

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA LEGAL

DM
SILV/AP.L

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Amputação e Reabilitação
Estudo dos Aspectos Psico-Legais do Sujeito com Amputação

Ana Patrícia Matos da Costa Silva
N.º 1894

Orientador: Professor Doutor Rui Aragão Oliveira
Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)

2006



Stamp from Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) containing the following information:

- Handwritten number: 17796
- Handwritten date: 31-10-08
- Handwritten initials: C.
- Text: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Text: Tel: 21 321 17 59 • info@ispa.pt

CARTA A UN AMPUTADO DESCONOCIDO

Amigo amputado:

A ti, como a mi, nos han arrebatado una parte de nuestro cuerpo. Pensamos que es injusto. Que eso solo les ocurre a los demás, pêro, «por que a mí?» Qué he hecho yo para merecer esto?

Estas y muchas más preguntas se nos vienen, o se nos han vwnido a la mente.

Com la mejor intención, algunos seres cercanos procuran aliviar nuestra pena diciendo «Hombre, podría haber sido peor!»

«Pêro quién dice lo que es peor para uno o para outro?»

Para mí, - para nosotros-, lo peor es que me hayan quitado una parte de mi cuerpo. Los médicos («Qué sabrán los médicos!», me han dicho que es lo mejor que pueden hacer por mi salud ... Un poco de fisioterapia, una prótesis, y a caminar que son dos días!

«Qué fácil es decirlo!» (...)

Me paso un corto y largo periodo de prostetización. Yo no sé si soy yo quien se há de adaptar a la prótesis, o es la prótesis que se há de adaptar a mi. (Me temo, que para desventura de los ortopedas, lo segundo es lo correcto).

Uma vez que ya camino, más ou menos bien, uma vez que he dejado los bastones o muletas, uma vez que me he dicho «adelante!», ahora viene, tal vez, lo peor. Sí, lo peor.

Pêro «Lo peor no era la amputación?» No, Lo peor son los fantasmas que a uno le asaltan acerca de como se expone uno a los demás. (...)

No. No pude ser. «Me habré metido en un laberinto que no hallo salida?Por qué toda esa verborrea me suena terrible? No puede seguir así! Que paren el mundo que me apeo!» (...)

No puedo caer en ese juego absurdo de competencia. Valoro más otros atributos que no son el resto de lo que queda de mi cuerpo. Intuyo que esse es el camino. He de abrirme paso en la vida, no por la fuerza bruta del salvaje, sino por mis tres joyas más apreciadas: mi mente, mi corazón y mi inteligencia.

(autor desconhecido, s/d)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram com o seu saber e/ou apoio para que fosse possível a realização desta dissertação:

- Ao Professor Doutor Rui Aragão Oliveira pela orientação e acompanhamento deste trabalho;
- À Professora Doutora Regina Bispo pelo apoio estatístico;
- À Associação dos Deficientes das Forças Armadas, em particular à Direcção, ao Sr. Arruda, ao Sr. Coronel Lopes Dias, e à Dra. Teresa Infante;
- A todos aqueles que se disponibilizaram a participar no estudo;
- Ao Dr. Andrade pelo apoio e pela amizade;
- Ao Dr. Horta pelo interesse que demonstrou desde o início do trabalho, e pelo encaminhamento do mesmo;
- À Dra. Carla Crawford, pelo apoio no TAPES;
- Aos colegas e amigos pelo incentivo, apoio, trocas de impressões, “dicas” na construção da base de dados e pela compreensão;
- À minha família, em especial aos meus pais que me ensinaram a lutar e nunca desistir dos meus objectivos;
- À minha irmã Filipa, pelo interesse, dedicação e apoio nas traduções;
- Ao Tiago, que esteve presente desde o início nas horas boas e menos boas.

ÍNDICE

RESUMO

INTRODUÇÃO	12
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
A INCAPACIDADE FÍSICA ADQUIRIDA	18
Reacções Psicológicas à Perda de Capacidades	18
Aspectos Históricos de Intervenção Psicológica	20
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A AMPUTAÇÃO	26
Definição e Etiologia da Amputação	26
Perspectiva Histórica e Sócio-Cultural da Amputação	28
A Importância da Guerra na História da Reabilitação	29
Etiologia e Incidência das Amputações: alguns dados sobre amputados dos membros inferiores (M.I.)	30
Níveis de Amputação e tratamento protésico para M.I.	35
VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS RELEVANTES NAS REACÇÕES ÀS AMPUTAÇÕES	38
Reacções Emocionais à Amputação	38
O Valor Traumático da Amputação	41
Problemáticas Gerais no Processo de Adaptação à Perda Traumática de um Membro	43
Mecanismos de Defesa e Amputações	49
Síndrome de Pós-Amputação	53
Dor Residual (Coto)	54
Membro Fantasma	55

O Significado da Dor	57
A Dor Fantasma	60
Imagem Corporal e Amputação	64
Construção e Desenvolvimento da Imagem Corporal	66
A Perda e o Luto	75
A Perda de Capacidades como Situação de Luto	75
A Aceitação da Perda Física com a Elaboração do Luto	79
Implicações Psicossociais da Amputação	81
Suporte Social e Reabilitação	82
A Sexualidade dos Amputados	84
Relacionamento Familiar	85
Relacionamento Social (Interpessoal)	87
Aspectos Laborais	90
Problemáticas Legais do Sinistrado de Trabalho	94
MODELOS DE REABILITAÇÃO	97
O Modelo Médico-Funcional e Psicossocial	97
Generalidades na Reabilitação Global do Paciente Amputado	109
METODOLOGIA	116
Enquadramento da Problemática em Estudo/Questões Orientadoras	118
Desenho e Tipologia do Estudo	119
População Alvo	120
Caracterização da Amostra	121
População Estatística ou Amostral	121
Características Gerais dos Serviços onde decorreu o Estudo.....	122
A Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA)	124
Enquadramento Legal	125
Variáveis em Estudo	131
Descrição dos Instrumentos	132

TAPES: Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales	133
CHART-SF: Craig Handicap assessment and Reporting Technique – Scoring Shot-Form	138
Procedimento	141
Tratamento Estatístico dos Dados	142
RESULTADOS	144
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	144
AMOSTRA	144
TAPES	146
CHART-SF	169
CASE SUMMARIES	177
CORRELAÇÕES DE PEARSON	180
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	185
CONCLUSÕES	208
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	215
ANEXOS	230

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH)	103
Figura 2 – Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH)	104
Figura 3 – Dados estatísticos relativos aos deficientes que durante a Guerra Colonial adquiriram deficiências nos três teatros operacionais: Angola, Moçambique e Guiné	123
Figura 4 - Dados estatísticos relativos aos deficientes que durante a Guerra Colonial adquiriram amputações nos três teatros operacionais: Angola, Moçambique e Guiné	123
Figura 5 – Principais sub-escalas do TAPES	135

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra em estudo: estatística descritiva da idade	144
Tabela 2 – Caracterização dos sujeitos da amostra: frequências e percentagens das variáveis de caracterização (N=20)	145
Tabela 3 – Escala Psicossocial: percentagens dos itens que compõem a sub-escala de Ajustamento Geral	146
Tabela 4 – Escala Psicossocial: percentagens dos itens que compõem a sub-escala de Ajustamento Social	148
Tabela 5 - Escala Psicossocial: percentagens dos itens que compõem a sub-escala de Ajustamento à Limitação	149
Tabela 6 - Estatística descritiva dos itens da Escala de Ajustamento Psicossocial: desvios padrão mais elevados	151
Tabela 7 – Estatística descritiva das sub-escalas de Ajustamento Psicossocial: desvios padrão mais baixos	152

Tabela 8 – Estatística descritiva das sub-escalas de Ajustamento Psicossocial: valores médios mais elevados	152
Tabela 9 – Estatística descritiva das sub-escalas de Ajustamento Psicossocial: valores médios mais baixos	153
Tabela 10 – Estatística Decritiva relativa às sub-escalas de Ajustamento Psicossocial	154
Tabela 11 – Escala de Restrição de Actividades: percentagens dos itens que compõem a sub-escala Restrição de Actividades Atléticas	154
Tabela 12 – Escala de Restrição de Actividades: percentagens dos itens que compõem a sub-escala Restrição de Actividades Funcionais	155
Tabela 13 – Escala de Restrição de Actividades: percentagens dos itens que compõem a sub-escala Restrição de Actividades Sociais	156
Tabela 14 – Estatística Descritiva dos itens da Escala Restrição de Actividades: valores médios mais elevados	157
Tabela 15- Estatística Descritiva dos itens da Escala Restrição de Actividades: valores médios mais baixos	158
Tabela 16- Estatística Descritiva dos itens da Escala Restrição de Actividades: desvios padrão mais elevados	158
Tabela 17- Estatística Descritiva dos itens da Escala Restrição de Actividades: desvios padrão mais baixos	159
Tabela 18- Estatística Descritiva relativa às 3 sub-escalas de Restrição de Actividades	159
Tabela 19- Escala de Satisfação com a Prótese : percentagens dos itens que compõem a sub-escala Satisfação Estética	160
Tabela 20 – Escala de Satisfação com a Prótese : percentagens dos itens que compõem a sub-escala Satisfação com o Peso	161
Tabela 21 - Escala de Satisfação com a Prótese : percentagens dos itens que compõem a sub-escala Satisfação Funcional	161
Tabela 22 – Estatística Descritiva dos itens da Escala Satisfação com a Prótese: valores médios mais significativos	162
Tabela 23- Estatística Descritiva dos itens da Escala Satisfação com a Prótese: desvios padrão mais significativos	163

Tabela 24- Estatística Descritiva relativa às sub-escalas Satisfação com a Prótese	164
Tabela 25- Estatística Descritiva das 3 sub-escalas do TAPES	164
Tabela 26 – Experiência de Dor no Coto/Dor Fantasma: frequências e percentagens .	166
Tabela 27 - Frequência da Experiência de Dor Coto/Dor Fantasma: frequências e percentagens	166
Tabela 28 - Duração de cada episódio de Dor Coto/Dor Fantasma: frequências e percentagens	167
Tabela 29 - Nível médio de Dor Coto/Dor Fantasma: frequências e percentagens.....	167
Tabela 30 - Interferência da Dor Coto/Dor Fantasma nas actividades diárias: frequências e percentagens	168
Tabela 31- Estatística Descritiva para os itens de Independência Funcional: horas de assistência paga/horas de assistência não remuneradas	169
Tabela 32- Estatística Descritiva para os itens da Mobilidade: número de horas fora da cama, e dias fora de casa.....	170
Tabela 33- Distribuição das respostas da amostra para o nº de Noites Fora de Casa ...	171
Tabela 34 - Estatística Descritiva para os itens de Ocupação	171
Tabela 35- Número de elementos do agregado familiar (N=20)	173
Tabela 36- Estatística Descritiva para o número de colegas/número de amigos contactados pelo menos uma vez por mês	174
Tabela 37- Frequências e percentagens dos valores do rendimento familiar anual (N=20)	175
Tabela 38- Frequências e percentagens de Despesas de Saúde não reembolsadas	176
Tabela 39- Estudo Descritivo do CHART-SF (sub-escalas Independência Funcional, Mobilidade, Ocupação, Integração Social)	176
Tabela 40- Valores médios do TAPES (ajustamento psicossocial, restrição de actividades, satisfação com a prótese) em função do tempo de uso da Prótese	177
Tabela 41 - Valores médios do CHART-SF (independência funcional, mobilidade, ocupação, integração social) em função do tempo de uso da Prótese	177
Tabela 42- Valores médios do TAPES (ajustamento psicossocial, restrição de actividades, satisfação com a prótese) em função da Experiência de Dor Fantasma	178
Tabela 43- Valores médios do CHART-SF (independência funcional, mobilidade, ocupação, integração social) em função da Experiência de Dor Fantasma	178

Tabela 44- Valores médios do TAPES (ajustamento psicossocial, restrição de actividades, satisfação com a prótese) em função do Tipo de Amputação	179
Tabela 45- Valores médios do CHART-SF (independência funcional, mobilidade, ocupação, integração social) em função do Tipo de Amputação	179
Tabela 46- Correlações de Pearson entre as principais variáveis da Escala TAPES e Desvantagem (CHART-SF)	181
Tabela 47- Correlações de Pearson entre a sub-escala de Ajustamento Psicossocial da Escala TAPES e Desvantagem (CHART-SF)	182
Tabela 48- Correlações de Pearson entre a sub-escala Restrição de Actividades da Escala TAPES e Desvantagem (CHART-SF)	182
Tabela 49- Correlações de Pearson entre a sub-escala Satisfação com a Prótese e Desvantagem	183
Tabela 50 – Correlação de Pearson entre as sub-escalas do TAPES	184

RESUMO

Independentemente da sua gravidade, as deficiências adquiridas alteram o balanço psicodinâmico do sujeito, pois afectam o seu ambiente intrapsíquico, interpessoal, bem como todo o percurso de vida da pessoa. Em contraste com outras doenças físicas, a amputação tem sido menos estudada.

O sujeito amputado está muitas vezes ligado a imagens de guerra, devido a aspectos históricos, influentes e decisivos, nomeadamente as graves consequências resultantes da II Guerra Mundial, onde o número de sujeitos com incapacidade adquirida aumentou extraordinariamente.

O objectivo do nosso estudo foi avaliar a satisfação e sua relação com a adaptação funcional à prótese em sujeitos com amputações dos membros inferiores, ex-combatentes da Guerra Colonial, e a averiguar a existência de desvantagem social na nossa amostra.

Participaram no estudo vinte sujeitos ($n=20$) com amputação do(s) membro(s) inferior(es). A adaptação à prótese foi avaliada pelo TAPES, instrumento que mede o ajustamento psicossocial, restrição de actividades, e satisfação com a prótese (Parte I), e outros aspectos relacionados com a saúde e capacidades físicas, bem como a experiência de dor no coto e dor fantasma (Parte II). A medida de desvantagem foi-nos fornecida pela utilização do CHART-SF, nos seus diferentes factores: incapacidade física, mobilidade, ocupação, integração social e auto-suficiência económica.

Os resultados sugerem correlações com significado estatístico entre: Ajustamento Psicossocial (T) e Ocupação; Satisfação com a Prótese (T) e Mobilidade; Satisfação com a Prótese (T) e Ocupação; Restrição de Actividades (T) e Mobilidade; Ajustamento à Limitação e Independência Funcional; Ajustamento Geral e Mobilidade; Ajustamento Geral e Ocupação; Ajustamento Social e Integração Social; Satisfação Estética e

Independência Funcional; Satisfação Estética e Mobilidade; Satisfação com o Peso da Prótese e Independência Funcional; Satisfação Funcional com a Prótese e Mobilidade; Satisfação Funcional com a Prótese e Ocupação; Ajustamento Psicossocial (T) e Satisfação com a Prótese (T);

Sugerem ainda correlações negativas com significado estatístico entre Restrições de Actividades (T) e Satisfação com a Prótese (T); entre Restrição de Actividades Funcionais e Integração Social; entre Restrição de Actividades Sociais e Mobilidade; entre Ajustamento Psicossocial (T) e Restrição de Actividades (T).

Concluimos com a necessidade de promover uma reabilitação que assente em critérios de natureza fisiológica (indiscutivelmente necessários), mas que valorize também critérios de natureza subjectiva, de forma que se possa considerar a reabilitação como um processo global, em que se possa olhar para o sujeito amputado e valorizar não aquilo que ele perdeu (o membro), mas o que ele ainda pode fazer (as suas capacidades).

Palavras-chave: incapacidade física adquirida; amputação; imagem do corpo; dor fantasma; reabilitação; satisfação com a prótese.

ABSTRACT

In this study, the author tries to evaluate the amputees satisfaction and relationship with their prosthetic use, as well as their functional adaptation to the prosthesis, and point out the psychological aspects wich interfere in rehabilitation.

The study was applied to twenty individuals with lower limb amputations, former colonial war soldiers from the Portuguese Armed Forces.

The instruments used in the study were TAPES and CHART-SF: TAPES was used to measure psicossocial ajustement, activities, prosthesis satisfaction, health, physical abilities, stump and phantom pain experience, and CHART-SF was used to measure physical inability, mobility, occupation, social integration, and economical self-suficiency.

The person's rehabilitation as a whole, physically and mentally is focused. The author concludes that the rehabilitation process should be seen as whole, based on objective and subjective criteria, focusing on the individual's remaining capacities and potencialities, and not on his limitations.

Key-Words: physical impairment, amputation, body image, phantom limb, psychological rehabilitation, prosthesis satisfaction.

INTRODUÇÃO

A deficiência física adquirida (DFA) é ocasionada pela perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gera incapacidade. É após a II Guerra Mundial que aparecem várias tendências inovadoras que nos conduzem aos designados movimentos de desinstitucionalização.

A investigação das deficiências físicas centra-se, sobretudo, em quatro grandes áreas de estudo:

- Estudos sobre as causas, condições e consequências da deficiência, incapacidade e desvantagem;
- Averiguação da incidência destas problemáticas nos vários grupos populacionais;
- Os esforços com vista à prevenção do desenvolvimento das condições nocivas;
- A análise da avaliação de procedimentos de tratamento que possibilitem o transformar do sujeito, quer através de uma metodologia clínica, quer pela sua interligação às intervenções comunitárias.

A situação de incapacidade adquirida pode desafiar alguns dos pressupostos básicos sobre o próprio sujeito e o mundo em geral. Independentemente da etiologia orgânica subjacente, a deficiência física implica, em termos psicológicos e sociais uma desorganização mais ou menos vasta da realidade interna e externa (Oliveira, 2001). A ocorrência repentina de deficiências e incapacidades físicas e mentais, capazes de alterar o curso de vida e ameaçar a própria existência traduz-se quase sempre por um impacto emocional catastrófico para o sujeito que a vive.

O paciente é confrontado com um cenário de condições radicalmente diferente e novo, que pode de forma dramática alterar anteriores papéis familiares, profissionais e sociais. Qualquer que seja a forma pela qual o indivíduo tenha adquirido a deficiência, ela terá sempre profundas implicações psicológicas. Independentemente da sua maior ou menor gravidade, podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, mas sujeitas

a uma importante variabilidade individual (Oliveira, 2001), com repercussões aos mais variados níveis: físico, psicológico, familiar e social.

O grau de invalidez pode ser variável, mas sendo os quadros irreversíveis, obrigam ao cumprimento de uma série de prescrições, e a um acompanhamento terapêutico regular, bem como à aprendizagem de um novo estilo de vida. Profissionalmente, muitos destes indivíduos terão que alterar o seu projecto de vida, perdendo assim todas as vantagens conquistadas pela experiência ou por eventuais formações ao longo do percurso profissional (Oliveira, 2001).

As dificuldades de adaptação a uma mudança tão súbita como radical, favorecem a procura de recursos no exterior, procura que muitas vezes é investida de expectativas “mágicas” de que a situação se altere. Estas atitudes e expectativas são inconscientes e involuntárias, e são alimentadas pela intensidade do desejo do paciente de que a sua “integridade” seja restaurada.

Os padrões mais frequentes incluem comportamento regressivo, “retirada” da vida social, hostilidade e, ocasionalmente, agressão/agressividade. Paradoxalmente, a característica mais significativa dos pacientes com deficiência crónica é a sua hostilidade e oposição a qualquer movimento em direcção à autonomia.

A população com incapacidades físicas adquiridas é actualmente tão vasta, que justifica um crescente interesse como área de investigação, mas principalmente de intervenção a múltiplos e variados níveis. De acordo com a OMS, cerca de 10% da população mundial possui alguma limitação física ou mental. Entre estes, 80% vivem nos países mais pobres e apenas 3% recebem algum tipo de tratamento ou reabilitação profissional.

Os avanços tecnológicos e a melhoria da prestação de cuidados médicos permitiram o aumento da sobrevivência física e das capacidades funcionais de pessoas com deficiência.

No entanto, a incapacidade e as múltiplas desvantagens (sociais, profissionais, económicas, etc.) têm sido, quase sempre, negligenciadas. Embora o indivíduo com deficiência física adquirida tenha vindo a conquistar um lugar central no processo de reabilitação, esta continua carenciada de uma perspectiva capaz de valorizar a relação do indivíduo com a sua deficiência, incapacidade e desvantagem, quer enquanto fenómeno interno, quer enquanto fenómeno social.

Em contraste com outras doenças físicas, a amputação tem sido menos estudada. Se a presença de uma amputação é óbvia e não oferece dificuldades de diagnóstico, tem sempre consequências ao nível do funcionamento biopsicossocial do doente, conduzindo á necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas. Uma amputação pode ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento humano e, de acordo com a fase, podem resultar consequências específicas de perdas, ressaltando-se o reflexo negativo no auto-conceito e na auto-estima.

A amputação implica, além da óbvia transformação física, uma transformação psicológica do indivíduo, o que lhe exige recursos de adaptação e reequilíbrios profundos. Com a perda de parte do corpo, o sujeito sofre uma alteração brusca na imagem corporal. Os problemas psicológicos que podem surgir aos amputados podem ser características de verdadeira gravidade, contribuindo negativamente para a sua reabilitação.

Desta forma, é necessário que o indivíduo reformule a sua imagem corporal, incorporando as novas limitações físicas, e adaptando-se ao seu novo estado físico. A aceitação da perda física é, pois, necessária para que o indivíduo possa relacionar-se com os outros e consigo mesmo de forma mais autêntica, incorporando as suas limitações e pensando em estratégias eficazes para a sua maior autonomia dentro dos limites da sua deficiência.

Segue-se a reabilitação, cuja essência é permitir um melhor ajustamento físico, social e psicológico, no sentido de um modo de vida satisfatório e mais próximo possível daquele que anteriormente caracterizava o indivíduo.

A utilização de próteses (reabilitação física) permite proporcionar ao paciente a capacidade de ser independente, proporcionando ao paciente condições para o melhor e mais breve possível retorno às actividades habituais: voltar a andar, trabalhar, executar tarefas simples, conviver em sociedade, recuperar a auto-estima.

O presente trabalho enquadra-se no âmbito dos estudos sobre a reabilitação dos indivíduos com deficiências físicas adquiridas, debruçando-se sobre os doentes com amputações do membro inferior. O conhecimento de toda a complexidade de factores intervenientes nesta problemática parece justificar a importância de se apostar numa correcta intervenção.

Ao eleger as amputações como tema principal do nosso estudo, não podemos deixar de salientar como população-alvo deste estudo os indivíduos com amputação, ex-combatentes da guerra colonial. Procura-se com este trabalho explorar alguns factores psicológicos relevantes à experiência de adaptação á prótese, que podem facilitar ou dificultar o processo de reabilitação. O objectivo do nosso estudo centra-se na compreensão dos processos que envolvem a reabilitação e a reconstrução da auto-imagem do indivíduo amputado, contribuindo desta forma para o estudo da relação entre as variáveis adaptação psicossocial, restrição de actividades, e satisfação com a prótese, com aspectos como a independência física, mobilidade, ocupação, integração social e auto-suficiência económica (relacionados com a desvantagem).

Operacionalizámos a investigação através da aplicação das Escalas TAPES e CHART-SF a vinte pessoas com amputação do membro inferior, sócios da Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) (n=20). A aplicação dos testes permitiu-nos avaliar a adaptação e satisfação com a prótese (TAPES), e a medida de desvantagem social (CHART-SF). Metodologicamente, é um estudo descritivo, correlacional, e de carácter exploratório.

Iniciamos a nossa dissertação com um capítulo teórico que nos permite enquadrar a problemática em estudo e nos sustenta a discussão dos resultados encontrados. Desta

forma, abordámos, num primeiro momento, a incapacidade física adquirida e as reacções psicológicas à perda de capacidades.

O segundo capítulo aborda a problemática da amputação, numa perspectiva Histórica e sócio-cultural, e os seus aspectos etiológicos e de prevalência, dando particular ênfase à amputação do membro inferior. Este capítulo serviu-nos para enquadrar o capítulo seguinte, que se debruçou nas variáveis psicossociais relevantes nas reacções à amputação.

