performado tanto na lógica do cuidado, quanto na lógica da escolha (Mol, 2002). Essa profissional desenvolve suas atividades transitando nos diferentes espaços: a recepção, os dois escritórios, as duas salas de molde, a sala de fisioterapia e a oficina. Dessa forma, transita por diversos elementos do processo de protetização. Para compreender sua contribuição na formação dos diferentes vínculos, optamos por seguir esta *atora*[4] em sua performance pela clínica. Atualmente, são atribuições da Gabriela, para além do trabalho específico de atendimento fisioterapêutico, realizar atendimentos de vendas de produtos ortopédicos para clientes/pacientes, coletar plantigramas[5], entregar palmilhas e elaborar documentos, como laudos e atestados. Em dias com pouco movimento na clínica, a fisioterapeuta também auxilia na produção de palmilhas e acompanha coletas de moldes.

Dessa forma, Gabriela transita nos diferentes ambientes da clínica. Divide com o especialista em vendas o escritório, frequentado pelo gerente. Nessa sala, participa e acompanha a organização de vendas, a aquisição de produtos e as questões administrativas. Durante suas atividades fisioterapêuticas, conta com a colaboração dos profissionais da oficina para ajustes e retirada de produtos. Ela também interage com a secretária ao receber seus pacientes e realizar novos agendamentos. Nos locais da clínica frequentados pelos pacientes, reproduz-se a estratégia de aproximação com a medicina, utilizada na origem da fisioterapia para se legitimar como profissão (Nicholls; Holmes, 2012). Nessa proposta, destacam-se os títulos profissionais emoldurados na recepção, o uso da expressão "doutora" pelos demais colegas ao se dirigirem a Gabriela, as salas de atendimento com aparência estéril e o uso do jaleco branco. Nessa clínica, o jaleco, símbolo dos profissionais da saúde, não é exclusividade da fisioterapeuta, uma vez que os técnicos ortopédicos também podem utilizá-lo. Entretanto, a interação com esse elemento é distinta entre os profissionais. As atividades dos técnicos alternam o trabalho na oficina com o atendimento aos clientes/pacientes e, nessas trocas de ambiente, apesar da cobrança do gerente, o uniforme é esquecido, utilizado aberto ou avariado. Diferentemente da relação que a fisioterapeuta Gabriela tem com esse elemento. Sempre que Gabriela é requisitada para serviços direcionados ao público externo, dirige-se até sua mesa, retira o jaleco esticado e limpo da cadeira, veste-o, abotoa-o e segue para os atendimentos fisioterapêuticos. O elemento, que possui o logotipo da clínica, desloca a relação

[4] Optou-se pelo uso deste neologismo *atora* por considerar que a fisioterapeuta tem um protagonismo que não deriva de um ator, como na etimologia da palavra atriz. Contudo, os atravessamentos do gênero na performance da fisioterapeuta, não são representados pela palavra "ator". Desta forma a fisioterapeuta é uma *atora*, que deriva de sua atuação, que é generificada.

[5] O plantigrama consiste em uma avaliação indireta em que, após carimbar a planta do pé em uma folha e realizar a marcação de pontos anatômicos específicos, pode-se observar a distribuição da pressão em pé. Tal método é utilizado na produção de palmilhas ortopédicas.

comercial do atendimento para interações e ações que estabelecem relações de cuidado a partir de gradientes fisioterapeuta-paciente (Fontanella; Silva; Gomes, 2012).

Quando ela está atuando nas vendas, com um aspecto mercadológico, busca comercializar o maior número de componentes possível, com entrega e assistência especializada, rápida e eficiente. Contudo, a rapidez depende da disponibilidade de tempo da equipe técnica, considerando a quantidade de trabalho pendente em relação aos produtos comercializados. Consequentemente, há momentos de sobreposição de demandas que criam tensões entre estes ambientes e atores. Nessas ocasiões, o vendedor frequentemente encerrava a interlocução afirmando: *"isso é com a técnica"*, redirecionando a demanda. Por sua vez, a fisioterapeuta performava na lógica do cuidado, buscando fazer o possível para conciliar a entrega e a produção de produtos. Para isso, ela entende a busca por mitigar o impacto de atrasos nos atendimentos e otimizar a produtividade como ações coletivas.