Desta forma, o terceiro capítulo do enquadramento teórico versa os principais mecanismos de defesa decorrentes de situações de amputação, nomeadamente a negação, e os “síndromas de pós-amputação”, nomeadamente dor no coto, sensação/dor fantasmas. Neste contexto, são ainda analisados os conceitos de imagem corporal, e outros aspectos fundamentais para a compreensão da realidade subjectiva vivida pelos amputados, como o processo de luto (do membro). São ainda referidas as principais implicações psicossociais da amputação, particularmente as questões relativas ao suporte social, e as implicações relacionais da deficiência adquirida aos níveis conjugal, familiar, social e laboral.

No quinto capítulo apresentam-se os principais contributos teóricos e práticos na área da reabilitação (física e psicossocial) perante a deficiência adquirida. Foi também incorporada a dimensão psicológica no conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A segunda parte do trabalho aborda a investigação realizada com uma amostra de amputados do membro inferior, sócios da Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) (n=20). Salienta-se a amputação como consequência de um acidente ocorrido em serviço. Procura-se, pois explicitar de forma breve o direito aplicável nestas situações, ou seja, o que é necessário para que o indivíduo seja considerado «Deficiente das Forças Armadas», uma vez que foi ao serviço da Instituição Militar que os indivíduos adquiriram as suas deficiências, e a ela se encontram ligados por legislação específica.

De seguida, são explicados detalhadamente os objectivos e aspectos metodológicos que estão na base deste trabalho, para seguidamente se expor uma série considerável de resultados. No capítulo da Análise de resultados, encontra-se primeiramente a descrição de todas as variáveis estudadas bem como os estudos correlacionais mais importantes, e só depois a discussão dos resultados para cada uma das variáveis estudadas.

Os resultados sugerem correlações com significado estatístico entre: Ajustamento Psicossocial (T) e Ocupação; Satisfação com a Prótese (T) e Mobilidade; Satisfação com a Prótese (T) e Ocupação; Restrição de Actividades (T) e Mobilidade; Ajustamento à Limitação e Independência Funcional; Ajustamento Geral e Mobilidade; Ajustamento Geral e Ocupação; Ajustamento Social e Integração Social; Satisfação Estética e Independência Funcional; Satisfação Estética e Mobilidade; Satisfação com o Peso da Prótese e Independência Funcional; Satisfação Funcional com a Prótese e Mobilidade; Satisfação Funcional com a Prótese e Ocupação; Ajustamento Psicossocial (T) e Satisfação com a Prótese (T);

Sugerem ainda correlações negativas com significado estatístico entre Restrições de Actividades (T) e Satisfação com a Prótese (T); entre Restrição de Actividades Funcionais e Integração Social ($r=-0,489$, $p\leq 0,05$); entre Restrição de Actividades Sociais e Mobilidade; entre Ajustamento Psicossocial (T) e Restrição de Actividades (T).

Concluimos com a necessidade de promover uma reabilitação que assente em critérios de natureza fisiológica (indiscutivelmente necessários), mas que valorize também critérios de natureza subjectiva.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A INCAPACIDADE FÍSICA ADQUIRIDA

*“Eis a minha subjectividade: percebo a vida
como um processo em transformação, caminho que
construímos ao caminharmos. Percebo-a também
como dádiva: tenho aprendido diariamente que ela
é frágil e, acima de tudo, finita
(G. Bartucci)*

Reacções Psicológicas à Perda de Capacidades

A população de indivíduos com deficiências adquiridas apresenta uma percentagem elevada de doentes com dificuldades psíquicas e sociais adaptativas crónicas, independentes das sequelas físicas irreversíveis, que se traduzem não só na incapacidade de lidar com actividades do dia-a-dia, mas essencialmente com sintomatologia psicopatológica diversa e desvantagens múltiplas.

A literatura científica relativa ao acompanhamento psicológico de indivíduos com défices físicos e incapacidades adquiridas é muito escassa. Inicialmente, os estudos nesta área centraram-se sobre a sintomatologia apresentada pela população de antigos soldados, vítimas de amputação durante os combates (Oliveira, 2001). É após a II Grande Guerra que nascem e se desenvolvem abordagens com deficientes ex-militares.

Na década de 80, o interesse recaiu sobre as manifestações sintomáticas no decorrer do período pós-amputação, nomeadamente as dores fantasma.

As particularidades de uma qualquer incapacidade crónica podem fazer realçar aspectos diversos, dependendo da sua gravidade e prognóstico, e consequências no grau de satisfação pessoal (Oliveira, 2002). A problemática psicológica relacionada com a vivência de uma incapacidade física depende sobretudo do indivíduo. Sabe-se que o handicap envolve respostas psíquicas diversas, de acordo com a personalidade (maturação e organização interna), e em função da idade. Inscreve-se numa história pessoal e única, podendo tomar um sentido específico (Barat e Pierre, 1998).

Os factores mais apontados como capazes de influenciar a experiência da incapacidade são o funcionamento psicodinâmico; aspectos culturais; recursos sociais e materiais; fases do ciclo de vida e história pessoal prévia (Oliveira, 2000). Verwoedt (1972, citado por Cardoso, 1996), considera que a adaptação psicológica à doença física é um processo dependente da interacção de uma multiplicidade de factores, como as características da situação.

Safilio-Rothschild (1970) descreve três modelos de acomodação no que respeita às alterações físicas e corporais: negação das alterações físicas e corporais (os pacientes tendem a permanecer em não aceitação); re-elaboração e interiorização das alterações físicas e corporais (estranhamente, estes pacientes parecem ansiosos por aceitar as limitações, mesmo as que podem ser ultrapassadas, preocupando-se mais com as perdas, continuando a demonstrar incapacidades no campo psicológico e social); e aceitação pronta e imediata das alterações físicas e corporais (estes pacientes constroem uma vida com base nas suas capacidades intactas, aceitando as limitações, numa tentativa de aproveitar ao máximo a vida, tal como ela se tornou).

Os factores que mais frequentemente estão ligados ao grau de incapacidade são anterior força do ego e maturidade desenvolvimental; actual fase de vida e experiências pessoais passadas, incluindo anterior contacto com pessoas portadoras de deficiência; apoio social e financeiro; atitudes que prevalecem acerca da deficiência, no contexto cultural.

Constata-se, portanto, que a adaptação à incapacidade se constitui como um processo altamente individualizado, em que a gravidade da incapacidade não se assume como um factor que influencie a adaptação do indivíduo (Martin & Gandy, 1990). Qualquer que seja a forma pela qual o indivíduo tenha adquirido a deficiência, ela tem profundas implicações psicológicas.

Aspectos Históricos da Intervenção Psicológica

A literatura científica relativa ao acompanhamento psicológico de indivíduos com deficiências físicas e incapacidades adquiridas continua a ser muito escassa. De acordo com Grzesiack (1994) os principais motivos prendem-se, essencialmente, com o facto da Psicologia na reabilitação ter enfatizado os processos somatopsíquicos ou os modelos ambientais/ecológicos na abordagem dos casos. Da mesma forma, também os técnicos de saúde mental que também trabalham com esta população são geralmente identificados com a sua área de formação sendo posteriormente identificados com a área de reabilitação física.

A maioria das intervenções neste domínio têm focado modelos de abordagem comportamental clássica, não diferindo em grande medida da intervenção junto da população sem incapacidade física. Por outro lado, os psicólogos têm prestado maior atenção a áreas particulares, que podem contribuir para o processo global da reabilitação, negligenciando porém questões de psicopatologia, complexas mas fundamentais.

De acordo com Oliveira (2001), consideram-se três grandes modelos de intervenção vocacionados para a população com deficiências físicas adquiridas:

- Modelo dos Estádios: defende que as pessoas respondem ao início da deficiência de modos previsíveis e específicos. De acordo com este modelo, as pessoas atravessam uma série de estádios ao longo da evolução temporal e reabilitacional, e todos aceitam ou resolvem as suas crises emocionais. Porém, investigações posteriores criticam o facto de não existir um padrão de resposta universal no início de uma patologia, deficiência, ou

incapacidade, e portanto as suas respostas estão longe de ser específicas e previsíveis. Estudos longitudinais comprovaram que as respostas emocionais não seguem um padrão determinado, podendo ser encontradas situações imprevisíveis e de grande intensidade emocional.

- Modelo Comportamental: valoriza os comportamentos observáveis. Nesta perspectiva, o doente deve permanecer no ambiente de reabilitação, eliminar comportamentos incongruentes com a incapacidade (pela punição), e adquirir comportamentos congruentes com a incapacidade (através do reforço), que deverá conseguir manter.

- Modelo da Resolução Sistemática de Problemas: defende uma resolução que não seja centrada no paciente, mas vocacionada para a resolução do problema. Inicia-se pela definição do nível de capacidades funcionais, avaliação do objectivo final estabelecido, estabelecimento de um plano de reabilitação e, por fim, coordenação da equipa envolvida.

Por influência da teoria Psicanalítica, entende-se que a deficiência física adquirida se caracteriza pelo “adoecer emocional”. Para Lindemann (1944) os acontecimentos inevitáveis tendem a gerar uma grande tensão emocional e requerem um processo particular de adaptação (Ornelas, 1997). Portanto, a crise é um período relativamente curto e transitório de desequilíbrio emocional, precipitada por qualquer situação que ultrapasse os recursos do indivíduo para lidar com ela: ocorre um “desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos imediatamente disponíveis para resolvê-lo” (Caplan, 1964/1980).

Este desequilíbrio constitui uma oportunidade de crescimento da personalidade e de maior vulnerabilidade à doença, e diz respeito à fase aguda duma situação de crise. O impacto inicial diz respeito ao reconhecimento por parte do indivíduo da existência de um problema, que requer uma solução, sendo comum assistir-se neste momento, a um estado de choque.

Assim que o indivíduo reconhece a necessidade de agir, aumenta o seu estado de tensão. É neste segundo momento, que utiliza as respostas de resolução de problemas (Caplan, 1964/1980).

Para Oliveira (2001), a intensidade do sofrimento provocado está inerentemente associado ao estado anterior de estruturação de si mesmo. A natureza desta mudança é independente da severidade do trauma físico e da variedade das limitações práticas que cada indivíduo experimenta. A situação de perda de capacidades é complexa, na medida em que suscita múltiplas perdas. As perdas dependem em parte do significado que lhes é atribuído, necessitando o indivíduo de tempo para adaptar e integrar essas mesmas perdas.

O novo estado de saúde pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo, passando a doença a constituir um marco importante e determinante na “história pessoal de vida” (Oliveira, 1994, p 25). As perdas de capacidades significam essencialmente “perdas de aspectos do próprio ego” e implicam conflitos psíquicos, envolvendo dimensões como a percepção do self, auto-estima, capacidade de lidar com as perdas, e percepção dos processos relacionais.

De acordo com Langer (1994), o sofrimento não se limita á dor física, decorrendo da violação da integridade da própria pessoa como um todo. Os aspectos psicológicos podem ser múltiplos e capazes no seu extremo de desencadear reacções verdadeiramente catastróficas. A doença contextualiza-se individual e socialmente, afectando o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação com o meio envolvente (Oliveira, 2000).

Para Grinberg (1964) a perda do objecto provoca dor mental porque, na fantasia inconsciente, a perda significa um ataque ao ego, e particularmente ao ego corporal (Fleming, 2003). Desta forma, danos físicos podem também ocasionar distúrbios emocionais, perda de identidade, e baixa de auto-estima (Oliveira, 2001). Ressalta-se ainda o reflexo negativo no auto-conceito e na auto-estima, dependência, depressão, sentimento de inferioridade, entre outras repercussões.

Para Barat & Pierre (1998), a lesão no corpo resultará em várias reestruturações psíquicas, que em grande parte têm um valor adaptativo, mas que em certos casos se podem traduzir em importantes produções sintomáticas devido à descompensação psíquica.

A perda de capacidades significa a perda da integridade do corpo (Angerami, 1998), mas essencialmente a perda de aspectos do próprio ego, podendo desestruturar o funcionamento adaptativo a vários níveis. Numa fase inicial, pode ameaçar o sentido de coesão de identidade pessoal. De acordo com Laíns & Paixão (1989), trata-se de uma situação tão inesperada como traumática, e que obriga o sujeito a recorrer a toda uma série de elementos organizativos da sua personalidade, capazes de facilitarem a vivência e a resolução deste problema.

As consequências psicológicas podem ser diversas, generalizadas, imprevisíveis, e por vezes catastróficas, incluindo sentimentos de perda, luto e trauma. O impacto da deficiência na imagem corporal depende fundamentalmente da localização, tipo e natureza da deficiência, conceito corporal antes da deficiência, e mecanismos defensivos utilizados para manter a auto-estima.

O momento de instalação do handicap torna-se central na vida do indivíduo, que se organiza no antes e no depois do mesmo. Ou seja, a pessoa só consegue pensar naquilo que se tornou por oposição àquilo que foi (Barat & Pierre, 1998). Assim, o passado torna-se facilmente idealizado (Oliveira, 2001). Desta forma, algumas reacções psicológicas ao handicap são a negação, o luto, a depressão, a raiva, a impulsividade, o egocentrismo, a frustração, a descompensação egóica, e as formações reactivas (Cardoso, 1996). Em pacientes mais perturbados, observa-se também uma profunda perda de auto-estima e fragmentação da identidade.

Na fase inicial, a consciencialização das incapacidades e desvantagens podem ser extraordinariamente desintegradoras ao sentido da unidade do self (Oliveira, 2002). Para Pierre (1992), é comum surgirem, na fase inicial, reacções ansiosas e depressivas de grande intensidade, e que espontaneamente tendem a decrescer.

É na fase aguda e sub-aguda que se podem instalar atitudes regressivas, em que o paciente pede uma assistência superior do que necessita. Durante a fase aguda em que o paciente ainda se encontra hospitalizado, é possível encontrar vários tipos de manifestações agudas, como ansiedade, tristeza, raiva, sentimentos de frustração, agitação, choro, auto-acusação, desespero, etc. Assim, é comum o aparecimento de uma fase de choque inicial (como reacção a uma situação extrema), em que existe uma intensificação das reacções emocionais do indivíduo. De acordo com Fishman, citado por Laíns e Paixão (1989), é nessa altura que as reacções emocionais são mais fortes. Numa fase aguda, o indivíduo depara-se com duas opções: empreender o mais rapidamente possível para a sua recuperação total ou a morte (Oliveira, 2001).

À medida que o paciente progride em direcção a objectivos de tratamento claros e observáveis, a realidade pode ser vista como menos ameaçadora. As reacções emocionais severas são usualmente reversíveis em pacientes anteriormente saudáveis à medida que o seu estado físico melhora. Kaplan e Sadock (1984) consideram que a reacção psicológica do paciente com o simbolismo que a pessoa associa à parte afectada ou função perdida inconscientemente, pode ser comparada à perda de uma pessoa importante afectivamente.

Frequentemente, a incapacidade psicológica do paciente para aceitar a realidade da sua condição pode fazer com que objectivos limitados e realistas se tornem demasiado dolorosos para serem aceites e, conseqüentemente, o seu grau de função recuperada permanece muito mais limitada do que a sua incapacidade física poderia prever. O sofrimento não se limita à dor física, decorrendo da violação da integridade da própria pessoa (Langer, 1994) como um todo, e não somente da agressão ao corpo ou às funções por si usualmente desempenhadas.

Segundo Oliveira (2002), podemos igualmente perceber uma incapacidade física adquirida como uma falha narcísica profunda, na medida em que danos físicos podem ocasionar distúrbios emocionais, perda de identidade e baixa de auto-estima. As perdas de capacidades significam essencialmente, e a um nível fundamental, «perdas» de aspectos do próprio ego.

Os aspectos psicológicos envolvidos podem ser múltiplos, e as perdas inerentes à deficiência, independentemente da sua maior ou menor gravidade, podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, embora a uma importante variabilidade individual (Oliveira, 2002). Portanto, o modo como o sujeito reage, e enfrenta a disrupção do seu quadro de vida, pode ser relacionado com a sua personalidade, num determinado contexto social e afectivo.

Contudo, a aceitação da perda física é necessária para que o indivíduo possa relacionar-se com os outros e consigo mesmo de forma mais produtiva e autêntica, incorporando as suas limitações, e pensando em estratégias eficazes para a sua maior autonomia, dentro dos limites da sua deficiência.

Na área da reabilitação encontram-se alterações da imagem do corpo associadas a diversas situações: amputação, lesão vertebro-medular, acidentes vasculares cerebrais, e traumatismos crânio-encefálicos. No entanto, verifica-se que a amputação tem sido votada a uma quase insignificância no que concerne aos estudos dos aspectos psicológicos, em contraste com outras incapacidades físicas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A AMPUTAÇÃO

“O corpo não é uma colecção de órgãos e de funções organizadas segundo as leis da anatomia, mas sobretudo uma estrutura simbólica”

(Le Breton)

Definição e Etiologia da Amputação

A palavra amputação deriva do latim «*amputare*», que significa cortar (Nagler, 1976). Adams (1985) e Okomato (1990) definem amputação como a remoção de um membro ou parte de extremidade do membro por trauma, doença ou cirurgia (adquirida). Pode ser decorrente de um acidente, ou de doenças, como medida necessária para a manutenção da vida.

Também Spence (1991) refere que a amputação é a remoção de uma parte externa do corpo, mais frequentemente uma extremidade ou parte de uma extremidade. A palavra amputação remete-nos para a retirada geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro, e pode ter indicações electivas, “indicadas para pacientes portadores de sequelas ou processos mórbidos, que visam melhorar as condições de vida do paciente” (Carvalho, 2003, p. 18), como nos casos de doenças e malformações, indicações de urgência, em traumas importantes, e em casos de infecção grave.

A amputação é um procedimento cirúrgico que consiste no corte ou seccionamento de um membro, e surge sempre como o último recurso, a última escolha médica, quer tenha na sua origem uma doença súbita ou crónica. Neste caso, o principal objectivo da cirurgia de amputação é eliminar um tecido doente ou lesionado, de forma a evitar o agravamento do estado de saúde do doente, que poderá conduzi-lo à morte.

A decisão de amputação nestes casos é, apesar de tudo, encarada como um bem necessário e para muitos desejado, que vem pôr fim ao sofrimento do doente.

Ainda que muito variada, a etiologia da amputação pode ser categorizada em quatro grupos: doença vascular, neoplasia (tumores benignos ou malignos), traumatismo, e doença infecciosa. As neoplasias, que resultam em amputações, podem fazer a diferença entre a vida e a morte. Os progressos terapêuticos medicamentosos, depois dos anos 70, permitiram o procedimento de cirurgias mais conservadoras, tornando raras as amputações por causa tumoral (Maitre et al, 1996). A infecção é hoje uma causa muito rara de amputação, surgindo ainda em casos pós-traumáticos. Terá sido uma das principais causas de amputação até ao surgimento das técnicas cirúrgicas assépticas e dos antibióticos.

As amputações de urgência são indicadas em casos graves, como grandes traumas, neoplasias em estado avançado ou sepses, os quais trazem riscos à vida do paciente. (Carvalho, 2003). Spence (1991) salienta que os procedimentos para a amputação de um membro inferior ou superior são actos de restauração de um órgão enfermo. Quando a amputação é necessária, procura-se preservar, tanto quanto possível, o membro.

Desta forma, a enfermidade ou trauma recebe o rótulo de diagnóstico primário, sendo a amputação considerada como um diagnóstico secundário. Nesta perspectiva, o essencial consiste em tratar a «causa» que exige o procedimento cirúrgico para salvar a vida do paciente, ou seja, o mais importante é a pessoa, e não o membro que se perde com a amputação.

Actualmente, a amputação continua a ser utilizada como opção terapêutica em situações traumáticas e de doenças, e pode ocorrer em qualquer fase do desenvolvimento humano, resultando consequências específicas de perdas de acordo com a fase.

Perspectiva Histórica e Sócio-cultural da Amputação

A prática da amputação remonta aos primórdios da espécie humana: ao longo da História, as amputações têm sido realizadas por diversas razões, nomeadamente como técnica para prolongar a vida, ou causadas por doenças, como tuberculose e lepra. A primeira amputação foi descrita por Hipócrates (460-377) a.C., na Grécia antiga (um caso de desarticulação do joelho).

A auto-amputação de partes do corpo era também uma forma de reabilitação religiosa (tentativa de apaziguar os deuses), ou uma punição para o roubo (amputação da mão direita). No Novo México, foram descobertas pinturas com impressões de práticas de auto-mutilação para acalmar os deuses durante cerimónias religiosas. Contudo, a evidência mais antiga da amputação é um crânio humano com 45 mil anos, com os dentes desgastados e alinhados, o que segundo Carvalho (2003), indicaria a presença de membros superiores amputados.

Em Espanha e França foram também encontradas em cavernas, pinturas com aproximadamente 36 mil anos, que mostram mutilações de membros. A referência escrita mais antiga sobre amputações/próteses é um poema sagrado indiano, o Rig-Veda, que terá sido escrito entre 3500 e 1800 a.C., e conta a história de uma guerreira, a rainha Vishpla, que com um membro inferior amputado por ferimento de guerra, confeccionou uma prótese em ferro para voltar à batalha (Carvalho, 2003).

Cerca de 2 300 a.C. foi relatada a descoberta de um esqueleto de uma mulher com um pé artificial, em que a prótese era composta por um pé-de-cabra adaptado ao coto, mediante um encaixe feito com a própria pele dissecada do animal. De acordo com Carvalho (2003), também Aristófanes (século V a.C.) abordou este tema ao escrever uma peça teatral, na qual uma personagem utilizava prótese no seu membro amputado.

As amputações traumáticas ocorriam durante as batalhas, nos momentos de captura dos inimigos ou de punição judicial, em que se utilizava a técnica da guilhotina com machado e sem anestesia (Carvalho, 2003). No entanto, houve tempos em que para evitar

a dor, a amputação era feita através dos tecidos não saudáveis (tecidos necrosados, sem vitalidade). Quando se abandonou essa técnica, e se passou a fazer a amputação através do tecido sangrante (cortando o osso e as partes moles, que voltavam a revestir o osso), a sobrevivência dos pacientes aumentou muito.

Foi apenas em 1510 que Ambroise Paré, cirurgião militar francês, resgatou a técnica da ligadura de vasos, o que permitiu alcançar melhores resultados e maior hipótese de sobrevivência nas cirurgias de amputação. Atribui-se a Paré o primeiro sucesso na amputação acima do joelho.

A Importância da Guerra na História da Reabilitação

Numa perspectiva histórica, o desenvolvimento das sociedades bem como de outros factores de natureza cultural ou ideológica marcaram a maior ou menor utilização das técnicas de amputação ao longo do tempo. O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas mais avançadas, bem como de novos dispositivos e técnicas de protetização só tiveram lugar com o surgimento das guerras, devido a um aumento do número de pessoas amputadas (Carvalho, 2003).

Nesses tempos, a maioria das amputações eram mortais e, das restantes, muitas resultavam em extremidades inadequadas mesmo para as primitivas próteses desses tempos (Humm, 1985). Com a guerra, os cirurgiões desenvolveram novas técnicas de sucesso crescente e em muito similares às utilizadas actualmente.

Neste contexto, a Primeira e Segunda Guerras Mundiais tiveram um papel determinante no desenvolvimento destas intervenções, fazendo com que o número de amputações, de causas traumáticas, crescesse consideravelmente. Calcula-se que a Primeira Guerra Mundial tenha causado aproximadamente 300 mil amputados em toda a Europa, o que terá contribuído para a pesquisa e conseqüente incremento na área de reabilitação. De acordo com Carvalho (2003, p.5), a grande preocupação era “colocar os soldados mutilados em pé para retornar logo à batalha”. Com a Segunda Guerra Mundial, houve

um incremento de programas de pesquisas que incentivaram novos estudos, desenvolvendo-se a confecção dos encaixes protéticos.

Também Oliveira (2001) considera que com as guerras (representadas socialmente pela imagem do paciente amputado) e o elevado número de acidentes de diversos tipos, e com a evolução das drogas que prolongavam a vida de certos pacientes, a população de amputados aumentou consideravelmente, resultando numa reformulação nos conceitos acerca das amputações. De acordo com Carvalho (2003, p. 17), “batalhas e minas perdidas ainda causam amputações em alguns países”.

Etiologia e Incidência das Amputações: alguns dados sobre Amputados dos Membros Inferiores

A amputação de membros pode ser congênita (deficiência congênita do membro), ou adquirida (problemas vasculares, tumores, ou traumas decorrentes de acidentes de diversas situações - de trabalho, rodoviários, guerra, desportivos, ou de lazer, etc.) (Oliveira, 2001).

No entanto, a pessoa com deficiência congênita tem necessidades muito diferentes da pessoa com deficiência adquirida, embora estas também possam sofrer alterações ao longo da vida.

Estima-se que cerca de 70% dos casos de amputação ocorram devido a doenças vasculares, e que os restantes 30% dos casos se dividem entre traumas, tumores, ou malformações.

Desta forma, as etiologias das amputações são geralmente divididas em:

- Congénitas: os pacientes portadores de anomalia congénita apresentam deformidades importantes, as quais podem impossibilitar a protetização, ou dificultar a função do membro residual, e são geralmente encaminhados para procedimentos cirúrgicos, entre eles, a amputação. Este tipo de amputação deve ser realizado nos primeiros anos de vida

de forma a facilitar uma reabilitação precoce e maior aceitação por parte do paciente (Carvalho, 2003).

- Tumerais: os tumores ósseos malignos, como osteossarcoma, são também responsáveis por amputação, especialmente de partes dos membros inferiores;
- Doenças vasculares, nomeadamente insuficiência vascular (problemas circulatórios, arteriosclerose e gangrena), que é a ocorrência é mais comum nos idosos, a maioria no sexo masculino;
- Traumáticas: ocasionadas por acidentes automobilísticos, acidentes com armas de fogo, etc. As causas traumáticas que atingem um maior número da população são os acidentes de trabalho e os acidentes de trânsito (Zereu et al., 1995). Nos últimos anos, tem crescido o número de casos de amputação de motociclistas.

As amputações são também classificadas pela localização da amputação, podendo dividir-se em amputações de membros superiores (acima/abaixo do cotovelo), e amputações dos membros inferiores (acima/abaixo do joelho). A causa mais comum da amputação na extremidade superior nos adultos é o trauma: 80% das amputações das extremidades superiores são adquiridas, geralmente por acidentes de trabalho e explosivos (Carvalho, 2003).

Nos Estados Unidos, são realizadas mais de 40 mil amputações, sendo que 75% envolvem as extremidades inferiores (Okomato, 1990). As principais causas de amputação nas extremidades inferiores são a doença vascular periférica (vasculopatia periférica), diabetes mellitus, tumores, responsáveis pela metade das amputações, que atinge em maior número pessoas na faixa etária acima dos 50 anos, sendo os membros inferiores (dedos, pés e pernas) os mais comprometidos.

A doença vascular é considerada a principal causa de amputação dos membros inferiores (entre 70% e 80%), segundo alguns autores (Maitre et al, 1996; Williamson, 1995). Contudo, para Friedmann (1994) a exacta incidência e prevalência das amputações é ainda desconhecida. Sabe-se, no entanto, que a incidência de amputações do membro

inferior é onze vezes maior do que as amputações do membro superior. De acordo com Pierre (1996) a amputação do membro inferior parece ser a mais frequente.

Verifica-se que a doença vascular é a principal causa de amputação do membro inferior (70% a 80%), frequentemente como consequência de diabetes. Nos tempos actuais, verifica-se que o aumento no número de indivíduos idosos teve um efeito propulsor no aumento significativo do número de amputações de origem vascular e, conseqüentemente, do membro inferior. As amputações das extremidades superiores são em 80% adquiridas por trauma.

Os traumatismos constituem a segunda causa de amputação do membro inferior (cerca de 20%). A média de idade dos indivíduos submetidos a amputação é, para etiologia vascular, de 70 anos no sexo masculino e de 75-80 anos no feminino (Maitre, 1996).

Para a etiologia traumática, abrange a faixa etária dos 20 aos 40 anos de idade (Maitre et al, 1996). Dados provenientes dos serviços de estatística dos Hospitais da Universidade de Coimbra estimam que foram realizadas cerca de 138 amputações, durante o ano de 1996, à razão de dois para um, respectivamente, para o sexo masculino e feminino. Durante o ano de 1997, este número aumentou para 165, sendo a razão por género sensivelmente igual à do ano anterior. Dos totais, cerca de 90% são amputações de membros inferiores. O segundo maior número de amputações foi de etiologia traumática, com cerca de 13% do total de amputações. A média de idade dos indivíduos submetidos a amputação foi, para a etiologia vascular, de 70 anos no sexo masculino e 77 no sexo feminino. Para a etiologia traumática, a média foi para o sexo masculino de 39 anos e 65 para o sexo feminino.

Em síntese, verifica-se que a maioria das amputações, nos países ocidentais, são dos membros inferiores, afectando prioritariamente o sexo masculino na faixa etária dos 70 anos, e tendo na sua origem uma doença vascular crónica (sendo a diabetes a situação clínica mais frequente).

Willamson (1996) aponta para a existência de aproximadamente 160 mil amputados por ano nos Estados Unidos, que na maioria envolvem a remoção de um membro inferior.

De acordo com Maitre (1996), a principal causa desta amputação é a arterite, onde a existência de diabetes é um factor agravante. As principais etiologias relacionadas com este tipo de amputação são vasculares, responsáveis pelo maior número de amputações do membro inferior (Carvalho, 2003).

Nos Estados Unidos, durante o início dos anos 80, estimava-se que a prevalência de amputados era superior a um por 300 habitantes, com a incidência de 35 000 novos casos por ano (Kashani et al, 1983). Dados do Centre de la Tour de Gassies, em Bruges, de 1990 estimam que 90% dos doentes são amputados ao nível dos membros inferiores, para apenas 10% de amputados ao nível dos membros superiores, valores confirmados também por Williamson (1995).

Maitre apresenta estimativas, relativas ao ano de 1990, realizadas em França, de que cerca de 8 mil amputados vivem no seu próprio domicílio, com diminuições significativas das suas actividades usualmente praticadas diariamente (Oliveira, 2000). Para Maitre (1996), a prevalência de amputação (membro superior e inferior) é da ordem de 1,7% nos países industrializados.

Segundo Pierre (1996), a amputação do membro inferior é a mais frequente. Actualmente, a maioria das amputações (90%) são realizadas no membro inferior, e destas cerca de 70% a 80% são de causa vascular (Maitre et al., 1996; Williamson, 1995), vitimando sobretudo a população idosa (Williamson et al., 1994).

As amputações tumorais afectam principalmente crianças e adolescentes, e têm diminuído consideravelmente devido aos bons resultados obtidos com o diagnóstico precoce, a radioterapia, a quimioterapia, etc. (Carvalho, 2003).

Também as amputações infecciosas têm sido menos frequentes em virtude dos grandes avanços laboratoriais e do desenvolvimento de medicamentos mais específicos. As amputações iatrogénicas estão associadas a complicações adquiridas pelo paciente durante o tratamento (Carvalho, 2003). As percentagens relativas a amputações dos membros inferiores pode variar em função das condições sanitárias do país, nomeadamente o facto de estar em guerra, pós-guerra, ou em paz (Engstrom, 1999).

Também para Mimoso (2001), Pahjolanen (1999) e Fowkes (1997), as causas mais comuns são as doenças vasculares periféricas. As gangrenas provocadas pela diabetes do tipo II ao nível do pé são a segunda principal causa de amputações de membros inferiores (Serra, 1997). A segunda causa de amputação do membro inferior são os traumatismos, referidos em 20% do total, e por último devido a tumores (Oliveira, 2001).

Gauthier (1994) e Unwin (2000) salientam outro tipo de causas: traumáticas, tumorais e infecciosas. Num estudo realizado entre 1992 e 1999, foram realizadas 287 amputações de membro inferior no período entre, sendo a maioria dos pacientes amputados do sexo masculino (77,44%), com idade entre os 11 e os 30 anos. Foi realizada uma distribuição dos pacientes segundo a causa de amputação, tendo-se verificado que a maioria teve origem traumática (67,90%), seguindo-se a origem tumoral (17,67%). Os restantes pacientes apontaram causas infecciosas (6,27%), congénitas (5,58%), e vasculares (2,32%).

As doenças vasculares periféricas afectam cerca de 30% de indivíduos idosos da população em geral (Fowkes, 1997). As amputações de membros inferiores causadas por doenças vasculares periféricas atingem principalmente pacientes com uma faixa etária mais avançada, os quais estão mais susceptíveis a doenças degenerativas, como a arteriosclerose (Carvalho, 2003).

Constata-se, assim, que “a idade varia consideravelmente consoante a própria causa: mais idosa nas amputações de causa vascular, e mais nova na de causa traumática” (Oliveira, 2001, p. 33).

Para Carvalho (2003) as amputações traumáticas acometem principalmente pacientes adolescentes e jovens adultos, os quais estão mais expostos aos acidentes de trabalho, e acidentes por meios de transporte.

A dispersão de dados estatísticos na maioria dos países, com raras excepções, não permite uma análise mais detalhada, reclamando a existência de um registo nacional de amputados para cada nação, incluindo Portugal.

NÍVEIS DE AMPUTAÇÃO E TRATAMENTO PROTÉSICO PARA MEMBROS INFERIORES

O membro residual de amputação é denominado coto. Quando a cirurgia é a única alternativa possível, existem algumas possibilidades de modo a deixar o coto o melhor possível, de modo a que este possa ser protetizado. Os dispositivos utilizados para substituir membros amputados ou malformados (membros artificiais) denominam-se próteses.

As próteses são compostas basicamente por encaixes, articulações, sistemas de conexão e pés, e existem dois tipos básicos de próteses: as endoesqueléticas e as exoesqueléticas, para membros superiores e inferiores. Actualmente são fabricados e prescritos uma grande variedade de aparelhos protésicos. Com a evolução da ciência da fabricação de próteses, estas parecem cada vez mais naturais, e são desenhadas e construídas de forma a maximizar a função no indivíduo (Zereu et al., 1995).

Os membros protésicos são usados normalmente por pessoas com perda de membro (amputação adquirida), e falta de membro (deficiência congénita), para restaurar ou substituir as funções anatómicas ou estéticas do membro. Os dispositivos de uso externo, que têm como objectivo proporcionar melhoria funcional denominam-se órteses e são, essencialmente, aparelhos de sustentação ou tala).

Todas as pessoas com amputações adquiridas e com falta de membro congénita, são encorajadas a usar próteses por uma série de profissionais, como parte do seu processo de reabilitação. A prescrição da prótese deverá ter em conta a parte psicológica, física e o potencial de reabilitação que o utente apresenta para a protetização, em que o protésico desempenha um papel vital.

O cirurgião tem um papel fundamental no diagnóstico do membro afectado, e na decisão do local exacto onde se irá proceder à amputação. Esta decisão, deverá ser sempre tomada por uma equipa multidisciplinar.

A aceitação da prótese é uma das fases mais importantes para a reabilitação do paciente, pois com ela poderá retomar algumas das actividades que fazia antes da amputação. Desta forma, a utilização de uma prótese permite proporcionar ao paciente a capacidade de ser independente, readquirindo a sua auto-estima. Tanto as pessoas com amputações adquiridas, como falta de membro congénita serão encorajadas a usar próteses, como parte do seu processo de reabilitação, para restaurar ou substituir as funções anatómicas ou estéticas do membro, e conseqüentemente melhorarem a sua qualidade de vida.

Tem sido discutido que algumas próteses podem não só restaurar uma aparência normal mas podem também reparar a imagem corporal danificada que a pessoa tem (Pereira et al., 1996). Os doentes provenientes das ex-colónias, ao colocarem as próteses e as ortóteses, apresentam uma imagem corporal já completamente reestruturada. Nestes casos, o principal aspecto será o da incorporação da prótese na imagem corporal.

A prescrição da prótese deverá ter em conta a parte psicológica, física, e o potencial de reabilitação que o utente apresenta para a protetização. Para tal, o coto deve ser adequado para a recepção da prótese, proporcionando ao paciente condições para o melhor e mais breve possível retorno às actividades habituais. Nesta perspectiva, o protésico desempenha um papel vital na reabilitação

Trata-se de um processo de grande importância, uma vez que o nível de amputação irá afectar directamente o uso da prótese. Segundo Engstrom (1999) a preservação da articulação do joelho facilita a adaptação e permite uma maior percentagem de sucesso de uso de uma prótese funcional. Desta forma, com base em estatísticas diversas, é consensual a preservação dos joelhos nos membros a amputar. Quanto maior o nível de amputação, mais difícil se torna o uso de prótese, uma vez que ficam menos articulações e músculos disponíveis para o controlo motor.

Apesar dos amputados se confrontarem com grandes ajustamentos físicos, sociais e emocionais, a adaptação varia grandemente entre indivíduos. A utilização de próteses permite proporcionar ao paciente a capacidade de ser independente, readquirindo a sua auto-estima, a vontade e a alegria de viver. O principal objectivo é melhorar a qualidade

de vida, minimizando as incapacidades e desvantagens de quem teve um sofrimento profundo ao ser privado de um membro.

VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS RELEVANTES NAS REACÇÕES ÀS AMPUTAÇÕES

“A dor da perda é necessária para a conquista do novo e será proporcional à intensidade do apego. Toda a mudança acarreta perdas inscritas na sua história e quanto mais apegadas a este passado, maior o medo de mudar, levando a uma série de barreiras para que o novo se instale”

(S. Suruagy)

Reacções Emocionais à Amputação

As doenças e incapacidades físicas e crónicas, constituem acontecimentos que são propensos ao sentimento de perda de controlo por parte do doente. Para além do medo da morte, do mal-estar físico, são inúmeras as incertezas que inundam as áreas da vida do indivíduo. A amputação alude a uma deficiência física que desencadeia no indivíduo incapacidade, limitações e dependência.

Araújo (1995) descreve a amputação como uma palavra temida, sendo compreendida como uma derrota, que traz consigo sensação de incapacidade e medo futuro. O estudo dos aspectos psicológicos relacionados com a amputação pode ser considerado insignificante quando consideradas outras deficiências físicas. Durante muitos anos, o interesse pelo fenómeno foi exclusivamente físico, quer ao nível dos procedimentos cirúrgicos, quer ao nível dos procedimentos de reabilitação funcional (aparelhagem protésica).

Da mesma forma que as condições em tempo de guerra foram propiciadoras da realização destes estudos, também o fim da guerra terá sido a principal razão do decréscimo acentuado da investigação nesta área (Fishman, 1959/1961). A deficiência física e a sua marca corporal evidenciam a diferença entre o inteiro e o fragmentado, o

perfeito e o imperfeito, e está carregada de estigmas e valores preconceituosos, o que coloca o deficiente físico às margens da sociedade. Para muitos, a aproximação ao deficiente físico traz a dor de um possível futuro que ninguém quer para si (Goffman, 1999).

Embora não seja possível relacionar a gravidade de uma doença com as suas consequências emocionais, é consensual a ideia de que na tentativa de manter a sua integridade emocional, perante a integridade física violada, o doente utiliza mecanismos de defesa mentais. Entre estes, são mais frequentes a regressão, a formação reactiva e a negação (Cardoso & Coelho, 1980; Katz & Florian, 1986-87); Laíns & Paixão, 1989; Cordeiro, 1994; Langer, 1994; Oliveira, 1994; Pierre, 1996).

O sentimento depressivo inerente, por vezes negado, ou omnipotentemente desprezado, acaba expresso nas formas mais ímpares do sujeito estar nas relações. (Oliveira, 2001). A associação a outros aspectos surge como natural: a capacidade de tolerância à frustração, os sentimentos destrutivos despertados pela introdução da patologia incapacitante, a vivência das ansiedades, em particular da angústia de castração; e as temáticas decorrentes em torno dos aspectos narcísicos.

A investigação sobre os factores que possam explicar a diferente vulnerabilidade dos indivíduos á doença, recai sobre os recursos externos para lidar com a situação, tais como o suporte social, e características intrínsecas ao indivíduo como sejam os traços de personalidade (Dean, 1986).

O modo como reage, como enfrenta a disrupção do seu quadro de vida, é algo que poderá ser relacionado com a sua personalidade num determinado contexto social e afectivo (Oliveira, 2001). Os amputados congénitos ou aqueles em que a amputação ocorreu cedo na sua vida, desenvolvem capacidades sensório-motores e auto-imagens sem a parte amputada.

Parkes realizou diversos trabalhos, salientando o interesse e valorização da amputação como fenómeno emocional. Num estudo publicado em 1975, comparou as reacções à perda de um membro com a perda do cônjuge.

Shukla e colaboradores (1982) num estudo intitulado “A psychiatric study of amputees” descreveu, pela primeira vez, a sintomatologia de natureza psiquiátrica, que pode ocorrer numa população de amputados no período pós-operatório: depressão (62%), ansiedade (53%), labilidade emocional (53%), insónia (47%), perda de apetite (32%), ideias suicidas (29%) e dois dos sujeitos desencadearam comportamentos psicóticos (Não especificados).

Esta investigação englobou amputados dos membros inferiores e superiores (direito ou esquerdo), não se encontrando diferenças resultantes das diferentes partes do corpo amputadas.

Infelizmente, apenas uma pequena percentagem de pacientes foram submetidos a avaliações posteriores, deixando em aberto a hipótese de muitos desenvolverem sintomas diversos após o regresso a casa e ao trabalho. Apenas a referir que os dois sujeitos com comportamentos psicóticos eram ambos amputados do membro superior direito.

Kolb (1954) abriu o leque das teorias explicativas do fenómeno fantasma no sentido da perda psicológica. No entanto, é com Parkes que estes aspectos ganham ênfase duas décadas mais tarde. Os estudos de Parkes (1975) e de Shukla et al (1982) têm sido, até ao presente, referência quase constante nos estudos posteriores sobre aspectos psicossociais da amputação.

Alguns destes estados de grande sofrimento resultam em problemas associados a toxicod dependência, síndromas depressivos graves ou mesmo tentativas de suicídio (Tomeno, 1996).

De acordo com Oliveira (2000, p. 438) através do conceito de narcisismo e de auto-imagem, pode-se entender o desenvolvimento da identidade como um “compósito do self psicológico e somático, os quais apresentam enraizadas significações arcaicas”. Contudo, os indivíduos que são amputados na adolescência ou na idade adulta são confrontados com a tarefa de adaptação à perda do membro que estava anteriormente bem integrado no esquema corporal e na auto-imagem.

A amputação coloca em causa princípios de vida, requerendo novas “aprendizagens” em múltiplos domínios (corporais, sexuais, psicoafectivos, familiares, profissionais sociais, etc.), com consequências no desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares (Oliveira, 2001). A evolução pode não ser satisfatória, estabelecendo-se depressões crónicas, ou mesmo descompensações paranóides.

O Valor Traumático da Amputação

A amputação é acompanhada de profundo choque psicológico, mas as reacções são menos severas em pacientes que tenham sido bem preparados para a amputação cirúrgica e mais severas em pessoas que tiveram súbitas lesões traumáticas que causam a necessidade de amputação. Falamos da perda de uma parte de si, insubstituível, e da sequente exigência de (re)organização de um espaço físico, corporal, mental e relacional que dê resposta a essa dor.

As situações traumáticas re-colocam o ser humano perante toda a sua vivência anterior enquanto experiência recorrente para a resolução da nova situação (Oliveira, 2001). A qualidade das relações estabelecidas ao longo do desenvolvimento, e que foram determinantes na evolução do indivíduo, reaparecerão como diferenciadoras da personalidade do amputado face à amputação e à integração (Láins & Paixão, 1989).

A fase inicial da amputação desenrola-se, na generalidade, no meio hospitalar. Poderá ser brutal e desencadear um tremendo choque emocional, se é uma amputação traumática (Oliveira, 2001). Durante o período de hospitalização, a expressão sintomática assume o seu auge, sobretudo para os amputados de origem traumática.

Shubert (1992) encontrou 35% de sujeitos com sintomatologia depressiva nos dias imediatamente a seguir ao trauma, e apenas 12% no final da hospitalização, em média 20 dias depois. Face à intolerância desta situação, e à angústia que esta produz, diferentes mecanismos psicológicos vão ser postos em acção. O mecanismo mais utilizado é o da negação da realidade da amputação (Katz & Florian, 1987; Langer, 1994; Pierre, 1996).

Pouco a pouco, a negação é substituída por sentimentos de raiva e revolta, e por depressão, na medida em que o paciente é tomado por um sentimento de grande perda, até que possa aceitar o que lhe aconteceu. O grande impacto psicológico da perda de um membro é evidente e vários distúrbios emocionais surgem na adaptação física e social.

Podem, então, ser definidas algumas etapas no processo de redefinição da imagem corporal: ansiedade, tristeza, depressão; luto pela imagem corporal perdida; e interiorização de uma nova imagem corporal. Quando a frustração pode ser tolerada, a associação de concepções e realizações, sejam negativas ou positivas, dá início a procedimentos necessários para aprender com a experiência. Se a intolerância à frustração não é excessiva a ponto de activar os mecanismos de fuga, mas tiver uma intensidade que impeça suportar o domínio do princípio da realidade, a personalidade desenvolve a onnipotência, como um substituto da associação da percepção (Oliveira, 2002).

Nos poucos trabalhos desenvolvidos, são referidos geralmente aspectos como membro fantasma, telescopia, dor fantasma, reacções depressivas e níveis de ansiedade elevados, e alterações na vida sexual (Shukla, 1982; Thompson, 1983; Bradway, 1984; Laíns & Paixão, 1989; Marshall, 1992; Williamson, 1994, 1995; Tomeno, 1996; Pierre, 1996).

Contudo, segundo Rybarczik et al. (1992) e Williamson (1994, 1996), a depressão desta população não parece estar relacionada com as diferentes condições médicas da doença ou com o tipo de amputação.

Diversos estudos referem elevadas incapacidades vocacionais em amputados traumáticos (Millstein et al., 1985; Curley et al, 1982; Sheik, 1985; Shepard & Caine, 1968). Num estudo de amputados traumáticos realizado no Canadá por Millstein e colaboradores (1985) verifica-se que 75% de 1010 amputados traumáticos, realizaram uma mudança de ocupação. Neste estudo, foi encontrada uma relação entre melhores resultados vocacionais e indivíduos sem dor no membro. Kishbaugh e colaboradores (1995) usando dados de militares dos EUA referem que apenas 2,3% dos soldados sujeitos a amputações traumáticas permaneceram no activo após a amputação.

Aires (1992) salienta que o doente fisiátrico no Hospital Militar Principal é um doente pós-traumático, com factores de risco para a saúde mental, nomeadamente, negação da irreversibilidade da situação, o que pode levar à não aderência dos programas para ele planeados; ideia de inferioridade; aumento da dependência (num registo psicológico regredido, vai surgir uma dependência aumentada e psicopatológica); o “registo” da família (verifica-se, em termos gerais, que a compreensão total da deficiência do doente por parte da família se faz tardiamente); alteração da imagem do corpo (após o acidente, o sujeito sofreu modificações no seu corpo); inadequação sexual; isolamento; inaptidão profissional, relacionada com a incapacidade para prosseguir a profissão que vinha exercendo.

Problemáticas Gerais no Processo de Adaptação Psicológica à Perda Traumática de um Membro

Kohl (1984), identificou e definiu o ajustamento emocional da reabilitação funcional de pessoas com perda traumática de membro, num importante trabalho sobre os Problemas Psicossociais no Processo de Adaptação Psicológica à perda Traumática de um Membro. Descreve os aspectos fundamentais porque passam os indivíduos, salientando três fases distintas: fase aguda, prova de prótese e treino, e situação pós-treino.