Um exemplo pode ser observado em períodos de grande demanda da oficina. Frequentemente, a profissional busca lembrar os colegas de entregas e atendimentos quando percebe que foram esquecidos. Porém, em uma tarde, um dos técnicos se atrapalhou e um produto não ficaria pronto para o horário combinado. A fisioterapeuta disponibilizou-se para auxiliar na produção de palmilhas e liberar um técnico para outras atividades. Contudo, após finalizar parte das palmilhas, os técnicos seguiam atarefados com as demandas atrasadas e o cliente/paciente seguia impaciente na recepção. Assim, após uma conversa com a recepcionista e a equipe de vendas, que estavam incomodadas com a situação, a fisioterapeuta sugeriu acomodar o paciente na sala de fisioterapia, buscando tornar a espera menos danosa ao paciente e sua família. Em outras situações, a profissional responsabiliza-se por chamar e acompanhar alguns clientes/pacientes até a sala de atendimento para que os colegas aproveitem o tempo desses processos.

Outra colaboração está associada à otimização dos processos na clínica, alinhando as expectativas dos clientes/pacientes, vendedores e técnicos ortopédicos às possibilidades anatômicas e fisiológicas do corpo. Tal colaboração pode ser observada durante o processo de avaliação. Enquanto o especialista em produtos busca alinhar a verba disponível às demandas e expectativas do paciente, Gabriela utiliza seus conhecimentos fisioterapêuticos para evitar o retrabalho dos técnicos ortopédicos. Foi o que ocorreu em uma avaliação na qual o paciente chegou à clínica com poucos dias de enfaixamento e, de acordo com a fisioterapeuta, um prognóstico de grande redução do volume do coto. Assim, a orientação de aguardar para a produção do encaixe provisório partiu de uma profissional de saúde, sem comprometer a relação do vendedor com o cliente e sem onerar a equipe técnica com a produção de diversos encaixes.

Contudo, nem sempre o cuidado resulta no conforto de ações coletivas. Há momentos de divergência entre a equipe técnica e a fisioterapeuta. Um exemplo é o alinhamento da prótese[6] realizado pela equipe técnica, que, em alguns casos, recebe retificações da fisioterapeuta durante o treino de marcha. Em um desses episódios, o auxílio da fisioterapeuta gerou

[6] A organização da disposição dos componentes entre si é chamada de alinhamento, este procedimento é realizado pela equipe técnica utilizando ferramentas desde a disposição das peças na montagem do encaixe até o ajuste dos pés nos eixos latero-lateral, ântero posterior e superior inferior. Tal processo é realizado na primeira prova da prótese, após a troca de algum componente ou quando ocorre alguma alteração na organização das peças entre si.

desconforto nos técnicos, que questionaram a necessidade da participação da profissional nesse processo.

Essa atora representa uma autoridade em saúde nesse ambiente. Cabe a Gabriela conduzir, nos processos da clínica, as complicações de saúde reportadas pelos demais profissionais. Por consequência, a presença de uma fisioterapeuta traz mais segurança à atuação dos colegas, que podem acioná-la diante da necessidade de uma abordagem em saúde, como gerir crises hipertensivas, realizar atividades preventivas e conduzir o processo de protetização. Além disso, a confiança na fisioterapeuta faz com que os demais funcionários recorram a ela para demandas pessoais, como no dia em que o especialista em produtos solicitou auxílio no manejo de uma lombalgia[7], desencadeada pela reorganização de móveis da oficina, ou em que um técnico discutiu orientações para administrar uma possível epicondilite[8].

A presença de uma fisioterapeuta na equipe representa um elemento potencializador no processo de vendas (Mol, 2008). Sentir-se orientado representa, segundo os clientes/pacientes, um diferencial no atendimento. Esse tópico se faz presente em conversas sobre a decisão de manter-se na clínica, mesmo que isso demande grandes deslocamentos. Como discutimos anteriormente, o encaminhamento somente para o processo de protetização, sem contemplar orientações mínimas sobre a constituição desse corpo híbrido, resulta no desenvolvimento de um suporte ao paciente/cliente atrelado ao processo de vendas de um material protético. Dessa forma, as interações entre os diferentes elementos humanos e não humanos desse processo resultam em uma atuação protagonizada pelo cuidado presente nas relações de comércio em saúde.

Com base no exposto, inferimos que a fisioterapeuta busca em suas atividades garantir que as demandas de cuidado, de produção e de mercado sejam atendidas de forma harmônica. Para isso, faz uso dos conhecimentos de sua profissão para orientar e otimizar o processo de protetização, na clínica e fora dela. Além disso, sua interação pode ser fundamental para trazer segurança para os pacientes/clientes e para a equipe nesse processo de fazer andar.