O seu principal objectivo consistia em analisar os factores psicossociais, de modo a facilitar intervenções mais adequadas da equipa técnica, que interage com o paciente ao longo do processo de reabilitação. Para Kohl (1984) o aspecto psicossocial da adaptação da pessoa à perda do membro deve ser o foco que redefine os objectivos do programa de tratamento, para que este possa dar a cada pessoa as capacidades funcionais e emocionais e o conhecimento que lhe permita redefinir-se e redefinir os seus objectivos de vida.

A luta pela sobrevivência (Kohl, 1984) é a questão central da adaptação psicossocial às mudanças de funcionamento que permanecerão com a pessoa para o resto da vida, e remete para três tipos de existência: existência física, existência emocional e existência

social. O objectivo final é que a pessoa se redefina, para além das capacidades funcionais (Rogers, 1961).

A existência física é um processo emocional que culmina numa decisão activa e consciente de viver fisicamente. Embora se acredite que existe um instinto para permanecer vivo, enquanto esta decisão não se tornar consciente, a pessoa com a lesão não é um participante activo nos seus cuidados médicos. É, por isso, importante que as pessoas adquiram uma sensação de controlo e de envolvimento activo na tomada de decisão acerca da sua situação.

Por outro lado, existem pessoas que ficam inconscientes ou em estado de choque no momento da lesão, e que requerem cuidados cirúrgicos vários e por vezes imediatos e colocação prolongada em unidades de cuidados intensivos. Estas pessoas sentem uma perda de controlo de uma parte da sua vida durante a qual outras pessoas tomaram decisões por si. Acordar e encontrar um ou mais membros em falta, a necessidade de sistemas de suporte de vida e/ou falta de controlo sobre funções corporais requer também uma luta psicológica, para a decisão da “sobrevivência física”.

A existência emocional consiste no processo de avaliação da capacidade para se adaptar e definir como irá “sobreviver” emocionalmente dentro deste corpo alterado. À medida que a pessoa lesionada ganha força e saúde, o seu foco muda para aprender a sobreviver emocionalmente. Independentemente das tarefas serem fáceis ou difíceis, ou de a prótese substituir a função e a estética, a pessoa tem agora um rótulo pelo qual se conhece a si própria, e pelo qual é percebida pelo mundo.

Este sentimento de ser diferente é intensificado por um insuportável sentimento de estigma (Friedman, 1978). Para algumas pessoas as tarefas de ajustamento emocional são mais complicadas do que as decisões de lutar pela existência física (Leonard, 1972). A pessoa tem que se adaptar emocionalmente a um corpo modificado devido à perda de membro: existe uma grande ansiedade face ao desconhecido, acerca do que o futuro reserva, e de que formas a pessoa é capaz de lidar com a situação de forma construtiva. De acordo com Foort (1974), as pessoas confrontam-se com prognósticos incertos sem saber como permanecer de uma forma emocional intacta (Foort, 1974).

A terceira etapa consiste na existência social, processo de integração do self no tecido das relações sociais. Quando a pessoa com perda de membro atinge algum grau de tolerância (nem sempre a aceitação é atingida), acerca da sua forma corporal alterada, e ajusta a sua imagem corporal ao substituto protésico, o foco passa então a ser a integração deste novo self.

Esta tarefa varia de acordo com a idade cronológica e com os obstáculos emocionais que tenham sido anteriormente dominados por cada indivíduo. Esta nova definição surgirá de um sentido de auto-valor que incorpora capacidades físicas e funcionais com domínio sobre uma experiência emocionalmente desintegradora. É importante reconhecer que a pessoa mudou não só fisicamente mas também emocionalmente. Para tal, devem ser feitos ajustamentos físicos, emocionais, e é importante que o indivíduo se centre nas escolhas feitas.

As Ideias de Morte (Kohl, 1984) podem ocorrer quando a pessoa que sofreu a perda de membro traumática teve de lidar com a questão de continuar a viver com este novo corpo. O desejo de morte pode corresponder a um desejo passivo, de escapar da dor física (necessidade de fugir de um corpo que dá feedback negativo). Este desejo de morte pode persistir durante a estabilização das funções corporais, e da reacquirição gradual da força física.

Durante a fase de reabilitação a consideração suicida pode surgir numa perspectiva de análise das alternativas à continuação da vida. A interrogação acerca de continuar a viver evoca o suicídio como uma alternativa para lidar com a deficiência, que pode emergir à medida que a pessoa confronta a sua situação presente tanto com o passado (o que era), como com o futuro (o que pode ser).

O treino protésico é visto pelos técnicos como um progresso do paciente e um aumento das suas capacidades funcionais, uma vez que está ao mesmo tempo a aprender novas capacidades, e a aprender a diferença no seu funcionamento e por isso a formar novas definições da sua perda. Esta sensação de perda de controlo sobre as capacidades

funcionais do corpo para algumas pessoas é contrabalançado por ideias de controlo final: o suicídio.

Contudo, embora a experiência e o tempo passado na comunidade permitam ao paciente uma visão mais realista, este pode permanecer esperançoso em relação ao regresso das suas capacidades funcionais. Durante a reabilitação os pacientes podem agarrar-se à crença de que quando tiverem alta as suas incapacidades físicas diminuirão, e que poderão novamente funcionar da maneira que funcionavam anteriormente.

Os distúrbios de pensamento (Kohl, 1984) estão aparentemente mais relacionados com a adaptação à lesão, do que a factores de saúde mental pré-mórbida ou factores relacionados com a severidade da deficiência física. Para muitas pessoas a perda do membro coloca-os num ambiente totalmente estranho, no qual perdem a sensação de domínio sobre as suas respostas emocionais.

A ruptura de construções prévias bem definidas da imagem corporal e sentido de self pode levar os pacientes a sentirem-se confusos e disfóricos. A recuperação física de amputações traumáticas envolve muitas vezes cuidados médicos e modalidades de terapia que causam muita dor.

Quando estes cuidados se tornam uma rotina diária, alguns pacientes podem sentir desconforto causado pelos objectivos dos procedimentos do tratamento, e dos técnicos. Existem ainda preocupações em relação a à incidência de pesadelos e ao acordar, normalmente relacionados com o reviver da lesão, desfiguração futura, preocupações sobre o aspecto da parte do corpo que foi amputada, medo do isolamento emocional e social, e rejeição.

Desta forma, à medida que a pessoa adquire o domínio do novo funcionamento físico, exigido pela perda do membro, emerge a noção de competência emocional. Os técnicos devem reforçar este processo de forma que a energia positiva dispendida na aprendizagem de novas capacidades funcionais seja transferida para o desenvolvimento das suas relações sociais.

O grau de desespero com que a pessoa responde, está mais ligado ao sentido pré-mórbido de auto-estima do que à severidade da lesão. No entanto, quando a necessidade de amputar resulta de um processo de doença, os pacientes começam por demonstrar alívio, por oposição à sensação de perda. É, pois, necessário que se reconheça a legitimidade da existência de diferentes respostas, sem um juízo de valor sobre o que é certo ou errado. Aparentemente há dois componentes nas respostas do luto à perda do membro: a ausência do membro e o reconhecimento resultante da mudança na função (perda de função).

A mudança inicial no funcionamento deve-se à ausência do membro, mas outras adaptações devem ser feitas quando a prótese surge como substituta. O reconhecimento de que a função pode não ser facilmente reproduzida com a prótese, pode reactivar ou intensificar o processo de luto da perda do membro.

O reconhecimento de limitações consiste, então, no processo de definição dos limites impostos pela lesão. Dados os recursos internos e externos disponíveis, cada pessoa deve comparar o seu progresso e o domínio do desafio que lhe foi apresentado e não com as suas capacidades funcionais antes da lesão. Embora a prótese não seja na maior parte das vezes um substituto total e perfeito, a pessoa deve ter consciência da melhoria que a prótese pode dar.

O significado da lesão é também um aspecto importante para o indivíduo, sendo necessária uma reavaliação da vida, para que possa ocorrer a integração da lesão (Kohl, 1984). Qualquer pessoa confrontada com uma mudança na sua configuração e funcionamento físicos tenta perceber o porquê de estar nesta situação, questão que normalmente envolve uma avaliação dos comportamentos do próprio e da família antes da lesão.

A tentativa de resposta à pergunta «Porquê eu?» parece resultar de uma necessidade universal de justificar o porquê e de alguma forma tentar organizar o caos emocional em que se está a viver. Quando estes pensamentos se inserem numa «moldura religiosa» algumas pessoas recusam-se a lutar. A culpabilidade e a agressividade podem surgir na medida em que o handicap pode assumir para o indivíduo o valor de uma punição, mas

também pode acontecer sentirem-se privilegiados pela sua condição, orgulhosos, únicos, e com “poderes especiais”.

Para os sujeitos que aceitam de imediato as alterações decorrentes da deficiência, esta poderá representar uma forma de castigo merecido, ou o facto de ter sido escolhido por uma entidade divina, como sendo mártir deste sofrimento, ou porque a deficiência lhes dá a desculpa para uma dependência há muito desejada.

Esta procura de dar significado à lesão e ao processo de recuperação, deve ser direccionada para respostas acerca da direcção futura da vida da pessoa, uma reavaliação da vida, com os recursos que possui para lidar com a situação. Algumas pessoas usam esta experiência como uma segunda oportunidade para reorganizar a sua vida (Compton, 1973).

É esta capacidade de exploração de alternativas que leva ao crescimento, permitindo que a pessoa reorganize a sua vida. A Integração da Lesão é o processo de dar significado à vida, com potencial para realização pessoal. Esta procura de significado é encontrada quando a pessoa utiliza as emoções da experiência da lesão e do período de recuperação para reforçar o seu “self”, transformando-o em capacidades para encarar outros desafios no futuro.

Os técnicos reconhecem que o domínio da função é apenas parte da definição de reabilitação. Na verdade, existe frequentemente uma mudança no foco: das preocupações funcionais para a componente emocional, em termos de estabelecimento de objectivos. O processo de reabilitação ao ser interiorizado serve como ligação entre a vida passada e futura, dando uma sensação de continuidade e significado a esta “nova” vida.

Numa fase inicial é comum o regresso a estádios anteriores de desenvolvimento, e a emergência de necessidades emocionais de dependência (regressão). Os padrões mais frequentes incluem comportamento regressivo na interacção do paciente com a família, amigos, e membros da equipa de tratamento, manifestado através de comportamento infantil, dependência excessiva, “retirada” da vida social, hostilidade e, ocasionalmente, agressividade.

Isto é ainda mais evidente quando falamos da perda traumática de um membro, pois a ausência do membro geralmente retira à pessoa a sua capacidade funcional para ser independente.

A hostilidade pode ser dirigida ao próprio (considera-se como um “mau objecto”), ou exteriorizada para os parentes e prestadores de cuidados. Este momento poderá facilitar o aparecimento de condutas de natureza regressiva, favorecidas pelo próprio processo de internamento e posição de dependência (Oliveira, 2001). Quando uma tarefa física deixa de ser realizada sem ajuda, há uma perda emocional que corresponde também a uma perda de auto-estima.

No paciente adulto o regresso à “dependência” de cuidados físicos pode ser catastrófico. Contudo, a regressão poderá ser o ponto de partida para novas posições que possibilitem a consciência progressiva das alterações corporais (Oliveira, 2001).

A deficiência física, independentemente da sua forma de manifestação, pode afectar a imagem corporal do indivíduo (a alteração orgânica está sempre ligada a uma modificação da imagem corporal). Desta forma, a amputação de algum membro, segundo Kolb (1975, citado por Breakey, 1997), pode levar o indivíduo a sofrer modificações na sua experiência corporal. O estudo dos problemas específicos da amputação passa, também, pelo estudo do desenvolvimento psicológico, em particular, pelo modo como se estrutura e organiza o esquema e a imagem corporal, «já que estes são alguns dos vectores fundamentais à compreensão do vivido corporal» (Lains & Paixão, 1989, pp. 393, 394).

Mecanismos de Defesa e Amputações

A situação de amputação é, na generalidade, tão inesperada como traumática, obrigando o indivíduo lesado a recorrer-se de diversos elementos organizativos da sua personalidade, que lhe possibilitem uma vivência e resolução do problema (Oliveira,

2001). Podem surgir, ao longo do trajecto e até à sua organização final, angústias e dificuldades várias.

Nestas situações é fisiológico montar as defesas julgadas mais eficazes naquele momento de evolução, uma vez que os sistemas interno e externo são permanentemente conflituais, ambivalentes e susceptíveis de dor (Milheiro, 1988). Se as defesas do ego são potencialmente úteis em prevenir uma manifestação exagerada de ansiedade (Oliveira, 2001), as alterações ao funcionamento adaptativo são, por vezes, evidentes, podendo surgir mecanismos de defesa sob a forma de negação, regressão, projecção, formação reactiva, mecanismos de defesa necessários à integridade do Ego.

Na maior parte das vezes, estes mecanismos têm apenas um valor adaptativo, embora possam assumir aspectos patológicos, como a culpabilidade, depressão, negação e agressividade. Em última análise, consistem num processo que impede o reconhecimento da realidade de uma percepção traumatizante.

Desta forma, como resultado de uma experiência de sofrimento psíquico particular, os indivíduos constroem mecanismos que lhes permitam ultrapassar este sentimento doloroso. Os sujeitos podem utilizar diversas estratégias numa tentativa de se adaptarem à realidade, procurando neutralizar a ansiedade diante do novo estado do seu corpo.

Como defesas, podem ser adaptativas e, ao protegerem da realidade, dão tempo para o sujeito se ajustar à sua nova condição e conseqüentes limitações. Contudo, «o equilíbrio é sempre potencialmente instável, mesmo o aparentemente montado na forma mais rigorosa», como salienta Milheiro (1988). As deficiências físicas adquiridas exigem que as defesas do Ego sejam suficientes para conter uma ansiedade exagerada.

Nesta luta, contra a angústia emergente, são mobilizados os mecanismos de defesa do indivíduo, sobretudo a negação, na qual a pessoa num primeiro momento se recusa a acreditar no diagnóstico. A perda de uma parte de si obriga o sujeito a uma nova síntese do seu espaço, o que só por si determina uma regressão aos primeiros níveis de organização do corpo (Laíns e Paixão, 1989, p 396), com um reviver de valores

simbólicos e afectivos associados aos fragmentos do corpo e em particular ao valor do membro perdido (Oliveira, 2000, p 442).

Segundo Hammell (1995) é comum surgirem situações de negação de perda de capacidades. Este mecanismo (denegação) surge porque a realidade da perda é muito dolorosa para ser admitida, embora as circunstâncias não deixem margem para dúvidas.

De acordo com Kubler (1997), a negação não significa que o paciente abandonará totalmente a realidade no sentido de não enfrentar a perda, mas que, pelo menos naquele momento, não está preparado para enfrentar tal realidade.

Para Barat & Pierre (1998) é fundamental fazer a distinção entre estes sentimentos e a patologia depressiva no indivíduo. Nesta perspectiva, o problema dá-se quando isto não acontece, ou seja, se o indivíduo se fixar nesta fase (negação), ficando assim comprometido o processo de aceitação da perda física. Quando a tendência para criar situações evitativas é grande, a negação onipotente pode fazer desaparecer completamente as realidades incomodativas. Nesta medida, se houver uma prevalência dessas defesas, pode gerar-se uma situação em que não há lugar à reparação.

A reestruturação psíquica com valor adaptativo envolve um processo de luto, embora por vezes este não seja possível, pois a ferida narcísica reactivará outras ligadas à anterior reestruturação do Eu, nomeadamente as ligadas a medos precoces de abandono, podendo conduzir a uma situação de depressão.

Para que a aceitação da perda física, do auxílio do outro e da prótese ocorra, é necessário que o paciente encare a deficiência física de forma realista, evitando o uso da negação de forma maciça. Desta forma, a negação não é uma, solução definitiva para as frustrações do paciente, mas é aceite como uma fase do processo de luto, tendo em conta que após algum tempo o indivíduo deve aceitar, pelo menos parcialmente, a sua nova realidade. Surgem, sobretudo, os sentimentos depressivos, que são verbalizados pelo paciente no decurso do trabalho de luto.

Livneh (1991) refere que as reacções de luto são necessárias para a aceitação futura da perda e readaptação, a qual é conseguida através do abandono do “anterior Self” e pelo nascimento de uma nova auto-imagem. Desta forma, a compreensão do processo de luto associado á incapacidade física, envolve também os conceitos de narcisismo e auto-imagem. Quando a integridade e estabilidade do Eu estão em risco, podem ser investidas grandes quantidades de energia, em comportamentos compensatórios, onde se vai procurar uma valorização narcísica tão necessária.

Desta forma, a elaboração dos sentimentos depressivos fica, acidentalmente, impossibilitada. Noutros casos, podemos observar a evolução de rituais e comportamentos obsessivos, através de uma rigidificação do pensamento (Oliveira, 2001). A evolução pode não ser satisfatória, estabelecendo-se depressões crónicas, ou desenvolvendo-se até descompensações paranóides (Oliveira, 2001).

Mas “às vezes a dor não se sente, está ainda num lugar longínquo, e o paciente nega-a e não tolera sequer que a palavra dor seja pronunciada”, talvez porque “o que é partilhável não é a dor, mas a defesa contra ela” (Anzieu, 1985, p 204).

Desta forma, a posição depressiva está ligada à experiência de dependência do objecto, e as defesas maníacas dirigem-se contra qualquer sentimento de dependência. A relação maníaca com o objecto pode ser definida como uma tríade: controlo, triunfo e desprezo, que constituem a defesa contra os sentimentos depressivos de valorização e dependência do objecto, medo de o perder, e culpa por o atacar. A pessoa que se deprime é, na maior parte das vezes, incapaz de aceitar a perda de capacidades, bem como do seu projecto de vida planeado e tão desejado: agarra-se ao passado, logo não é capaz de imaginar a vida futura (Galhordas et al, 2004).

É, pois, necessário que o paciente encare a deficiência física de forma realista, evitando o uso de negação de forma maciça. Geralmente a negação é uma defesa temporária, mas necessária para que o paciente mantenha o seu equilíbrio psíquico.

Para Castelnuovo-Tedesco (1981), a perturbação narcísica aqui envolvida, ameaçadora da coesão do Eu, é um fenómeno psicológico complexo, cujas características dependem

sobretudo da natureza da alteração ocorrida e das características do ego e das relações de objecto do indivíduo. De acordo com Laíns & Paixão (1989, 401e 402) a qualidade das relações estabelecidas ao longo do desenvolvimento, e que foram determinantes na evolução do indivíduo, reaparecerão como diferenciadoras da personalidade do amputado face à amputação e à integração.

Para Oliveira (2001), é frequente o aparecimento de manifestações de agressividade projectada contra terceiros (familiares, profissionais, etc.), quando o sentimento de injustiça predomina. O estado de regressão pode também levá-lo à dependência excessiva, como pedido de reparação no exterior (Barat & Pierre, 1998), além do que exige o quadro clínico orgânico, mas a dependência pode ser um problema na reabilitação do paciente deficiente.

A hostilidade pode surgir como resposta aos sentimentos de impotência, como revolta que se manifesta numa pulsão agressiva onde podem surgir sentimentos como a raiva. A fantasia e devaneio são outra forma de fuga á realidade e da manutenção da integridade do Eu, e podem ser vistos como um elo vital entre a perturbação narcísica e a resposta adaptativa.

Síndrome de Pós-Amputação

Após a amputação, existem dores e sensações características que constituem aquilo a que alguns autores designam de “síndrome de pós-amputação” (Hodges & Bender, 1994), e que inclui dor no coto, sensação do membro fantasma e dor fantasma. O “síndrome de pós-amputação” foi inicialmente estudado numa população de antigos soldados vítimas de amputação durante os combates. Posteriormente, o interesse recairia sobre a população vítima de amputações recentes.

Dor Residual (Coto)

Embora a literatura raramente distinga entre dor no coto e dor fantasma, a dor no coto tem uma localização específica, apresentando características de desconforto leve, moderado, ou intenso, em consequência de diversos tipos de complicações. Após a amputação, os objectivos primários são a prevenção de edema, assegurar que a ferida saia e prevenir quaisquer complicações.

Inicialmente, o paciente utiliza uma prótese com gesso, para adequar o coto, tornando-o mais fino, rígido e indolor, para que possa ocorrer um bom ajuste da prótese ao corpo. No período pós-amputação, mais precisamente entre a segunda e a terceira semanas, podem surgir complicações que podem afectar o coto, nomeadamente, a deiscência de suturas, edemas, ulceração do coto, inflamações, infecções, retracção da cicatriz, neuromas, espículas ósseas e dor fantasma.

Rohlf et al (2000) salientam o surgimento de problemas cutâneos, problemas ósseos, escolioses e neuromas. Quanto mais cedo forem identificadas as causas dessas complicações, mais rápido será o controlo e a cura, o que possibilitará um melhor desempenho do paciente na fase de reabilitação. Mais tardiamente podem ocorrer problemas decorrentes de causas como neuromas, contracturas musculares e hipotrofias.

Após uma intervenção cirúrgica, a dor pós-operatória surge de forma quase sistemática durante alguns dias. A dor no coto é localizada na extremidade amputada e surge frequentemente logo após a amputação, em mais de 50% dos indivíduos (Marshall et al, 1992). Esta dor poderá ser espontânea, constante, com reactivações dolorosas, e poderá estar presente perante a estimulação táctil do coto. Pode evoluir através de crises dolorosas que se repetem várias vezes ao longo do dia (Ginies et al, 1996). Em algumas pesquisas, 57% dos pacientes sofrem a dor do coto imediatamente após a amputação. Exames do coto frequentemente revelam patologias encontradas, que podem explicar a dor no coto e/ou a dor fantasma: patologias da pele, distúrbios circulatórios, infecções da pele, tecido adjacente ou ossos, neuromas.

Para Vaida & Friedmann (1991) a dor do membro pode dever-se a causas como dor fantasma, formação de neuroma, progressão de doença vascular primária, e dor de uma prótese que não serve. Geralmente vários encaixes têm que ser feitos no primeiro ano, porque o membro residual encolhe e muda de forma. A dor no membro amputado é frequentemente difícil de tratar, e por vezes resulta em maior incapacidade para o amputado (Sherman & Sherman, 1984, 1985).

De todos os sintomas que caracterizam o síndrome de pós-amputação, o fenómeno fantasma é aquele que maior interesse tem despertado ao longo do tempo em investigadores de diferentes áreas de formação.

Membro Fantasma

Definiu-se como membro fantasma a experiência de possuir um membro ausente que se comporta similarmente ao membro real e sensações de membro fantasma como vários tipos de sensações referidas ao membro ausente. Este fenómeno tem inspirado vários estudiosos ao longo de muitos séculos. Apesar do interesse que este fenómeno sempre suscitou, só mais recentemente é que é possível encontrar, com alguma frequência, descrições clínicas e estudos dedicados especificamente a este problema.

Em 1551, Ambroise Paré descreveu o fenómeno do membro fantasma, definido como uma sensação não dolorosa do membro amputado, notada no período imediatamente após a amputação, que gradativamente vai diminuindo a sua intensidade podendo, no entanto, persistir durante toda a vida.

O fenómeno do membro fantasma ocorre na quase totalidade de sujeitos submetidos a uma amputação (Carlen et al, 1978; Shukla et al, 1982; Jensen et al, 1983, 1984, 1985; Melzack, 1990; Ginies et al, 1996). No início, o membro fantasma apresenta todas as características do membro real mas, com o tempo, vai sofrendo transformações no seu tamanho e forma, ou seja, vai lentamente encolhendo em direcção ao coto (telescopia).

As experiências fantasma variam de forma significativa na intensidade, frequência, e no modo como é vivida a experiência (Jensen et al, 1983, 1984). Apesar de variações, a experiência do membro fantasma pode ser dividida em sensações simples (sensações cutâneas do tipo formigueiro, pontadas, calor, frio, comichão, normalmente indiferenciadas e de localização difusa), sensações complexas (postura, comprimento, volume), movimentos (movimentos desejados, movimentos espontâneos, movimentos associados).

De acordo com Sherman & Sherman (1984, 1985) muitos tratamentos falham na redução dos sintomas de dor fantasma associada a uma amputação.

Num estudo fenomenológico realizado em 1982 por Shukla e colaboradores, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre a prevalência deste fenômeno em amputações do membro superior direito e esquerdo, sendo superior nas primeiras, o que levou os autores a suporem que, quanto mais significativo fosse o membro, mais persistente e grave seria o fenômeno do membro fantasma.

No mesmo estudo, verificou-se que 50% dos fenômenos do membro fantasma surgem durante as primeiras 24 horas após a amputação, 25% durante o período entre as 24 horas e as 48 horas após a amputação, e 10% após o período das 72 horas. Regra geral, parece surgir mais cedo em amputações do membro inferior (em 33% dos amputados nas primeiras 24 horas), comparativamente com as amputações do membro superior (menos de metade nas primeiras 24 horas).

Resultados semelhantes foram encontrados por Jensen e colaboradores (1983, 1984). Neste estudo, o membro fantasma verificou-se em cerca de 90% dos indivíduos: destes, surgiu em 33% nas primeiras 24 horas imediatamente após recuperarem da anestesia, 37% durante o período entre o primeiro e o quarto dia, 20% durante o período entre o quinto e o oitavo dia, e 10% a partir do nono dia. Este fenômeno mantém-se durante algumas semanas, com tendência a desaparecer ao longo do processo de telescopia.

A sua frequência e duração decresce de forma significativa, sobretudo durante os primeiros seis meses (Jensen et al, 1984). Schilder (1950) relata que quando uma perna é

amputada, aparece fantasma, ou seja, o indivíduo ainda sente a perna. Aparentemente, a sensação do membro fantasma depende grandemente de factores emocionais e da situação de vida. Apesar da sensação do membro poder resistir constante durante anos seguidos, o membro fantasma passa por importantes mudanças nos dois primeiros anos após a amputação.

As sensações fantasma ocorrem em todos os pacientes com perda traumática de um membro, apesar da sua duração e impacto no uso da prótese poder variar (Kohl, 1984). A interpretação do feedback neurológico do membro “perdido” pode causar confusão e diminuir o processamento de informação pelo paciente confrontado visualmente com a ausência do membro. Os pacientes podem apresentar desorientação, ao tentar decodificar as mensagens do seu cérebro acerca do membro que os seus olhos processam como ausente.

Contudo, o membro fantasma raramente é observado em amputações congénitas ou em crianças amputadas antes dos 6 anos de idade. Para Riese, citado por Laíns & Paixão (1989), o fantasma é a expressão de uma dificuldade do indivíduo na adaptação à privação brutal de uma parte periférica e importante do seu corpo. De acordo com Mikorey (1959), o aparecimento do fantasma seria o equivalente psicológico da regeneração biológica.

O Significado da Dor

“Assess the person, not just the pain”

(D. Turk)

A Associação Internacional para o Estudo da Dor, reformulando uma definição já proposta por Mesrskey e Spear em 1967 estabeleceu que a dor é uma sensação desagradável ou uma experiência emocional associada a uma reacção de tecido nervoso, sendo descrita em termos dessa mesma reacção (Melzack & Wall, 1982).

Desde o antigo testamento, a dor foi considerada uma medida disciplinar para os pecadores e uma provação para os justos. Com o advento do Cristianismo, a dor foi vista de maneira definida como forma de iluminação ou de obtenção de graças e até como sacramento (Bonica, 1953).

Para os neurologistas, a dor corresponde a uma “experiência sensorial e emocional desagradável que está associada ou é descrita em termos de lesões teciduais”.

De acordo com Strain (1975) a simbolização da dor pode ocorrer como um sinal registado pelo ego de uma ameaça à integridade estrutural ou funcional do organismo, como um pedido de ajuda, ou como uma forma de aviso perda eminente do objecto.

A dor pode ser utilizada como forma de manipulação do outro, ou como forma de aliviar a culpa por alguma falta, real ou imaginária, cometida anteriormente (Bond, 1984).

De acordo com dados da International Association on the study of Pain (IASP) e da European Federation of the IASP chapters (EFIC), uma em cada três pessoas com dor tem menos ou nenhuma capacidade para manter um estilo de vida independente. A dor pode ser incontrolável, e, assim, capaz de comprometer a qualidade de vida (Turk & Melzack, 1992).

Embora a dor seja um fenómeno universal, é sentida e expressa muito diferentemente (dimensão subjectiva). Por ser um sintoma complexo, individual e subjectivo, ela envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais que só podem ser partilhados a partir do relato de quem a sente (Pimenta & Teixeira, 1995). Também Baszanger (1989) refere que a dor é um fenómeno perceptivo complexo, subjectivo e multidimensional e, constitui uma experiência única de cada indivíduo.

De acordo com Fleming (2003), a dor rompe a unidade e o ritmo habitual da existência, obrigando o indivíduo a confrontar-se com os seus limites: «obriga-o à consciência da finitude, já que ela se constitui como resposta a uma fractura do organismo, e portanto do psiquismo», ameaçando o sentimento de identidade.

Também o limiar de sensibilidade à dor não é o mesmo: «a personalidade pressupõe organizações psíquicas internas, e portanto modalidades específicas de lidar com a dor, que pode ir da capacidade de a conter mentalmente, de a elaborar, à necessidade de a expulsar, de a negar, de a desprezar» (Fleming, 2003). Desta forma, a atitude face à dor, e os comportamentos de resposta variam consoante a condição social, a cultura, os contextos de vida, e a história pessoal.

Segundo Freud, quando sofrermos uma dor orgânica, a estrutura libidinal modifica-se imediatamente. Nesse momento, todas as energias fluem para o órgão doente. De acordo com Castelnuovo-Tedesco (1981) dá-se uma nova distribuição do investimento emocional no corpo, em que umas partes deixam de ser investidas, e outras passam a sê-lo, podendo mesmo ocorrer um hiperinvestimento compensatório nas partes do corpo consideradas sãs.

Para Szas, citado por Fleming (2003), a dor é um afecto que tem a ver com a relação do ego com o corpo, uma vez que o ego não se relaciona só com objectos internos e externos, mas também com o corpo, do self, sendo o corpo, o primeiro objecto externo do ego, o primeiro objecto que o bebé explora e descobre. Em 1946, M. Klein publica um artigo no qual desenvolve o modelo das posições, um modelo sobre a ansiedade (ansiedade persecutória e ansiedade depressiva), particularmente, o modo como a mente se organiza e trata as ansiedades mais precoces, e sobre o modo como se organiza para as tornar toleráveis ao Ego. Estas posições remetem para níveis de tolerância ao “mau”, que em Klein é equivalente a dor, e portanto para as defesas contra a dor.

Bion (1967), acrescenta que a intensidade da dor nem sempre é proporcional à gravidade do distúrbio. Pontalis (1999) situa a dor no espaço intermédio entre a angústia e o sofrimento do luto, entre o investimento narcísico e o investimento objectal.

A relação entre a problemática da dor e do narcisismo tem merecido grande atenção por parte de alguns autores (Fleming, 2003), uma vez que o sofrimento não se limita à dor física, decorrendo da violação da integridade da própria pessoa como um todo, e não somente da agressão ao corpo ou às funções por si usualmente desempenhadas (Langer, 1994).

A Dor Fantasma

A dor fantasma consiste na dor no membro fantasma, e pode ser sentida de diferentes modos, nomeadamente através de sensação de corte, queimadura, picada, corrente eléctrica, latejar, comichão, choque, entre outras (Carlen et al, 1978; Shukla et al, 1982; Jensen et al, 1983, 1985; Lundberg & Guggenheim, 1986; Ginies et al, 1996). Cerca de 70% dos amputados sofrem algumas sensações desagradáveis no membro fantasma, genericamente descritas como dolorosas (Shukla et al, 1982; Carlen et al, 1978; Jensen et al, 1983, 1985; Marshall et al, 1992; Melzack, 1992).

Dois anos após a amputação, 60% dos indivíduos continuam a sofrer de dor no membro fantasma (Jensen et al, 1985), e mesmo sete anos após a amputação 50% dos amputados continuam a ter estas dores (Melzack, 1990). Esta dor surge, no entanto, com maior frequência em indivíduos que apresentam dor no membro antes deste ser amputado (Jensen et al, 1983). De acordo com Jensen et al. (1985), a sua persistência por um período superior a seis meses, é significativamente mais frequente em indivíduos com dor no coto, e predomina nos amputados do membro superior comparativamente com os amputados do membro inferior (Shukla et al, 1982).

Regra geral, a dor fantasma não é constante para a maior parte dos indivíduos: os episódios de dor vão diminuindo de duração e frequência (Jensen et al, 1983, 1985). Quando a dor fantasma persiste, o uso da prótese pode exacerbar a dor, causando fadiga e irritabilidade, o que pode aumentar a frustração da pessoa e o não aperfeiçoamento das suas capacidades com a prótese. Contudo, a resolução da dor fantasma tem sido necessária para atingir um óptimo funcionamento da prótese e a adaptação psicossocial (Brown, 1980).

O domínio funcional da prótese facilita a aceitação da prótese como substituta de uma parte do corpo e devolve a sensação de corpo completo. Desta forma, à medida que a pessoa se torna eficiente na resolução de problemas com a prótese, emerge uma percepção do corpo completo, que é também sentida como uma sensação de estado

emocional completo, sensação que permite que a pessoa se sinta completa com ou sem a prótese.

A dor fantasma varia consideravelmente na sua localização, características, frequência, e duração, nos primeiros seis meses após a amputação.

Existem, actualmente, dois grandes grupos de teorias explicativas: a orgânica e a psicológica (Carlen et al, 1978; Shukla et al, 1982).

A Teoria Orgânica pode ser subdividida em três, considerando os diferentes mecanismos usados para explicar estes fenómenos.

Mecanismos periféricos: a teoria dos mecanismos periféricos propõe que, apesar do desaparecimento do membro ou de uma parte, na nova extremidade do membro as aferências nervosas, ainda que seccionadas, continuam a gerar impulsos.

Mecanismos centrais: estes modelos centram a explicação do fenómeno na persistência das estruturas nervosas centrais, que deixam de ser estimuladas pelas terminações nervosas existentes antes da amputação.

Teoria mista: defende como hipótese explicativa da dor fantasma, a combinação dos mecanismos descritos anteriormente (periféricos e centrais), na medida em que nenhuma das teorias anteriormente descritas poderá, por si só, explicar o fenómeno (Jensen et al, 1983, 1984; Hodges & Bender, 1994).

Em relação às Teorias Psicológicas, Hodges & Bender (1994), numa revisão de estudos nesta área, referem autores como Parkes (1973), e Frazier & Kolb (1970) que, até ao final da década de 70, consideraram a dor fantasma como um resultado ou como uma evidência de perturbações psiquiátricas relacionadas com a perda.

Os defensores das teorias orgânicas, apesar de aceitarem o envolvimento de variáveis psicológicas na vivência do fenómeno fantasma, não as consideram pertinentes para a explicação da génese ou persistência deste síndrome (Hodges & Bender, 1994). De

acordo com Melzack (1989), o sistema neurológico existe no cérebro mesmo quando input corporal é cortado por uma amputação.

A Teoria do Portão do Controlo de Dor (Melzack & Wall, 1982), aborda o fenómeno da dor numa perspectiva múltipla, considerando que existem factores fisiológicos, emocionais, e comportamentais que podem potenciar ou diminuir a dor. Embora esta sensação ainda não seja totalmente percebida, é referida como sendo comum em amputados de origem traumática.

Para Laíns e Paixão (1989), o membro fantasma surge com a intenção de perpetuar uma ausência sentida, experienciada pelo próprio. A sensação fantasma pode, então, ser caracterizada como o desejo de preservar a integridade anatómica corporal, podendo ser entendida como uma reintegração corporal. Nos casos em que a amputação surge por “doença” do membro, a intervenção cirúrgica é sentida como benéfica, permitindo desta forma a realização do luto do membro, não sendo necessária a formação do membro fantasma (Oliveira, 2001).

Também Teixeira (1999) refere que a sensação e/ou dor fantasma não são observadas nos pacientes que nasceram com a falta de um membro. Nestes casos, a amputação não representa a perda da integridade corporal, provavelmente porque estes pacientes não terem ainda formado uma imagem corporal.

A dor fantasma é, portanto, definida como uma sensação dolorosa do membro amputado, e consiste na percepção de sensações geralmente dolorosas em partes do membro que foram retiradas na cirurgia. Compreende um indefinido e incomparável fenómeno sensorial, e a sua delimitação clínica é dificultada por diferenças no limiar/tolerância da dor de um amputado para outro.

Embora a causa da dor seja polémica, de acordo com Melzack (1989) e Schwell & Bunch (1992), a sua etiologia e controlo permanecem controversos, sendo mais comum nas amputações traumáticas. Alguns estudos referem que a dor fantasma é mais comum em amputados por acidentes militares (perda repentina do membro), e dos membros superiores do que em amputados civis e dos membros inferiores.

É geralmente dito que a dor fantasma diminui gradualmente e desaparece durante os primeiros anos. Parkes (1973) fez uma pesquisa onde 63% dos pacientes apresentavam dores fantasma médias ou severas imediatamente após a amputação do membro; após 13 meses somente 30% dos pacientes ainda apresentavam dor intensa. Num estudo de Sherman com 2694 pacientes amputados que apresentavam dor fantasma, 51% têm dor mais de 6 dias por mês e 44% notaram diminuição da dor ao longo de 30 anos. Contudo, tem sido difícil determinar o curso temporal e estimar exactamente a incidência da persistência da dor fantasma.

A dor-fantasma é um problema clínico muito importante, pode interferir na reabilitação, prolongando a estadia hospitalar e aumentando o número de provas da prótese. Em geral, verifica-se que os pacientes que lidaram melhor com a perda do membro sofrem menos da dor-fantasma.

A dor fantasma é frequente em 97% dos amputados, ocorrendo logo após a amputação. Contudo, o surgimento pode dar-se tardiamente á amputação, e ter uma duração imprevisível. De acordo com Rohlfs et al (2000), a dor fantasma tem um papel importante na tentativa psicológica de não se desprender da parte perdida, podendo ser caracterizada como o desejo de preservar a integridade anatómica corporal.

No início da década de 50, Schilder recusa todos os reducionismos implícitos nos pontos de vista que fazem depender exclusivamente a explicação dos fenómenos fantasma num ou noutro sistema (psicológico e/ou nervoso, periférico ou central). Para este autor, a explicação deste tipo de fenómenos deve ser conseguida pela integração das anteriores perspectivas, orgânicas e psicológicas, no conceito de “imagem corporal”, compreendido como um fenómeno de natureza somato-psíquico.

Para Schilder, o fantasma é uma das manifestações mais evidentes do modelo postural do corpo, representado basicamente por sensações tácteis e cinestésicas, que são sempre acompanhadas de imagens visuais (Oliveira, 2001). Desta forma, a atitude em relação ao membro fantasma mostra que as pessoas atingidas com a perda de um membro desejam recriar a integridade do corpo.

Schilder considera que «a formação do fantasma depende essencialmente dos factores emocionais e da situação vivida» (Lains & Paixão, 1989, p 398). A antecipação da amputação e o facto do membro estar já «doente» por vezes desencadeador de fortes dores, leva a que a intervenção cirúrgica seja sentida como benéfica, permitindo desta forma a realização do luto do membro, de tal maneira que parece não ser necessária a formação do membro fantasma (Oliveira, 2001). De facto, as amputações dos membros gangrenados referem uma significativa ausência de sensações como a do membro fantasma.

A descrição dos mecanismos subjacentes à construção e desenvolvimento desta “**imagem corporal**” constitui-se, então, como o elemento central na explicação dos fenómenos fantasma.

Imagem Corporal e Amputação

Toda a doença física é acompanhada, em algum grau, de perturbações da imagem corporal (Henker, 1979). Qualquer amputação implica sempre a perda de um órgão ou função. Trata-se, portanto, de uma perda física (um “ataque ao corpo biológico”) que implica uma alteração da aparência, com consequente desvalorização da imagem estética.

A imagem corporal das pessoas que perderam um membro apresenta três constructos diferentes: com a prótese; sem a prótese; e com o corpo intacto ou pré-lesão (Kohl, 1984).

Uma das principais contribuições nesta área foi dada por Schilder, numa obra pioneira sobre a imagem do corpo, na qual procede a uma distinção entre a base neurofisiológica propriamente dita e a estrutura libidinal, ou realidade psicológica do corpo. Este termo foi utilizado por Schilder em 1923, e inspirado na noção de esquema corporal.

Constata-se que tem havido uma predominância do termo “esquema corporal” na Neurologia, e de “imagem corporal “ na Psicologia. Na Perspectiva Neurológica, a

imagem do corpo é descrita como um processo integrador, que está na base de diversas competências e aquisições. Na Perspectiva Psicológica, o conceito engloba todas as representações percepções, atitudes, e sentimentos que o sujeito constrói relativamente ao seu corpo.

Para Schilder (1950) o esquema corporal liga-se a uma realidade neurofisiológica, a “base biológica” (o “material” da imagem corporal). Apesar da imagem corporal se constituir nesta “base biológica”, é o afecto que confere a esses materiais uma estrutura e uma significação.

De acordo com Dolto (2004), o esquema corporal é uma realidade, sendo de certa forma o nosso viver carnal no contacto com o mundo físico e estrutura-se pela aprendizagem e pela experiência. Desta forma, “o esquema corporal é, em princípio, o mesmo para todos os indivíduos da espécie humana” (Dolto, 2004, p 14). A imagem corporal apela ao que mais precocemente é adquirido através da experientiação da relação dual; é a representação mental do nosso corpo, uma imagem tridimensional cuja construção ultrapassa a pura percepção (Schilder, 1950/1981).

A imagem do corpo corresponde, portanto, à imagem que o sujeito tem do seu próprio corpo (representação imaginária relacionada com a forma pela qual o corpo é percebido pelo indivíduo). Para Osório (1992) a imagem corporal é uma representação condensada das experiências passadas e presentes, reais ou fantasiadas, conscientes ou inconscientes. Para Schilder, a imagem do corpo consiste na representação simultaneamente consciente e inconsciente da posição do corpo no espaço, considerado sob três aspectos: o de um suporte fisiológico, o de uma estrutura libidinal e o de um significado social.

Trata-se de uma elaboração da imagem do corpo segundo as modalidades que lhe seriam particulares, por intermédio de referenciais, relacionais de carácter sensorial e da sua cumplicidade afectiva com alguém que o ama, que o introduz numa relação triangular, e que lhe permite assim alcançar a relação simbólica (castração no sentido psicanalítico). De acordo com Schilder, a imagem do corpo, é singular, está ligada ao sujeito e à sua história: tem representação psíquica e pertence à dimensão do simbólico e do representativo.

De acordo com Dolto (1984), todo o contacto com o outro (quer o contacto seja de comunicação ou para evitá-la), é subentendido pela imagem do corpo. Neste sentido, a imagem corporal adquire-se, estrutura-se e elabora-se num contacto permanente com o exterior.

Para Schilder, a imagem corporal reflecte a relação do sujeito com o outro e consigo, de onde emerge uma imagem. A imagem corporal consiste numa representação mental do corpo, que se apresenta como um sistema de referência fundamental para a compreensão de todas as condutas humanas, sejam elas normais ou patológicas.

Construção e Desenvolvimento da Imagem Corporal

A imagem do corpo estrutura-se na nossa mente, no contacto do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o primado do inconsciente, entram na sua formação contribuições anatómicas, fisiológicas, neurológicas, sociológicas, etc.

A Teoria Psicanalítica considera que a imagem corporal é construída através da interacção entre o Ego e o Id, num interjogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais. Freud (1923) considerou a representação do corpo como um elemento fundamental na génese do Eu e na sua diferenciação do Id.

Os orifícios em contacto com o mundo, ao permitirem trocas essenciais, constituem zonas sensoriais e eróticas de grande importância nas diferentes funções da nossa vida, bem como pontos referenciais do modelo postural. Schilder propõe a possibilidade da imagem corporal de organizar ao longo de oito períodos:

- Fase oral: decorre ao longo dos três primeiros meses de vida da criança, e está ligada fundamentalmente à cavidade bucal e às sensações que aí se originam;

-
- Fase orovisual: patente a partir dos três meses, e que consiste no alargamento do espaço oral à custa de algumas configurações visuais, proporcionadas pela convergência visual, pela preensão manual, e pela coordenação óculo-manual;
 - Fase cutâneo-oral: corresponde a novas sensações cutâneas produzidas pela temperatura, movimentos, etc., permitindo o alargamento do espaço oral;
 - Fase manual: caracteriza-se pela descoberta das mãos e a riqueza que esta descoberta proporciona, ocorrendo entre os 3 e os 6 meses;
 - Fase anal: a criança desloca agora a sua atenção para o pólo anal, o que acontece a partir do segundo semestre de vida, a utilização dos esfíncteres tem uma importância decisiva na maturação psicobiológica e na aquisição da imagem corporal;
 - Fase de integração do tronco: pelo segundo ano de vida, a criança acede à marcha, controlo do pólo anal, e à conquista das mãos, factores que na sua integração permitem definir os limites da figura corporal;
 - Fase da imagem total: depende do uso do nome para se auto-designar e da experiência do espelho, factos que ocorrem pelo terceiro ano de vida;
 - Por fim, temos o esquema corporal, que integra as impressões proprioceptivas e intraceptivas obtidas a partir dos movimentos viscerais e corporais.

Segundo Dolto (1984) a imagem do corpo é sempre inconsciente, e é constituída pela articulação dinâmica de uma imagem de base, uma imagem funcional e de uma imagem das zonas erógenas onde se expressa a tensão das pulsões.

A Imagem de Base é o primeiro componente da imagem do corpo: esta não pode ser atingida, não pode ser alterada, sem que surjam logo uma representação, um fantasma, que ameaçam a própria vida.

A Imagem Funcional corresponde ao segundo componente da imagem do corpo, e deve permitir uma utilização adaptada do esquema corporal.

A Imagem Erógena é o terceiro componente da imagem do corpo, e deve abrir ao sujeito o caminho de um prazer partilhado, naquilo que tem como valor simbólico e pode ser expresso não apenas através de mímica e agir, mas com palavras ditas por outrem, memorizadas na situação pela criança que as utilizará com conhecimento de causa quando vier a falar (Dolto, 1984).

A imagem dinâmica corresponde, então, ao “desejo de ser”, uma intensidade de expectativa de atingir o objecto (Dolto, 1984).

Desta forma, a imagem do corpo elabora-se na história do sujeito, e constrói-se ao longo do desenvolvimento da criança. Para Schilder (1950), a imagem corporal é uma das experiências básicas na vida de qualquer um. A noção de imagem do corpo por si introduzida em, salienta a importância da formação da imagem do corpo na génese da representação de si.

A definição de imagem corporal proposta por Krueger (1990) define imagem corporal como a representação mental do próprio corpo e ressalva a importância dessa imagem ser fruto da absorção das experiências vividas.

Shontz (1990) sublinha que a organização da imagem corporal não é puramente neurológica nem mental, acreditando que as emoções tenham um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal.

Sanglade (1983) propõe três acepções para o termo imagem corporal, estreitamente dependentes:

- Esquema corporal (substrato neurológico da imagem do corpo);
- Representação de si (o corpo que nos é dado ver);
- Imagem do corpo (representação mental inconsciente do Eu).

De acordo com Tavares (2003), a imagem corporal engloba todas as formas pelas quais uma pessoa experimenta e conceitua o seu próprio corpo, sendo compreendida como um fenómeno singular, estruturado no contexto da experiência existencial e individual do ser humano num universo de interrelações entre imagens corporais.

Desta forma, a imagem corporal é um conceito complexo e multidimensional, que inclui um vasto conjunto de aspectos psicológicos e sociais que estão interligados.

Cash e Pruzinsky (1990) consideram que a imagem corporal se refere às percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e às suas experiências (experiência subjectiva). Estas imagens corporais são multifacetadas, dinâmicas, influenciam o processamento da informação, o comportamento, e particularmente as relações interpessoais.