3 Conclusão

Conforme pudemos acompanhar em uma clínica privada de protetização, os vínculos criados, mesmo que atrelados às vendas, apresentaram tonalidades e gradientes de cuidado. Componentes da prótese, pessoas amputadas, técnicos, fisioterapeuta, familiares e especialista em produtos agem para um fim comum, manter o corpo integrado e viabilizar o fazer andar. Assim, a qualidade desses vínculos é determinante no sucesso dos processos de venda de produtos e de reconfiguração corporal, uma vez que os elementos são indissociáveis na prática.

Outro elemento que parece ter agência no processo de cuidado observado durante a protetização foi o gênero. Por protagonizarem os processos de cuidado, as mulheres parecem ser mais acionadas tanto para gerenciar a própria amputação quanto a de outra pessoa. Assim, o amparo dado pelas redes de apoio mostrou-se diferente, deixando os homens mais bem amparados durante a retomada do caminhar. Além disso, aprender e manter os cuidados

[7] Lombalgia pode ser definida como dor na região da coluna lombar.

[8] A epicondilite é um processo inflamatório nos tendões do cotovelo.

com as questões técnicas da prótese, considerando as especificidades do cotidiano de cada pessoa, é importante para a manutenção do caminhar.

A fisioterapeuta, na clínica privada que acompanhamos, parece performar entre diferentes gradientes e tonalidades de cuidado. Na performance dessa *atora*, os conhecimentos técnicos sobre movimento e saúde apresentam um papel importante na orientação dos pacientes, acompanhantes e da própria equipe. A lógica do cuidado performado por ela inclui a sua eficiência no trabalho. A busca por um fazer andar oriundo de decisões compartilhadas é atravessada por cuidados, questões comerciais e processos de fabricação. Dessa forma, a participação dessa profissional parece contribuir para que a venda de componentes protéticos e o cuidado associado a essa comercialização tenham resultados melhores.

Nesta etnografia, pudemos compreender que manter um corpo unido após uma amputação para viabilizar o fazer andar é um processo complexo. A protetização envolve a formação de um corpo híbrido, associado às novas tecnologias e a outros elementos que garantam a sua eficiência. Na tentativa de manter esse corpo unido, são necessárias intervenções cotidianas, conforme descrevemos ao longo deste artigo, que permeiam a performance do cuidado.

Referências

BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? *In*: BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 73-94. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf. Acesso em: 12 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS oferece gratuitamente órteses e próteses sob medida**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/sus-oferece-gratuitamente-orteses-e-proteses-sob-medida. Acesso em: 23 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional da Previdência Social. **Reabilitação Profissional entrega mais próteses para segurados do INSS em Minas.** Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/inss/pt-br/assuntos/reabilitacao-profissional-entrega-mais-proteses-para-segurados-do-inss-em-minas. Acesso em: 23 mar. 2025.

DUSENBERY, Maya. **Doing Harm**: The Truth About How Bad Medicine and Lazy Science Leave Women Dismissed, Misdiagnosed, and Sick. 1. ed. New York: HarperOne, 2018.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; SILVA, Fernanda Rodrigues da; GOMES, Romeu. Rituais e símbolos na atenção formal à saúde: o caso do vestuário profissional, na ótica de pacientes da Atenção Básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 507-525, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2012.v22n2/507-525/pt. Acesso em: 25 maio 2025.

GIBSON, Barbara E.; CARNEVALE, Franco A.; KING, Gillian. "This is my way": reimagining disability, in/dependence and interconnectedness of persons and assistive technologies. **Disability & Rehabilitation**, United Kingdom, v. 34, n. 22 p. 1894-1899, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.3109/09638288.2012.670040. Acesso em: 25 maio 2025.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, 2010**.** Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1497-1508/pt. Acesso em: 26 maio 2025.

HARAWAY, Donna J. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. *In*: TADEU, Tomaz. **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. 2ª ed., Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2009. p. 33-118.

HAYASHI, Maria Cristina Piumbato Innocentini *et al*. Sociologia da ciência: primeiras aproximações ao campo. **Tecnologia e Sociedade,** Curitiba, v. 6, n. 11, p. 72-85, 2010. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/4966/496650332007.pdf. Acesso em: 27 ago. 2026.

KHAN, Yasmin Ward *et al*. "Not a whole woman": an interpretative phenomenological analysis of the lived experience of women's body image and sexuality following amputation. **Disability and Rehabilitation**, v. 43, n. 2, p. 251-261, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1622797. Acesso em: 28 maio 2025.

KOMBE, Eunice *et al*. A qualitative synthesis to explore clinician and user experiences of accessing prosthetic and orthotic services in low-and middle-income countries using the three-delays model as a framework. **Disability and Rehabilitation**, v. 48, n. 3, p. 598-612, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2516170. Acesso em: 26 ago. 2026.