A personalidade humana atravessa situações das mais diversas na vida, tornando-se imperiosas as mudanças e adaptações. Desta forma, a imagem corporal é lábil, mutável, e incompleta, e depende do uso que fazemos das nossas percepções e das relações objectais.

Schilder afirma que a imagem corporal é passível de transformação durante toda a vida, embora a sua estruturação seja facilitada nos primeiros anos de vida, devido às condições fisiológicas, afectivas e sociais peculiares dessa época. No seu resultado final, esta imagem, é uma unidade, no sentido que tem a possibilidade de unir as diversas relações e experiências que desenvolvemos ao longo da vida.

As experiências corporais que determinam a imagem corporal contribuem para a modelação de um esquema que se irá reflectir na adolescência e na vida adulta. Embora a sua forma possa ser lapidada, conserva os elementos da construção inicial, apesar das transformações ocorridas ao longo da vida. Assim, não existe um desenvolvimento do modelo postural do corpo decorrente apenas de factores internos. Com as mudanças nas situações fisiológicas da vida, aparecem novas estruturações e as situações vitais estão sempre a mudar.

A imagem do corpo estruturaliza-se na mente, no contacto do indivíduo consigo mesmo, e com o mundo que o rodeia. Estabelece-se á custa da percepção, que vai registando modelos de postura, que se modificam constantemente, a partir de manifestações emocionais, que dependem da mobilização das zonas erógenas (Dolto, 1984).

Em cada momento, cada atitude emocional confere determinado modelo postural, pois obedece ora ao instinto de vida, ora ao instinto de morte (Dolto, 1984). Através do conceito de narcisismo e de auto-imagem, pode-se entender o desenvolvimento da identidade como um composto do self psicológico e somático (Oliveira, 2001).

Ferenczi foi dos primeiros autores a questionar-se sobre a génese da imagem do corpo, e sobre os seus fundamentos libidinais. Refere que o investimento libidinal das zonas erógenas se estende a outras partes primitivamente não erógenas do corpo, em função da sua semelhança com as zonas erógenas. Segundo Fenichel, o corpo tem um importante papel na concepção da realidade, e a evolução da imagem corporal dá-se paralelamente ao desenvolvimento das percepções, do pensamento, e das relações objectais.

Para Sanglade (1983) temos o corpo designado como princípio unificador, contendo e delimitando os mundos interno e externo; a membrana corporal separando e pondo em contacto esses mundos, fundando a unidade de si e ao mesmo tempo a diferença de si e do outro.

Klein descreveu o papel prevalente do investimento pulsional pela criança do interior do corpo da sua mãe, que condiciona o movimento permanente da introjecção e da projecção, o investimento pulsional e a representação do corpo próprio.

Lacan considera que o momento de constituição de imagem do corpo é o estágio do espelho, sublinhando o facto de a imagem do nosso corpo se assemelhar à imagem que temos dele no espelho.

Schilder salienta que o interesse que temos por espelhos traduz a labilidade do nosso modelo postural do corpo, da insuficiência dos dados imediatos, da necessidade de estruturar a imagem do nosso corpo num esforço construtivo contínuo (Schilder, 1950).

Para Schilder (1981) a imagem corporal estrutura-se nos contactos sociais. O modelo postural do corpo desenvolve-se especialmente em contacto com o mundo externo, e as partes do nosso corpo que mantêm um contacto variado e estreito com a realidade são as mais importantes. De acordo com Schilder, a construção da imagem corporal baseia-se não apenas na história individual da pessoa, mas também nas suas relações com os outros.

A criança recém-nascida é inicialmente um Ego corporal, que se relaciona com o mundo por meio de sensações e percepções. Os registos dessa relação irão constituir pequenos núcleos de Ego rudimentar, que se vão integrando lentamente, pela experiência quotidiana do bebé. Essa interação resulta das descobertas parciais que ele vai fazendo do seu corpo, mãos, pés, pernas, etc., associadas à percepção que ele tem da forma como a mãe o vê e como ele se relaciona com ela.

Estes registos vão, gradualmente, constituindo a representação psíquica que a criança (e posteriormente o adulto) terá de si mesmo, formando a sua primeira identidade, denominada imagem corporal. Esta representação psíquica está ligada à qualidade da relação da criança com o seu mundo e o seu corpo e, em função disso, estará mais forte ou mais frágil.

Ao nível libidinal, a imagem corporal é construída através do interesse que temos pelo nosso corpo, mas também através do interesse demonstrado pelos outros, através de acções ou simplesmente por meio de palavras e atitudes (Schilder, 1950/1981). Como refere Milheiro (1988), qualquer adulto tem uma certa imagem de si (auto-imagem), perante os seus próprios olhos, mas tem-na também perante os olhos das pessoas que o rodeiam no seu meio sociocultural e lha devolvem.

Freud (1923) considerou a representação do corpo como um elemento fundamental na génese do Eu: é através do corpo que o indivíduo se situa e se estabelece no mundo, desempenhando por isso um importante papel na definição de padrões do conhecimento de si e de construção de identidades.

De acordo com Trincão (1988), o adulto organizado tem o sentimento da sua identidade pessoal e da sua identidade social, adquiridos de forma evolutiva e progressiva no desenvolvimento psíquico e sexual, resultante da instalação de três tipos de vínculo: vínculo espacial, vínculo temporal (fundamentais para a construção da identidade pessoal) e o terceiro vínculo, que se refere à integração social da identidade.

Inicialmente a libido é dada ao corpo como um todo, sendo que no feto e na criança recém-nascida apenas existe libido narcisista. Nesta fase, a criança interessa-se apenas por si própria, sem se preocupar com o mundo externo (narcisismo primário). De acordo com Freud, segue-se uma fase auto-erótica, na qual a libido é concentrada em partes do corpo que têm significação erógena especial.

Primeiro, há a libido oral auto-erótica (fase canibalista), em que o organismo tenta incorporar o mundo externo. Porém, este só é considerado segundo a sua capacidade ou não de produzir satisfação. Um pouco mais tarde, o mundo externo é percebido e recebe a sua parcela de interesse. Por volta do terceiro ano, podem ocorrer tendências anais e homossexuais em relação aos objectos externos.

Finalmente, com o desenvolvimento do complexo de Édipo, os objectos (pessoas amadas) assumem um contorno mais íntimo. Nesta fase, a conquista do mundo externo já começou, os genitais adquirem uma nova significação e tornam-se a principal zona libidinal do corpo. Desta forma, a unidade emocional do corpo depende do desenvolvimento de relações objectais totais durante o complexo de Édipo.

De acordo com Cardoso (1991) o desenvolvimento psíquico e emocional do indivíduo está, numa primeira etapa da vida, inteiramente vinculado ao seu desenvolvimento, físico e biológico. A reflexão sobre o conjunto de problemas inerentes à amputação, põe desde logo em relevo a importância do corpo enquanto elemento vivido (Lains & Paixão, 1989). Este corpo vivido (corpo psicológico), é uma das referências fundamentais da noção de «Eu» (Lains & Paixão, 1989, p 393).

Neste sentido a noção do corpo próprio assume um valor particular, não tanto como definição genérica, mas enquanto representação a que se atribui um determinado valor

afectivo e simbólico (Lains & Paixão, 1989). Desta forma, a perda de uma parte de si obriga o sujeito a uma nova síntese do seu espaço, o que determina uma regressão aos primeiros níveis de organização do corpo (Lains e Paixão, 1989).

A existência de uma evolução paralela e indissociável do Eu e da imagem do corpo conduz a que toda a lesão do corpo implica no plano psicológico uma ferida narcísica, cuja intensidade está ligada à anterior estruturação do Eu. Desta forma, as consequências no que diz respeito à imagem corporal, à imagem de si e às relações com outras pessoas que a amputação provoca, podem ser englobadas, no plano psicológico, nas questões narcísicas (Pierre, 1996).

A questão central quando se fala da alteração da imagem corporal no indivíduo é a questão da afectação do narcisismo, o que inevitavelmente tem diversas implicações, incluindo na auto-estima. Para Pierre (1996), embora nem sempre sejam plenamente reconhecidas, estas situações englobam-se com facilidade no quadro das neuroses traumáticas (ou estados de stress post-traumático).

A confrontação com a sua nova imagem, quando intolerável, desencadeia uma angústia generalizada, capaz de mobilizar diferentes mecanismos defensivos, cujo aquele mais comum é o processo de negação da realidade (Oliveira, 2001). A presença de deformidade normalmente evoca avaliações negativas de capacidades funcionais e de valor para a sociedade, no sentido em que os pacientes sentem que os outros os vêem e se relacionam com ele sempre através do rótulo da incapacidade.

O corpo em si próprio funciona como uma ferramenta, dotado de propriedades físicas que permitem ou limitam as actividades que cada pessoa pode efectuar independentemente. Desta forma, é importante que os sujeitos com incapacidade física resistam a interiorizar um conceito negativo da sua imagem corporal, sendo de salientar que a resposta inicial durante a fase aguda da reabilitação pode ter um impacto a longo prazo.

Para Schilder (1950), a personalidade atravessa situações que tornam necessárias mudanças e adaptações, existindo sempre tendências à ruptura (Schilder, 1950). Para

Kolb, citado por Breakey (1997), a amputação de algum membro, pode levar o indivíduo a sofrer modificações na sua experiência corporal. Qualquer modificação ao esquema corporal, envolve uma experiência de perda de uma parte ou função do corpo (Castelnuovo-Tedesco, 1981).

Kaplan & Sadock (1984) consideram que a reacção psicológica do paciente a um rompimento da imagem corporal, através de traumas físicos, varia de acordo com o simbolismo que a pessoa associa à parte afectada ou função perdida.

A PERDA E O LUTO

A Perda de Capacidades como Situação de Luto

Na literatura de reabilitação, o modelo mais utilizado considera o processo de adaptação como um processo de luto, dinâmico, de ajustamento a uma perda, a uma “morte” que pode, esquematicamente, ser dividido em três principais fases sequenciais (Parkes, 1975; Katz & Florian, 1987; Pierre, 1996).

- **Fase de choque**, imediatamente após a perda. Esta fase é necessária para a mobilização de recursos emocionais perante a perda traumática.

- **Fase de elaboração da perda**, na qual predomina a sintomatologia depressiva. Na medida em que a perda está no primeiro plano da vivência da amputação, a reacção à mesma pode ser comparada a um processo de luto. Enquanto reacção de luto, tem uma função adaptativa, nomeadamente a adaptação à morte de uma parte de si. No trabalho de luto a perda é a questão dominante e inunda todas as áreas da vida do indivíduo (perda corporal e suas consequências funcionais, motoras, estéticas, sociais, etc.). Faz-se o luto da pessoa que se era, imagem muitas vezes idealizada. O luto é essencial para o ajustamento à perda.

- **Fase de adaptação**, na qual novos investimentos são possíveis não se tratando apenas de uma substituição do objecto perdido. Desta forma, estar ajustado à incapacidade significa ser capaz de tirar prazer, de sentir satisfação dentro dos limites impostos pela incapacidade. A adaptação significa que o indivíduo conseguiu realizar a difícil tarefa de ficar triste com o sucedido, com o que perdeu, não se tornando prisioneiro de um tempo passado idealizado. A adaptação é um “outro” tempo, com possibilidade de novos investimentos. O momento de instalação do handicap impõe, então, um novo nascimento, tornado possível pelo trabalho de luto.

Um estudo realizado por Shukla et al (1982) encontrou sintomatologia depressiva em 62% dos indivíduos amputados. Rybarczyk e colaboradores (1992) procuraram

relacionar a depressão com o grau de desconforto social num grupo de amputados do membro inferior. Mais recentemente, um estudo realizado por Cansever (2003) com amputados do membro inferior de causa vascular e traumática diagnosticou depressão (DSM-IV) em 41,7% dos amputados, sendo que no sub-grupo dos amputados vasculares a percentagem foi de 51,4%.

Segundo alguns estudos, a sintomatologia depressiva não se mostra relacionada com o tipo de amputação (Frank et al, 1984; Williamson et al, 1994), nem com o tempo decorrido desde a amputação (Frank et al, 1984; Williamson et al, 1994; Cansever, 2003). No que diz respeito à idade, os amputados mais idosos parecem estar mais protegidos da sintomatologia depressiva do que os amputados mais jovens (Frank et al, 1984; Williamson et al, 1994).

Por outro lado, parece haver evidência de diferenças significativas a nível da sintomatologia depressiva consoante a etiologia da amputação. A depressão é uma etapa obrigatória no trabalho de luto, embora nem sempre visível ou verbalizada pelo doente (Pierre, 1996).

A perda de um membro enquadra-se no campo das reacções comuns a todas as perdas, fenómeno que possui um valor adaptativo, descrito como reacção de luto (Oliveira, 2001). Desta forma, no processo psicodinâmico de adaptação face ao handicap, assume um lugar importante o processo de luto (Barat & Pierre, 1998). O processo de luto aplicado á perda de parte do corpo passa por fases como negação, aceitação gradual, depressão, e progressivo desinvestimento em relação ao objecto e reinvestimento da libido em novo objecto.

Freud (1917), desenvolve as ideias sobre melancolia e luto, descrevendo este último como uma reacção natural à perda, onde não deve haver interferência terapêutica, uma vez que dura apenas um lapso de tempo. Ao constatar que “o objecto amado já não existe”, a libido é retirada deste objecto, volta-se para o ego para em seguida, ser investida num outro objecto.

O luto resulta, pois, do desvinculamento fragmentário da libido e das suas ligações ao objecto amado, seguindo um estado de liberdade do ego, que pode agora direccionar-se para outro objecto. Desta forma, o luto não é mais do que um processo de cicatrização dolorosa mas necessário, onde ocorre a despedida de uma situação para que o indivíduo se possa adaptar à nova realidade.

De acordo com Fenichel (2000), quando há uma má elaboração do luto, há uma ilusão de que o membro perdido ainda existe, para que não ocorra a inundação de sentimentos angustiantes, com o choque da realidade.

Livneh (1991) refere que as reacções de luto são necessárias para a aceitação futura da perda e readaptação, a qual é conseguida através do abandono do “anterior Self” e pelo nascimento de uma nova auto-imagem. Desta forma, todo o processo de reintegração corporal no paciente amputado requer a elaboração do luto: luto pela perda física, luto pelos projectos para o futuro, pelo auto-conceito, pela imagem corporal. Surgem, sobretudo, os sentimentos depressivos que são verbalizados pelo paciente no decurso do trabalho de luto.

Asiste-se a uma reacção com algumas semelhanças no plano dos sinais e sintomas, reacção esta desencadeada pela perda de um objecto privilegiado. Durante o ajustamento à incapacidade, o luto e a depressão podem surgir como reacções muito similares, diferindo sobretudo nas posições que ocupam num contínuo temporal (Livneh, 1991). O luto é definido como uma reacção normal à perda de um objecto importante, constituindo uma fase transitória e necessária de readaptação do investimento a novos objectos.

A pessoa que consegue fazer o luto, sente que apesar de ter perdido capacidades físicas, na sua essência continua a mesma (Galhordas et al, 2004). Nesta perspectiva, a pessoa que realiza um luto consegue adaptar-se à perda de capacidades físicas e consciencializa a impossibilidade de realizar o projecto passado, o que a conduz à elaboração de um projecto de vida coerente com as capacidades actuais. Por outro lado, a depressão, é a reacção de uma personalidade marcada pela extrema dependência ao objecto perdido (Coimbra de Matos, 2001).

No seu trabalho *Luto e Melancolia* (1917), Freud aborda a questão da dor como reacção à perda do objecto amado. Neste contexto, a perda de uma parte do corpo ou função deste pode, inconscientemente, ser comparada à perda de uma pessoa importante afectivamente. Freud refere-se aos processos intrapsíquicos que permitem a uma pessoa superar uma experiência de perda, possibilitando-nos perceber o processo de luto aplicado à perda de parte do corpo.

Perante uma perda de algo afectivamente valorizado, o indivíduo realizaria um trabalho de luto, durante o qual o exame da realidade lhe mostra que o objecto já não existe, levando o indivíduo a retirar progressivamente o investimento libidinal do mesmo. Os principais mecanismos descritos na sua obra são: negação, aceitação gradual, depressão, progressivo desinvestimento em relação ao objecto, e reinvestimento da libido em novo objecto.

Para Fleming (2003, p 51), o luto é a reacção afectiva à perda do objecto, “mas de um objecto que já não existe mais, e que impõe o desfazer da ligação, sendo a função do luto a de trabalhar a retirada dos investimentos”. Porém, a dificuldade sentida pelo Eu em desinvestir o objecto perdido é acompanhada de dor (Fleming, 2003, p 51), como “reacção própria à perda do objecto”.

Bayle (1986) propõe a ideia de que a perda é em si mesma um traumatismo, acrescentando que a dor da perda deve ser entendida na dimensão temporal do passado-presente-futuro.

Para Oliveira (2001), o sujeito vê-se obrigado a transformar-se para continuar a ser quem era, mesmo que fisicamente diferente. Trata-se, para o indivíduo amputado, de se adaptar à morte de uma parte de si, e por inferência, da sua própria identidade individual e social (Oliveira, 2001).

No luto, verificamos que a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho do luto no qual o ego é absorvido. Trata-se de retirar toda a libido que está investida naquele objecto que já não existe, para então poder reinvestir essa energia em

outro(s) objecto(s). A pulsão desgastada com o objecto perdido é convertida em pulsão do ego (auto-conservação).

O luto compele o ego a “desistir do objecto amado declarando-o morto e oferecendo ao ego o incentivo para continuar vivo”. Portanto, há que despedir-se do corpo como ele era, recuperar a energia da pulsão, convertê-la em pulsão do ego e só então reinvesti-la de outra forma.

O conseqüente movimento de síntese e/ou unificação do espaço corporal /representacional irá determinar em última análise os dois tipos básicos de colorido emocional então apresentando: o colorido depressivo, verdadeiro luto pela perda de um objecto (membro); e o colorido maniáco-depressivo, tradutor das dificuldades do movimento de síntese do novo espaço corporal (Lains & Paixão, 1989, 397).

Segundo o referencial psicanalítico, o fracasso no trabalho do luto origina-se da intensidade das pulsões agressivas, que incrementam as defesas contra as angústias paranóides (Aberastury, 1984). Na análise das pessoas que não podem assumir o luto, pode-se observar claramente que se sentem incapazes de resgatar objectos bons no seu interior, e instalá-los novamente de forma segura após a perda.

O luto como resposta à perda de um membro é algo de complexo e subjectivo (Kohl, 1984). Os mecanismos usados previamente para lidar com a perda, são activados quando a pessoa tenta aceitar a perda de uma parte do corpo.

A Aceitação da Perda Física com a Elaboração do Luto

A etapa inicial de reintegração corporal é a aceitação do novo estado corporal e da necessidade de ajuda externa. Todo o processo de reintegração corporal no paciente amputado requer a elaboração do luto: o luto pela perda física, o luto por projectos para o futuro, o luto pelo auto-conceito, o luto pela imagem corporal. Para que a aceitação da perda física, do auxílio do outro e da prótese ocorra, é necessário que o paciente encare a deficiência física de forma realista.

Geralmente a negação é uma defesa temporária, mas necessária para que o paciente mantenha o seu equilíbrio psíquico. Após a negação, e com a aceitação da nova imagem, ocorre a aceitação da perda física com a elaboração do processo de luto. Desta forma, é necessário que o indivíduo reformule a sua imagem corporal, incorporando as novas limitações físicas, adaptando-se ao seu novo estado físico.

O primeiro passo é aceitar a realidade da amputação, tanto do membro como do seu valor físico e social, a irreversibilidade da perda, e a impossibilidade de reaver o membro amputado. O passo seguinte consiste em experimentar e expressar a dor da perda, de forma a poder ajustar-se sem o membro. Além de conviver com a falta do membro perdido, o indivíduo tem de lidar também com as perdas secundárias envolvidas, e com a sua substituição no desempenho das actividades diárias.

Na nova organização mental, o enlutado deve poder encontrar no membro artificial uma forma de adaptar-se psicossocialmente. Para Ribas (1999), um aspecto importante para a aceitação da perda física é a aceitação da ajuda do outro. Muitas vezes o paciente encara o auxílio do outro como negativo, e indicativo de que é incapaz, reforçando assim o rótulo de incapacidade. Porém, quando o indivíduo se aceita com a amputação, pode perceber a importância deste apoio e ajuda, sem repercussões emocionais negativas.

Para que a reintegração corporal seja positiva e produtiva, o paciente amputado deve aceitar a sua perda física, condição necessária para que possa integrar as funções da prótese, conseguindo assim um domínio dos seus movimentos. A aceitação da prótese também é uma das fases mais importantes para a reabilitação, pois com ela o paciente poderá retomar algumas das actividades que fazia antes da amputação. Ou seja, é importante para a readaptação à lesão a capacidade da pessoa investir em si própria, não desistindo do seu projecto de vida, desde que este seja coerente com as suas capacidades.

Neste sentido, a reintegração corporal implica não apenas a incorporação da prótese à imagem corporal, mas a possibilidade do paciente amputado se aceitar (aceitação da perda física, da prótese e do auxílio do outro). Porém, este é um processo lento e que exige a elaboração do luto pela perda do membro amputado, e a possibilidade do

indivíduo voltar a amar-se e a aceitar-se com o corpo agora mutilado, convivendo assim com as suas limitações (Kubler, 1997).

O trabalho de luto estará finalizado quando o amputado for capaz de aceitar a sua diferença e de obter satisfações pessoais dentro dos limites impostos pela sua deficiência (Oliveira, 2001). Só assim poderá “integrando a sua amputação, integrar-se no universo dos não amputados” (Oliveira, 2001, p 39).

IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS DA AMPUTAÇÃO

O contexto do pós-guerra (II Guerra Mundial) motivou o interesse pela prestação de cuidados numa perspectiva comunitária. A Psicologia Comunitária surge em meados da década de 60, durante um período de grandes transformações, não apenas na área da saúde mental, mas também na sociedade em geral (Ornelas, 1997). A necessidade de intervir num grande número de veteranos de guerra, que regressavam à vida civil com problemas físicos e psicológicos, e a resposta por parte da psiquiatria militar de então, demonstrou que o tratamento precoce era bastante eficaz nestas populações, contribuindo para a ideia de que a ajuda deveria estar disponível na comunidade e ser prestada o mais cedo possível (Mendieta, 1996).

A integração social pode ser definida como a possibilidade de proporcionar às pessoas, com problemáticas físicas ou mentais, a participação em todos os aspectos da vida em comunidade (Ornelas, 1994). Actualmente, a reabilitação fundamenta-se numa atitude que coloca ao nível mais elevado as questões da participação, da comunicação e da integração da pessoa deficiente na comunidade (Teixeira, 1999).

De acordo com Aguirre e colaboradores (1997), a reabilitação deve apoiar-se numa concepção ampla e globalizante dos direitos humanos, que reconheça e promova a cidadania plena; promover a integração de cada pessoa na sua comunidade natural; assentar no princípio da autonomia e independência. A reabilitação deverá, assim, estar centrada na recuperação e/ou aquisição de competências, de forma a potenciar o

desenvolvimento da autonomia. Este princípio reforça a posição central do indivíduo no processo de reabilitação.

Suporte Social e Reabilitação

De um modo geral, as abordagens que ao longo do tempo têm sido utilizadas para o estudo do suporte social, centram-se em perspectivas que focalizam a sua atenção nas características do meio e/ou nos atributos pessoais (Oliveira, 1998, 2001). Verifica-se que o suporte social pode contribuir de forma positiva para a recuperação do indivíduo doente, no lidar com situações crónicas e no lidar com a perda (Schulz & Decker, 1985; Dakof & Taylor, 1990; Orr et al, 1995).

A origem do conceito de suporte social parece dever-se a influências múltiplas no âmbito da Psicologia, da antropologia, e da Sociologia (Oliveira, 2001). O relacionamento com a comunidade envolve um sentimento particular de identidade e de pertença a uma estrutura mais lata. A participação individual em organizações voluntárias pode, segundo Lin (1986), dar-nos indicações mais precisas do modo como um sujeito se identifica e se constitui como membro activo da sociedade.

O suporte social influencia a recuperação, reabilitação e adaptação à doença e incapacidade crónica (M. Morgan, 1984; Gill, 1987; R. Schulz, 1990; Orr, 1995; Oliveira, 1998). Este tipo de patologias encerram muitos destes doentes em circuitos sociais fechados, que cortam com os sistemas anteriores de relação e suporte social, sendo que o grupo reabilita o sujeito, reenquadrando-o na relação social.

A presença de alguém que é efectivamente incapacitado desperta mais ou menos inconscientemente na pessoa dita normal uma variedade de emoções que condicionam ou influenciam a decorrência do processo interaccional (Oliveira, 2001). A ausência de suporte social parece ser um factor de risco significativo para o suicídio (Oliveira, 1998). O ajustamento à incapacidade física parece ser mediado pelas relações com as outras pessoas (Schulz & Decker, 1985).

No contacto interpessoal, o deficiente físico desperta na pessoa dita normal uma variedade de emoções que influenciam o processo interaccional. O aspecto social, onde se incluem os aspectos familiares, profissionais, constituem-se como uma outra realidade que obriga o sujeito a um grande esforço de readequação à vida (Oliveira, 2001).

O suporte social possibilita meios e serviços de natureza económicos que resultam numa melhor qualidade de vida (Oliveira, 2001). Contudo, apesar do suporte social ser considerado um factor importante e influente no processo de ajustamento às doenças incapacitantes adquiridas, são escassos ainda os instrumentos de avaliação psicossocial especialmente concebidos e devidamente estudados em termos de qualidades psicométricas para indivíduos com incapacidades físicas (Oliveira, 2001).

Varni (1992) analisou as reacções psicossociais e a percepção de suporte social em crianças (com idades entre os 8 e os 13 anos), com deficiências a nível motor dos membros inferiores, e que recorreram à amputação.

As limitações físicas decorrentes da deficiência, que em termos de independência funcional como nas actividades de vida diária parecem exercer um efeito negativo no ajustamento psicológico e social destes pacientes. Apesar dos esforços já realizados por múltiplas equipas de investigação, esta área do conhecimento encontra-se ainda por explorar devidamente, desconhecendo-se quase por completo de que forma cada particularidade dos relacionamentos humanos pode actuar e transformá-lo de modo benéfico e satisfatório (Oliveira, 2001).

A doença obriga a adaptações de grande nível de exigência, modificando também a sua vida social, tornando-se limitadas as possibilidades de participação em actividades exteriores, e a possibilidade de prosseguir na trajectória profissional com todas as questões económicas daí resultantes.

Para Debray (1990), a vida associativa ajuda a re-encontrar o seu equilíbrio, para re-existir socialmente associam-se e participam activamente, porque a vida associativa confere-lhe força, além de lhes proporcionar uma razão de viver, ajudando-se mutuamente, bem como as respectivas famílias. Contrariamente, outros retomam a sua

vida profissional e isolam-se, tentando em certa medida esquecer, não querendo de forma nenhuma encontrar-se com outras pessoas que tenham vivido essa mesma experiência.

A sexualidade dos Amputados

O decréscimo na actividade sexual após a amputação tem sido referenciado por vários autores (Reinstein et al, 1978; Garcia-Viniegres et al, 1991; Williamson & Walters, 1996). O sujeito sente-se, geralmente, sexualmente pouco atraente e pouco à-vontade em contextos de intimidade. A crise provocada pela doença é extensível à família, e particularmente ao companheiro, devido à diminuição do erotismo, associado a acrescida dependência, sentimentos de culpa pelo desejo do companheiro, ou medo de ambos os parceiros das consequências da actividade sexual sobre a doença.

Em relação ao aparecimento de uma deficiência grave, alguns autores (Láins et al, 1998) encontram na diminuição da auto-estima, na sintomatologia depressiva ou mesmo nos efeitos secundários da medicação, razões para uma perda ou uma modificação da actividade sexual. Porém, a relação do indivíduo com o seu novo corpo, e a forma como este novo corpo deseja e pode ser desejado, parecem ser fundamentais.

Para alguns autores, o estado civil (casado ou vivendo como tal), é considerado a única variável demográfica protectora em relação à sintomatologia depressiva (Williamson & Walters, 1996). A chave para providenciar ajuda no plano sexual aos doentes, passa pela capacidade dos profissionais de reabilitação em abordarem esta temática. Williamson (1996) sugere mesmo que a própria vida sexual deverá passar a estar também incluída na lista de actividades inerentes ao processo de reabilitação geral (Oliveira, 2001).

O défice criado pela amputação pode contribuir para a perda de autoconfiança em geral e em particular no desempenho e relacionamento de carácter sexual. A este nível, a estabilidade da relação pré-amputação parece importante, sendo que o estado civil se encontra relacionado quer com o impacto da doença na actividade sexual como com os sintomas depressivos (G. Williamson, 1996).

Os sujeitos casados são aqueles que apresentam resultados mais favoráveis (Oliveira, 2001). Na investigação de Williamson e Walters (1996) sobre a sexualidade de 76 amputados 10% dos indivíduos declararam estar inactivos sexualmente (tendo aqui o factor idade um papel também influente). Cerca de 1/3 estava de algum modo insatisfeito com a sua vida sexual após a amputação, sendo que 50% não estariam satisfeitos com a qualidade das relações (Oliveira, 2001).

A necessidade de intimidade (Kohl, 1984) é uma área onde a prótese não pode oferecer um aumento na função, e portanto é frequentemente deixado de parte durante o programa de reabilitação. Engloba o medo de abandono, a exploração de expressão sexual, em que o indivíduo se deve voltar a sentir amado/desejado.

O medo de abandono corresponde á incapacidade inicial para tolerar o próprio desfiguramento físico, que é projectado para o seu parceiro sexual. Nesta situação o parceiro sexual também tem um desafio único: experienciar a pessoa amputada com um parceiro sexual completo, apesar da falta.

Relacionamento Familiar

A família exerce grande influência na evolução desfavorável ou favorável de uma afecção. De facto, a matriz familiar e social podem ser afectadas, na medida em que uma doença grave representa um processo de crise intensa, que não toca apenas o indivíduo, mas também afecta todo o seu sistema familiar e social.

Depois da hospitalização e do processo de reabilitação física, os cuidados pessoais que o amputado é capaz de se auto-administrar, deverão manter-se em níveis de autonomia semelhantes aos que o caracterizavam antes da amputação (Garcia-Viniegres et al., 1991). Porém, estes são acrescidos das actividades que envolvem a utilização da prótese e a sua realização depende, muitas vezes, da ajuda do cônjuge.

A doença e a incapacidade oferecem a oportunidade de crescimento da relação, mas também o risco da sua deterioração. Os elementos de uma família desempenham um papel muito importante na recuperação física e emocional do seu doente que, por sua vez, está dependente da capacidade de todos desempenharem de forma eficiente os seus papéis.

A capacidade de adaptação familiar reflecte-se na saúde mental da família e dos seus membros, no desempenho de papéis e na manutenção da unidade familiar, dando continuidade ao bom desenvolvimento no sentido de cumprir as tarefas do ciclo de vida. As consequências psicológicas e familiares podem ser consideráveis, realçando-se as atitudes de super protecção, favorecendo os aspectos regressivos e a dependência, ou então atitudes susceptíveis de agravar um sentimento de abandono (Oliveira, 2001).

Familiarmente muitos deles sentem a mudança de estatutos, a que a dependência obriga, e mesmo a realidade dos amigos e próximos são vividos, muitas vezes, como alguém que em espelho lhes mostra aquilo que já não são (Oliveira, 2001).

Desta forma, as mudanças no funcionamento físico alteram o equilíbrio pré-estabelecido das relações através de transferência de responsabilidade na tomada de decisões, tanto na divisão de papéis sexuais, como no sistema de trocas emocionais.

Quando os cuidados necessários são muitos é aconselhável contratar ajuda, para que os cuidados prestados não se tornem a ligação predominante entre o casal. As famílias sentem-se, por vezes, ultrapassadas e controladas pelas mudanças no seu ambiente emocional, e por alterações nas suas relações sociais com a família alargada e com a comunidade em geral. Algumas famílias também podem sentir desconforto por estarem juntas 24 horas por dia, 7 dias por semana, quando este não era o tipo de interacção existente antes da lesão.

Estas mudanças implicam, então, que os pacientes e as famílias sejam preparados de forma a satisfazer as necessidades uns dos outros, de modo que a unidade familiar possa permanecer satisfatória para todos (redefinição de relações). A lesão tem, portanto, um impacto directo nos sistemas familiares. O papel das relações é caracterizado por

regressão, alteração nos conceitos dependência/independência, e uma redefinição das relações (Kohl, 1984).

Relacionamento Social (Interpessoal)

A existência de uma deficiência tem um impacto profundo nas relações interpessoais. A readaptação ou adaptação às novas situações acaba frequentemente numa certa pobreza social mesmo nos casos em que o sujeito parece ter-se adaptado á nova situação. (Oliveira, 2001).

Sobreviver á amputação significa fazer face a inúmeros ajustamentos físicos, emocionais e sociais. Segue-se a reabilitação, cuja essência é permitir um melhor ajustamento físico, social e psicológico, no sentido de um modo de vida satisfatório e próximo daquele que anteriormente caracterizava o indivíduo.

Verifica-se que no que diz respeito às relações com semelhantes, que são raros os indivíduos que se confortam com a simples consciência de igualdade, conhecendo e interagindo com terceiros em situações análogas (Oliveira, 2001). Também para Shultz (1985), o ajustamento pessoal à deficiência e incapacidade física parece ser mediado através das relações com as outras pessoas

Num estudo realizado por Thompson e Haran (1983) verificou-se que as principais preocupações dos indivíduos amputados eram as questões económicas/financeiras e as questões relativas ao isolamento social. O isolamento é definido como uma falta de relações satisfatórias, onde existe uma discrepância entre a percepção dos recursos sociais e a situação pretendida ou idealizada, não podendo de forma alguma ser somente sinónimo de estar só (Samter, 1994).

Em relação ás questões económicas/financeiras, o problema é colocado em termos dos altos custos do processo médico: cirurgia, internamento, tratamento, prótese, e dos baixos rendimentos que normalmente auferem (provenientes de reformas ou subsídios de doenças e/ou desemprego).

O isolamento social é um aspecto central para o amputado (Thompson & Haran, 1983), desde logo porque a mobilidade física, ou a dificuldade neste campo se constitui como causa e argumento subjectivo para esse isolamento, mesmo quando utiliza uma prótese e, desse modo, consegue sair de casa ou manter algum grau de autonomia física. O medo do isolamento social surge directamente relacionado com a falta de mobilidade, mesmo quando os sujeitos utilizam próteses e conseguem sair de casa.

A possibilidade de utilizar uma prótese é de extrema importância para a reabilitação no mundo social e laboral. Porém, adquirir e aprender a usar uma prótese, traz ao amputado desafios acrescidos que poderão ser intransponíveis.

O medo de rejeição é uma consequência psicológica do medo de afastamento. Alguns pacientes têm tanto medo desta rejeição que acabam por “desligar” as pessoas que os apoiam emocionalmente para evitar a antecipação do momento de rejeição (abandonam para não serem abandonados), enquanto outros evitam todos os contactos com os amigos e desenvolvem novas rotinas.

A falta de mobilidade tem duras implicações no dia-a-dia, chegando mesmo a impossibilitar a independência diária nas tarefas mais básicas do quotidiano. Um estudo realizado com amputados de causa vascular (Garcia-Viniegres et al., 1991), mostrou que a amputação restringiu parcial ou totalmente a realização das actividades domésticas em 61% dos indivíduos. Dos restantes, 12% estavam já incapacitados antes da cirurgia e 27% conseguiu manter os níveis de autonomia. Cerca de 75% dos indivíduos manteve a capacidade de auto-cuidado (higiene, vestuário, mobilidade, locomoção) de forma independente.

De facto, a restrição na realização de actividades que caracterizam o quotidiano do indivíduo amputado tem sido alvo de interesse crescente por parte dos investigadores. Regra geral, as pessoas tornam-se mais sedentárias, alterando ou anulando a maioria das actividades recreativas e de lazer em que participavam antes da amputação, mesmo aquelas não directamente relacionadas com a diminuição da mobilidade, tais como ver televisão, ouvir música e ler (Burger & Marineck, 1997). Regra geral, são visíveis e

satisfatórios para os próprios amputados os progressos funcionais após seis meses de reabilitação física.

Nos amputados do membro inferior, a satisfação dos contactos pessoais relaciona-se de forma directa com a sintomatologia depressiva e com a restrição das actividades quotidianas (Williamson et al., 1994). O culto do corpo perfeito, tão em voga na sociedade actual, é um dos factores invocados para o impacto negativo que a amputação provoca na segurança pessoal e na auto-estima dos doentes complexificando todo o sistema relacional dos sujeitos (Oliveira, 2001).

Diversos estudos (Williamson, 1994, 1996; P. Codine, 1996) sobre múltiplas populações médicas têm demonstrado que as restrições nas actividades normais da vida diária, como visitar amigos, ir às compras, ou ocupar-se com qualquer tipo de hobbies funcionam como um factor determinante, associado aos níveis de severidade do estado de saúde, e à sintomatologia psicológica (Oliveira, 2001).

A fuga, ou evitamento de contacto, ou ainda a actuação mais formal são comportamentos e atitudes relativamente usuais, de indivíduos que se confrontam com pessoas com incapacidades, deixando por vezes transparecer uma quase «obrigação» de interagir o mais natural e espontaneamente possível. (Oliveira, 2001, p 83).

O ajustamento psicológico à amputação é também mediado pelo grau de desconforto social experienciado pelo indivíduo. O desconforto com o contacto social, envolvendo o reconhecimento da amputação ou prótese, parece ser um forte preditor de sintomatologia depressiva (Rybarczyk et al., 1992). Tal não parece estar relacionado com aspectos funcionais ou estéticos das próteses, nem sequer com o grau de visibilidade da incapacidade (Rybarczyk et al., 1992), apesar de outros autores terem notado as questões estéticas (particularmente a semelhança da prótese com o membro verdadeiro), como prioritárias para os amputados (Kegel et al., 1977).

Aspectos Laborais

A actividade laboral é, talvez, um dos aspectos da integração social que melhor traduz a importância de uma abordagem multidisciplinar na reabilitação. Para tentar assegurar uma boa integração profissional, é importante obter as melhores performances funcionais possíveis, assegurar um suporte psicológico no período pós-amputação, durante um período razoável de tempo, e orientar o indivíduo amputado no mundo do trabalho (Codine et al., 1996).

As opções vocacionais estão relacionadas com a desempregabilidade, a perda do papel de “chefe” de família, sendo necessária uma reavaliação do papel de trabalho (Kohl, 1984). A necessidade de ser produtivo varia muito de acordo com a idade, sentimentos anteriores de satisfação com a escola, ou com o trabalho. Desta forma, a necessidade de mudança dos objectivos vocacionais é respondida diferentemente se houve um passado de múltiplos “sucessos” ou, por oposição, se a pessoa teve somente uma ocupação, que fisicamente deixa de poder desempenhar.

Na sociedade actual, o trabalho assume uma dimensão fundamental, onde o desempenho de uma actividade profissional é considerado uma vertente crucial do exercício da cidadania e um meio privilegiado de desenvolvimento social e de reforço da auto-estima.

É, pois, fundamental, uma reavaliação do papel do trabalho, que permita determinar até que ponto o trabalho continuará a ser um foco central na vida do paciente. Isto é conseguido através da exploração de alternativas adequadas para determinar se o regresso ao trabalho anterior é possível, que modificações são necessárias, ou se uma transferência nas competências do trabalho para outro trabalho na mesma empresa é possível (Shepard & Caine, 1968).

Há casos em que a incapacidade impossibilita o indivíduo de exercer a mesma actividade profissional sendo necessária uma mudança. Embora algumas pessoas considerem gratificante voltar ao seu anterior emprego (com a segurança dos amigos e prévia base de conhecimentos para um bom desempenho), outros preferem assegurar um trabalho numa

nova situação, e serem aceites pelo que são actualmente e não constantemente comparados com o que eram antes da lesão.

Para outros o dinheiro adicional do ordenado vai apenas ser levado pelos impostos e como estão perto da reforma, escolhem passar o seu tempo com a família e em actividades de lazer. Contudo, o sucesso dos esforços de reabilitação não deve apenas ser medido pelo regresso ao trabalho pago, mas pelo regresso da pessoa à tomada activa de decisões, nomeadamente da escolha do estilo de vida que a preenche e a realiza.

Quando a mudança no trabalho é total, devido à limitação física, o paciente pode sofrer pela perda de produtividade e pela perda do membro em si mesmo. O facto de a pessoa sentir que já não consegue desempenhar a sua função anterior à lesão ou regressar ao trabalho leva a que se sintam sem valor e dependentes quando confrontados com a retirada, mesmo que a curto prazo, dos seus objectivos/metapas vocacionais.

Nestes casos, o paciente deve perceber que a sensação de valor pode vir de outras áreas, pelo que devem ser encorajados a desenvolver hobbies e aprender novas formas de ocupar o seu tempo de lazer. A perda de rendimentos geralmente destabiliza também o sistema financeiro da família. Quando o papel de “chefe de família” é central na definição da estrutura da personalidade, os indivíduos frequentemente perdem o seu sentido de valor pela perda deste papel de uma forma tão significativa como a da perda do membro em si.

A perda de uma situação profissional activa, também pode conduzir a perda de status no interior da família. Este dava-lhes estatuto, orgulho, controlo na distribuição do dinheiro, e consequentemente sobre o comportamento dos outros.

Facilmente se percebe que a integração laboral está, á partida, dependente da localização e do nível da amputação. Neste sentido, o estudo realizado em 1985 por Millstein e colaboradores verificou que 89% dos sujeitos amputados regressaram a uma actividade profissional. O regresso mais bem sucedido verificou-se nos amputados dos membros superiores (93% dos indivíduos), seguindo-se os amputados dos membros inferiores (87%).

Os amputados múltiplos foram, de todos, os que maiores dificuldades enfrentaram (74%). A etiologia da amputação é também um dos factores fundamentais neste contexto. Enquanto que o amputado do membro inferior de etiologia vascular, regra geral de idade avançada e com limitações físico-funcionais anteriores á amputação, tem poucas probabilidades de voltar a exercer uma actividade profissional produtiva, o amputado traumático, mais jovem, consegue viver da sua actividade profissional, contribuindo activamente para o suporte financeiro da sua família.

Quando a reintegração profissional é possível, esta implica na maior parte das vezes, alterações nas funções ou tarefas realizadas antes da amputação. Um dos aspectos mais comuns, nesta situação, deriva do facto da nova actividade exigir um menor esforço físico (Millstein et al., 1985). Para a maioria (cerca de 75%), estas alterações passam, obrigatoriamente, pela mudança de actividade profissional.

Grande parte dos indivíduos sofre ainda de dor no coto ou dor fantasma, sintomas que prejudicam a integração laboral. Na generalidade, os problemas de saúde, que caracterizam a maioria dos amputados, surgem como a justificação mais frequente para o desemprego desta população. Diversos estudos (Millstein et al, 1985) têm mostrado que os indivíduos amputados enfrentam desvantagens laborais, nomeadamente menor probabilidade de serem promovidos no emprego, quando comparados com indivíduos sem esta deficiência.

Profissionalmente, muitos destes indivíduos terão que alterar, muitas vezes profundamente, todo o seu quadro de vida, perdendo nesse processo todas as vantagens conquistadas pela experiência ou por eventuais formações ao longo do processo profissional (Oliveira, 2001).

As patologias provocadas por acidentes de trabalho constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. De acordo com os últimos dados da Organização Internacional do Trabalho, durante o ano 2001 ocorreram 9.073.179 acidentes de trabalho em todo o mundo (Oliveira, 2005/2006). Para João Areosa (2003), Portugal é

dos países da União Europeia com maiores deficiências relativamente à prevenção da saúde e da segurança no trabalho

Num estudo de Oliveira (2005/2006) acerca da reintegração sócio-profissional das pessoas com deficiências adquiridas por acidente de trabalho, verificou-se que a incapacidade permanente prevalece de uma forma quase esmagadora nos acidentes, alcançando os 73,5%; e em 2º lugar, surge um número particularmente elevado (21%) de sujeitos que desconhece a incapacidade atribuída.

Relativamente à zona da lesão, o autor verificou que as zonas do corpo lesionadas pelo acidente de trabalho podem ser múltiplas e de difícil classificação, mas são os membros (inferiores e superiores) aqueles que assumem particular importância. Desta forma, as amputações dos membros, mãos, braços, pernas ou mesmo os dedos parecem assim merecer uma particular atenção.

Quanto ao diagnóstico e conhecimento do diagnóstico, constatou-se que a multiplicidade de lesões e incapacidades provocadas suscita por vezes alguma dificuldade na atribuição de um único diagnóstico. No âmbito dos diagnósticos simples, verificou-se que são as situações de amputados as que claramente prevalecem (33%) seguidos das lesões de nervos periféricos com paralisia (23%) e politraumatismos (Oliveira, 2005/2006).

Tendo em conta esta problemática, as entidades patronais, tal como os sindicatos e outras associações ou estruturas de apoio têm procurado, juntamente com as empresas seguradoras, alertar o poder político, para que medidas decisivas e rigorosas possam ser tomadas. Verifica-se que a incapacidade temporária e a incapacidade permanente têm sido negligenciadas, independentemente da sua elevada ocorrência.

Os planos de assistência social, públicos ou privados, reflectem no entanto os seus enormes custos: na incapacidade permanente, o sujeito fica aposentado por invalidez, quando parcial, o segurado recebe a indemnização pela incapacidade sofrida, mas fica apto para o desenvolvimento de outra actividade profissional, submetendo-se à sua requalificação ou formação profissional.

A Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados do Trabalho (ANDST), instituição particular sem fins lucrativos, fundada em 1976, por sinistrados e doentes profissionais, tem procurado constituir uma estrutura capaz de estudar em profundidade todas as problemáticas expostas. Esta Associação, vocacionada para prestar apoio às vítimas de acidentes de trabalho ou doença profissional, tem como objectivo principal a representação e defesa dos interesses destes. O trabalho da ANDST traduz-se na prestação de informação e aconselhamento, sobretudo para as áreas jurídica e médica às vítimas de acidente de trabalho ou doença profissional.

Problemáticas Legais do Sinistrado de Trabalho

De acordo com a definição proposta pela legislação portuguesa, actualmente em vigor, considera-se acidente de trabalho “aquele que sofrido pelo trabalhador que se verifique no local e no tempo de trabalho produzindo lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte redução na capacidade de trabalho, ou morte” (Lei nº100/1997 de 13 de Setembro)

De acordo com Oliveira (2005/2006), se é verdade que desde sempre houve acidentes de trabalho, verifica-se que até ao século XIX, os operários tratavam-se à sua custa, tentando depois recuperar o seu lugar no trabalho. Contudo, para os trabalhadores com sequelas mais sérias e permanentes, restava apenas o recurso a esmolas ou às Misericórdias.

Foi apenas nos finais do século XIX, início do século XX, com o avançar da revolução industrial e a organização dos trabalhadores que foram dados os primeiros passos no sentido da responsabilidade dos patrões pelos acidentes de trabalho. Com o tempo, as iniciativas de protecção dos trabalhadores nos casos de acidente e doença profissional, foram-se alargando a vários países.

Em Portugal, a reparação dos riscos profissionais foi implementada em 1913, com a promulgação da Lei nº 83 de 24 de Julho de 1913. Esta lei e a posterior publicação do Decreto nº 5637 de Maio de 1919 constituíram as primeiras medidas de carácter jurídico,

na protecção aos trabalhadores em caso de acidente de trabalho. No decorrer da primeira república, chegou a projectar-se a institucionalização do seguro social obrigatório de acidentes de trabalho e doenças profissionais, mas a implementação não chegou a concretizar-se, tendo sido abandonado por completo após o golpe militar de 1926.