LATOUR, Bruno. Um coletivo de humanos e não-humanos: no labirinto de Dédalo. *In*: LATOUR, Bruno. **A Esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. São Paulo: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2001. p. 201-246.

LATOUR, Bruno *et al*. Faturas/Fraturas: da noção de rede à noção de vínculo. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 123-146, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.5007/2175-8034.2015v17n2p123. Acesso em: 30 jun. 2025.

MOL, Annemarie. **The body multiple: Ontology in medical practice**. Durham: Duke University Press, 2002.

MOL, Annemarie. **The logic of care**: health and the problem of patient choice. London: Routledge, 2008.

MOL, Annemarie; LAW, John. Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia. **Body & Society**, London, v. 10, n. 2-3, p. 43-62, 2004. Disponível em: https://doi.org/10.1177/1357034X04042932. Acesso em: 25 fev. 2025.

MURRAY, Craig D. Being like everybody else: the personal meanings of being a prosthesis user. **Disability & Rehabilitation**, v. 31, n. 7, p. 573-581, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1080/09638280802240290. Acesso em: 15 maio 2025.

NICHOLLS, David A. Foucault and physiotherapy. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 28, n. 6, p. 447-453, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.3109/09593985.2012.676937. Acesso em: 30 ago. 2025.

NICHOLLS, David A.; HOLMES, Dave. Discipline, desire, and transgression in physiotherapy practice. **Physiotherapy Theory and Practice**, v. 28, n. 6, p. 454-465, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.3109/09593985.2012.676940. Acesso em: 14 jul. 2025.

NORTON, Kim. Un breve recorrido por la historia de la protésica. **inMotion**, v. 17, n. 7, p. 1-5, 2007. Disponível em: https://www.academia.edu/31668206/Un_breve_recorrido_por_la_historia_de_la_prot%C3%A9sica. Acesso em: 26 ago. 2026.

PACHECO, Ariane Corrêa; SILVEIRA, Raquel da; STIGGER, Marco Paulo. Etnografias: notas sobre percursos teóricos-metodológicos de produção de conhecimento na Educação Física**. Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, n. 61, p. 1-15, 2020. Disponível em: https://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-80422020000100207. Acesso em: 10 fev. 2026.

RANGEL, Vanessa Maia. Como se constrói um corpo múltiplo: a praxiografia de um cenário médico contemporâneo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 325-328, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/vGcnXYsqf5TmVCsXK6qBfhL/?lang=pt. Acesso em: 23 jul. 2024.

RENK, Valquiria Elita; BUZIQUIA, Sabrina Pontes; BORDINI, Ana Silvia Juliatto. Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 416-423, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Rj7CcQFNbJHCTFpwWGrnppp/?format=html&lang=pt. Acesso em: 15 jan. 2025.

SARETTA, Mário Eugênio. Reagregando o biopsicossocial: a clínica da dor sob análise etnográfica. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 95-114, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/72223. Acesso em: 17 fev. 2026.

Marcela Muner de Freitas
Pós-graduanda em nível de MBA em Gestão e Inovação nos Serviços de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Endereço profissional: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID/UFRGS). Rua Felizardo, n. 750, Jardim Botânico, Porto Alegre, RS. CEP: 90690-200.
E-mail:marcelamffisio@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-0928-9770

Adriane Vieira
Professora Titular do Departamento de Educação Física, Fisioterapia e Dança da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Ciências do Movimento Humano pela UFRGS. Pom pós-doutorado pela Université du Québec à Montréal e pela Auckland University of Technology. Coordenadora do grupo de pesquisa POLIFES.
Endereço profissional: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola Superior de Educação Física, Departamento de Educação Física, Fisioterapia e Dança. Rua Felizardo, n. 750, Jardim Botânico, Porto Alegre, RS. CEP: 90690-200.
E-mail: adriane.vieira@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3846-0873

Raquel da Silveira
Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora e Mestre em Ciências do Movimento Humano pela UFRGS, instituição pela qual também se graduou em Educação Física. Pós-doutorado pela Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora do Grupo de Estudos Socioculturais em Educação Física (GESEF).
Endereço profissional: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola Superior de Educação Física, Departamento de Educação Física, Fisioterapia e Dança. Rua Felizardo, n. 750, Jardim Botânico, Porto Alegre, RS. CEP: 90690-200.
E-mail: raqufrgs@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8632-0731

Como referenciar este artigo:

FREITAS, Marcela Muner de; VIEIRA, Adriane; SILVEIRA, Raquel da. Tonalidades e Gradientes do Cuidado no Processo de Protetização: um estudo etnográfico no Sul do Brasil. **Ilha – Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 28, e108641, p. 1-17, 2026.