O novo marco jurídico passa a ser então a Lei nº1942 de Julho de 1936, que se mantém inalterável durante mais de trinta anos, até ser revogada pela Lei nº 2127 de Agosto de 1965, que só entraria em vigor seis anos depois, com a promulgação do Decreto nº 360/71. A lei regulamentada em 1971 constituiu um avanço na consagração dos direitos dos trabalhadores em caso de acidente de trabalho ou doença profissional, no entanto continha ainda limitações importantes, nomeadamente, a falta de actualização das pensões devidas aos trabalhadores incapacitados e familiares das vítimas mortais, o que significou o agravamento das condições de vida para muitos trabalhadores e suas famílias. Por outro lado, o enquadramento restrito do conceito de acidente de trabalho, deixava de fora muitos acidentados.

Com a nacionalização das companhias de seguros em 1975, na sequência do 25 de Abril, actualizam-se, pela primeira vez em Portugal, as pensões de acidente de trabalho. Nesta altura, chega a projectar-se de novo, o seguro social de acidentes de trabalho, com grandes vantagens para os trabalhadores em geral e para os sinistrados em particular. Em resultado da intensa luta dos sinistrados e do movimento sindical, foram sendo apresentadas na Assembleia da República, propostas de alteração da lei de acidentes de trabalho, que foram sendo sucessivamente rejeitadas.

É apenas em 1997 que a legislação é alterada, com a promulgação da Lei nº 100/97, que só começa a ter efeitos práticos com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº 143/99 de 30 de Abril. A Lei nº100/97 apresenta, contudo, avanços significativos como o conceito de retribuição, o alargamento do conceito de acidente aos acidentes de trajecto, a indemnização por danos morais (restrita aos grandes incapacitados ou em caso de morte), e a obrigatoriedade cumulativa de reabilitação e reintegração profissional dos sinistrados.

Segundo o estipulado pelo Decreto-lei nº 143/99, de 30 de Abril, que regulamenta a lei nº 100/97, de 13 de Setembro, as entidades empregadoras são obrigadas a transferir, para as companhias seguradoras, a responsabilidade pela reparação dos danos. Desta forma, sempre que ocorre um acidente este deve ser reportado à companhia de seguros respectiva, sendo que a esta cabe a reparação do acidente de trabalho.

Desta forma, todas as situações de acidente de trabalho donde resulte para o sinistrado uma incapacidade permanente, têm de passar pelo Tribunal do Trabalho, onde é atribuído ao indivíduo o grau de incapacidade correspondente á sua situação, aspecto organizador importante em todo o processo de reabilitação.

O MODELO DE REABILITAÇÃO MÉDICO-FUNCIONAL E PSICOSSOCIAL

*“Não há forma de obrigar alguém a se reabilitado.
A pessoa poderá ser obrigada a executar certos
movimentos em certos tempos, mas sem o desejo de sucesso
tudo terá sido em vão”
(Sayer)*

Finkelstein (1980) identifica três fases que, em termos de evolução histórica, contribuíram para a criação e eliminação dos handicaps de autonomia da pessoa com deficiência: um primeiro momento em que as pessoas com deficiências físicas eram excluídas, não beneficiando de qualquer tratamento ou reabilitação, uma segunda fase que se inicia com a implementação da medicina hospitalar, e com a criação de grandes asilos, instituições que promoveram a segregação da pessoa com deficiência, e uma terceira fase correspondente à eliminação do handicap, que visa uma abordagem global do paciente, de forma a assegurar o máximo das suas potencialidades.

Na sua concepção inicial a reabilitação visa, sobretudo, apoiar os milhares de vítimas da I Grande Guerra que regressam às diferentes cidades da Europa e dos Estados Unidos (século XIX). Com várias limitações físicas e mentais e sem emprego, são um sinal de permanente alerta a uma sociedade que considera imperioso honrar os soldados feridos na defesa da sua Nação (Sequeira, 2002).

As respostas organizadas assentam no atendimento, incluindo a familiares, em instituições e na promoção através da reconversão e treino no regresso ao trabalho. (Sequeira, 2002). Pouco a pouco, os governos começam, pela primeira vez, a assumir a responsabilidade destes apoios e orientações, constituindo o que alguns autores apontam como sendo o primeiro passo para a moderna Segurança Social (Sequeira, 2002).

A II Grande Guerra, impõe a criação dum mais abrangente leque de oportunidades de reabilitação. Desta forma, o sistema de reabilitação alarga-se, passando a considerar como objecto da sua intervenção os vários tipos de limitações enfrentadas pelas pessoas com handicaps. À medida que o movimento inclusivo se espalha pelo mundo, vão sendo incorporadas definições mais apropriadas ao actual patamar de valorização dos seres humanos, nomeadamente nos campos da deficiência e da saúde mental.

As doenças congénitas e o aumento de doenças crónicas vieram dar, também, uma nova leitura ao conceito de reabilitação. É hoje dado adquirido que não é possível falar de saúde física sem considerar a sua estreita ligação com o bem-estar emocional. Como tal, considera-se que a reabilitação do amputado deve ser conceptualizada na sua vertente física, psicológica e social.

Nesta perspectiva, têm vindo a desenvolver-se paradigmas ou modelos para explicar os conceitos de saúde e de doença. A definição de saúde proposta pela WHO (1948) descreve a saúde individual como um estado de completo bem-estar físico, emocional, interpessoal e social, e não apenas a ausência de doença. O modelo dito tradicional de acção médica era primeiramente centrado na sintomatologia e na busca da(s) causa(s). As actividades de pesquisa e de avaliação eram quase exclusivamente dirigidas para a procura da causa, e a finalidade era tratar a doença e recuperar as capacidades perdidas (Oliveira, 2001).

Embora a preocupação dos profissionais de saúde em estabelecer uma classificação das doenças remonte ao século XVIII, somente em 1948 na VI Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6), foram feitas referências a doenças que poderiam tornar-se crónicas, exigindo outros atendimentos além de cuidados médicos. O modelo dito tradicional de acção médica centra-se na sintomatologia e na busca da(s) causa(s) ou etiologia.

A doença pode ser definida como uma patologia ou perturbação intrínseca, que pode evidenciar-se ou manifestar-se, ou não, de forma clínica (Hoening et al, 1997). A conceptualização do conceito de doença, subjacente a este modelo, pode ser representada esquematicamente da seguinte forma (Organização Mundial de Saúde, 1980/1989):

Etiologia → Patologia → Manifestação

Este modelo objectiva-se, portanto, nas perturbações susceptíveis de serem prevenidas ou curadas, deixando em aberto, contudo, as consequências da doença. Até à década de 70, a CID-8 considerava apenas as manifestações agudas, segundo o modelo médico. Esse modelo mostrou-se limitado para descrever as consequências das doenças, uma vez que excluía as perturbações crónicas, evolutivas e irreversíveis.

As condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos ou lesões são classificadas na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde), que fornece um modelo baseado na etiologia, anatomia, e causas externas das lesões. Contudo, a necessidade de se conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico, como decorrer do tempo, principalmente em relação às doenças crónicas e aos acidentes, torna-se cada vez mais importante para a área da saúde.

Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, em 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS), propõe um modelo conceptual de incapacidade a que chama International Classification of Impairment Disability and Handicap (ICIDH), em que define incapacidade, deficiência e desvantagem (Farias & Buchalla, 2005).

Este sistema de classificação conhecido como o «International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps» (ICIDH), tem sido reconhecido (Wade, 1992) como de extrema utilidade na discussão e compreensão das incapacidades, tirando partido de uma visão holística dos cuidados oferecidos (Oliveira, 2001).

A ICIDH foi posteriormente traduzida para português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID): um manual de classificação das consequências das doenças, e publicada em 1989, e propõe uma classificação da definição de deficiência que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, sendo um referencial unificado para a área.

Desta forma, é hoje internacionalmente aceite o encadeamento das dimensões referentes às consequências da doença, segundo o esquema (Organização Mundial de Saúde, 1980/1989):

Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem

De acordo com a própria Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, a deficiência representa a exteriorização de um estado patológico, reflectindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão. Refere-se aos aspectos físicos da saúde e diz respeito a qualquer perda ou anomalia, temporária ou definitiva, numa estrutura ou função do corpo.

A Incapacidade surge como consequência directa ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial, ou outra. Representa a objectivação da deficiência e reflecte os distúrbios da própria pessoa, nas actividades e comportamentos essenciais à vida diária. Pode ser entendida, portanto, como a restrição ou falta de capacidade funcional para desempenhar uma actividade na forma, ou no espectro considerado normal para um ser humano.

A Desvantagem representa um prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social.

Desta forma, a doença é uma situação intrínseca, exteriorizada na deficiência e objectivada na incapacidade. A desvantagem é a tradução socializante de toda a situação (Oliveira, 2001).

Diversos estudos fornecem indicações da importância da CIDID como referencial básico na definição do conceito deficiência. Em 1980, Wood realizou um levantamento histórico da ICIDH, apontando a sua importância para uma abordagem científica das consequências das doenças. De Kleijn e colaboradores (1989) retomaram algumas definições de reabilitação como um processo orientado para um objectivo e limitado no tempo, visando habilitar uma pessoa deficiente a alcançar um nível de funcionamento

mental, físico e/ou social mais favorável, o que seria fundamentado pelo fornecimento de ferramentas para modificar a sua própria vida, podendo envolver recursos para compensar uma perda de função, uma limitação funcional ou outras medidas para facilitar o ajustamento social.

Chamie (1990) identificou três grupos de dificuldades no uso da CIDID, nomeadamente, isolar e diferenciar os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem nas descrições dos comportamentos; treinar pessoal para utilizar de forma padronizada essa classificação; e aplicar a classificação para as diversas teorias e modelos de deficiência.

Para Stephens & Héту (1991) o conceito de incapacidade podia ser avaliado por meio das respostas directas do próprio indivíduo sobre as suas dificuldades, que podem ser apreendidas por meio de entrevistas, questionários, testes ou outros instrumentos. O conceito de desvantagem seria definido por seis dimensões: orientação; independência física; mobilidade, ocupação, integração social e auto-suficiência económica. Concluíram com uma proposta de ampliação do conceito de desvantagem relacionada à perda da qualidade de vida.

Badley (1993), na sua análise da ICIDH, discutiu as definições e características dos conceitos, examinando as suas diferenças, incluindo níveis de incapacidade e um inventário para avaliar a situação das pessoas. Zola (1993) afirmou o poder da palavra, salientando que o verbo “ser” (deficiente) seria mais prejudicial do que o “ter” (uma deficiência).

Hall (1995) ressaltou que a utilização da ICIDH poderia trazer benefícios científicos e práticos, incluindo formas de avaliar a qualidade de vida das pessoas. Rieser (1995) analisou as diferenças entre o modelo médico e o social de incapacidade, salientando que o modelo médico enfatiza a dependência, considerando a pessoa incapacitada como um problema, e o modelo social atribui as desvantagens individuais e colectivas das pessoas com deficiência principalmente à discriminação institucional.

Desta forma, a solução para a incapacidade estaria na reestruturação da sociedade, pelo que Rieser sugere que se adopte o modelo social como central, propondo que se fique

atento às barreiras sociais que não estão, necessariamente, relacionadas à deficiência, mas a preconceitos, estereótipos e discriminações.

Em 1996, Hutchison afirmou que a incapacidade seria socialmente construída e imposta às pessoas com deficiência, através de rótulos, e propôs um modelo de incapacidade em que se considerem as potencialidades das pessoas com deficiência e não as suas desvantagens.

O processo de reformulação do ICIDH teve início em 1995, devido a uma crescente pressão no sentido de valorizar a participação e a funcionalidade do indivíduo em contextos particulares. A Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF), foi aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, corporizando um novo modelo teórico, para interpretar os conceitos de funcionalidade, incapacidade e saúde, e abriu uma nova janela na construção de imagens de saúde e doença, particularmente no que concerne o conceito de incapacidade.

A CIF pode também contribuir para avaliar o estado de saúde, as necessidades, e os tipos de intervenções mais adequadas para promover a saúde das pessoas com deficiências. Contudo, do ponto de vista prático, a sua aplicação requer um tempo muitas vezes maior do que a própria consulta, além dos aspectos inerentes às mudanças de conduta por parte dos profissionais da área da saúde.

É baseada numa abordagem biopsicossocial, que incorpora as três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual), e a social, e que engloba simultaneamente as componentes de estruturas e funções do corpo, bem como as actividades desempenhadas e a participação social, sendo estas últimas fortemente influenciadas pelo contexto ambiental em que os indivíduos vivem, que pode actuar como facilitador ou barreira (OMS, 2004).

Desta forma, a incapacidade é resultante da interacção entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação das suas actividades e a restrição na participação social, e dos factores ambientais que podem actuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas actividades e da participação.

Esquemáticamente, podemos acompanhar uma perspectiva evolutiva desta questão:

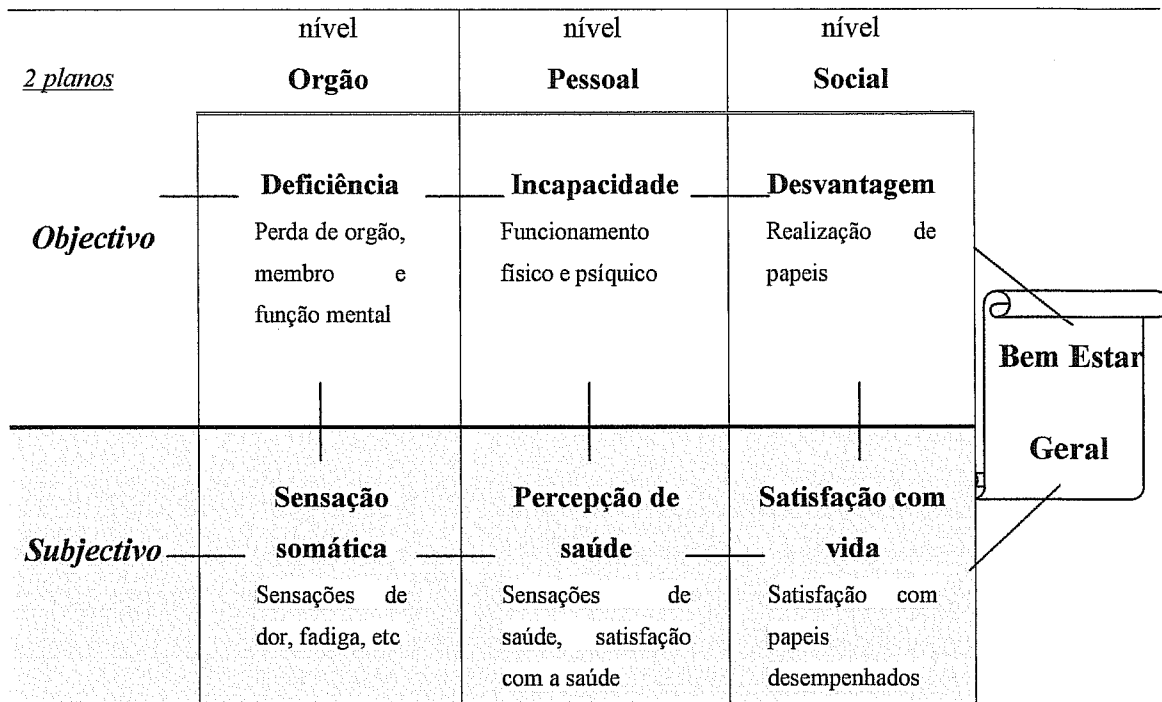


Figura 1- Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH). In Oliveira (2001)

A introdução de dois planos de repercussões do bem estar geral do sujeito: um plano objectivo (tradicional); um plano subjectivo onde a sensação, a percepção e a satisfação assumem uma posição equivalente ao órgão (deficiência), pessoa (incapacidade), e as consequências sociais (desvantagem).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve um modelo conceptual de deficiência que inclui incapacidades a um nível orgânico, deficiência, descrevendo o estado funcional e handicap. O conceito de incapacidade denota um estado negativo de funcionamento da pessoa, resultante do ambiente humano e físico inadequado ou inacessível.

Historicamente os modelos de incapacidade surgem associados ao binómio biologia-sociedade, que tem no corpo o objecto de interesse científico, que reflecte o interesse pela deficiência, ou pela limitação funcional, que reduz a deficiência a meras categorias de doenças do corpo, e que entende a incapacidade enquanto consequência do mau funcionamento biológico dos organismos, e onde o papel do profissional de saúde é o de “reparar” a disfunção corporal.

<i>2 planos</i>		nível Orgão	nível Pessoal	nível Social
Objectivo	Deficiência	Perda (anatômica ou funcional) de órgão, membro e/ou mental	Actividade	Participação
			Dificuldade em realizar tarefas; tipo e grau de necessidade de ajuda	Grau de participação nos papéis usuais; factores facilitadores/barreiras
Subjectivo	Sensação somática	Sensações de dor, fadiga, etc	Percepção de saúde	Satisfação com vida
			Sensações de saúde, satisfação com a saúde	Satisfação com papéis desempenhados

Bem Estar Geral

Figura 2– Actual Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. In Oliveira (2001)

A actual classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), salienta uma perspectiva evolutiva (Oliveira, 2001). A OMS salienta a importância dos factores pessoais, na forma de lidar com as condições limitantes. Estão aqui subjacentes dois princípios: a participação activa dos indivíduos na sua própria reabilitação, e o dever da sociedade de se adaptar às necessidades específicas das pessoas com incapacidades. (Oliveira, 2001).

A própria conceptualização dos conceitos altera-se, procurando realçar pela positiva a caracterização das repercussões a nível pessoal e social, reforçadores de uma perspectiva humanista da doença. Os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação á deficiência, e pela disponibilidade de serviços e de legislação.

As actividades e participação descrevem como o indivíduo exerce as suas actividades diárias e se integra na vida social considerando as funções e estruturas do seu corpo. O conteúdo desses componentes é organizado desde simples tarefas e acções até áreas mais complexas da vida, sendo incluídos itens referentes a tarefas gerais; mobilidade; cuidados pessoais; actividades e situações da vida doméstica; relações e interacções interpessoais; trabalho; auto-suficiência económica.

As limitações de actividades correspondem às dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma determinada actividade, e as restrições à participação social são os problemas que um indivíduo pode enfrentar nas situações da vida. O reconhecimento do papel central do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, agindo como barreiras ou facilitadores no desempenho das suas actividades e na participação social, mudou o foco do problema da natureza biológica individual da redução ou perda de uma função e/ou estrutura do corpo para a interacção entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental onde as pessoas estão inseridas.

Este modelo conceptual descentra-se do binómio saúde-doença, na medida em que as leituras da incapacidade e funcionalidade situam-se na intersecção do corpo biológico e das estruturas sociais e institucionais, em que o outro assume um papel central. Este novo quadro interpretativo aspira ser mais abrangente na medida em que combina vertentes sociais e biomédicas em torno de uma teoria unificadora que nos revela funcionalidade, incapacidade e saúde.

A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades, e Desvantagens (CIDID), deu, portanto, origem à actual classificação (CIF), e substitui o enfoque negativo da

deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as actividades que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como a sua participação social.

Representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social. Descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não fazer na sua vida diária”, assim como as limitações de actividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

O problema colocado ao acompanhamento dos sujeitos com incapacidades adquiridas deixou, assim, de ser exclusivamente médico, abrindo um espaço de acção para a Psicologia (Oliveira, 2001). Contudo, a perspectiva de atendimento é ainda marcada pelo modelo médico associado a concepções que reduzem as causas das doenças a modelos de causalidade biológica e individual, sendo a doença explicada meramente como um fenómeno biológico (Sequeira, 2002).

Na verdade, continua a verificar-se uma centração nas questões patológicas e das sintomatologias deficitárias orgânicas, e as desvantagens traduzidas pela doença em termos sociais, profissionais, familiares, continuam a ser menosprezadas.

O conceito de desvantagem tem sido o mais problemático, pois os seus itens não estão centrados prioritariamente no indivíduo, mas nas condições do meio social que o afectam. Uma deficiência pode ocorrer associada a uma incapacidade e desvantagem, comprometendo todos os níveis de manifestação, ou apenas com incapacidade, quando a desvantagem social foi compensada.

No caso de deficiência, devido às suas graves consequências funcionais e sociais, procura-se uma abordagem multidisciplinar, para que se atinja o máximo de independência individual e uma verdadeira integração na comunidade. Mas a doença pode ocorrer sem grandes implicações e tanto a incapacidade como a desvantagem podem ocorrer na ausência de doença.

Com esta alteração radical do modelo de actuação do tratamento, onde a integração social e o bem estar versus sofrimento psíquico têm um lugar central, abre-se um campo de acção muito vasto em todo o processo de reabilitação.

A **Reabilitação Médica** (médico-funcional) procura restituir ao doente, no caso das situações de amputação, a função perdida, o que implica, para a maioria dos casos, a utilização de uma prótese.

A **Reabilitação Psicossocial**, por outro lado, intercrusa o domínio da incapacidade e desvantagem na sua intervenção, procurando “desenvolver, conservar ou restabelecer o equilíbrio da pessoa com deficiência e das suas relações afectivas e sociais” (Secretariado Nacional de Reabilitação, 1995).

Desta forma, o acompanhamento dos indivíduos com deficiências físicas adquiridas deixou de ser exclusivamente médico (Oliveira, 2001), e a ideia de reabilitação global tornou como imperativo o trabalho de uma equipa interdisciplinar, mais vulgarmente constituída por médicos fisiatras, enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos ortoprotésicos, psicólogos e assistentes sociais.

Este modelo de reabilitação assenta fundamentalmente na ideia de que o que é importante para o indivíduo (amputado) não é aquilo que ele perdeu, mas aquilo que ele deixou de fazer. Em causa está o ser capaz de reaprender uma vida (nova) sem essa parte do corpo (Cardoso & Coelho, 1980).

Actualmente, independentemente das condicionantes legais, organizacionais e técnicas, o indivíduo com deficiência adquirida conquistou um lugar central no processo de reabilitação que procura ser, cada vez mais, globalizante. O doente desempenha com o seu esforço e determinação, um papel activo para o sucesso da reabilitação. Apesar deste enquadramento teórico e da defesa, por princípio, da reabilitação global, o funcionamento dos serviços de medicina física e reabilitação nem sempre é compatível com esta ideia, e nem sempre as equipas de reabilitação estão apetrechadas das várias especialidades profissionais.

A reabilitação do paciente amputado visa, sobretudo, a melhoria da qualidade de vida, através de medidas que optimizem o potencial de cada paciente, sobretudo do ponto de vista funcional, de modo a fornecer ao paciente apoio no sentido da independência. Falar em reabilitação é, portanto, falar em qualidade de vida. As investigações sobre qualidade de vida iniciaram-se no final da década de 60, e na década de 70 foram publicados os primeiros estudos específicos sobre o tema.

Para Ribeiro (1998) este tema cresceu com o desenvolvimento das economias do pós-guerra, essencialmente nos países desenvolvidos e, desde então, têm sido propostas várias definições. Para Churchman (1992) designa o «juízo subjectivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida». Para analisar a qualidade de vida, são classicamente abordadas as seguintes áreas: a percepção que o paciente tem do seu nível de reabilitação física e os seus sentimentos sobre o bem estar físico, o seu ajustamento psicossocial geral, incluindo a sua satisfação com o tipo de relacionamentos interpessoais estabelecidos, o nível de integração da auto-imagem, os seus sentimentos de felicidade ou depressão, e o seu nível de ansiedade; a sua capacidade de desempenhar os seus papéis profissionais ou escolares.

A qualidade de vida apresenta uma natureza multidimensional e é influenciada pela experiência passada, pelas condições do presente e pelas expectativas relativamente ao futuro (Bowling, 2001). Para avaliar a QDV são ponderados, habitualmente, aspectos relativos aos domínios:

- Físico (condição física, relacionada com sintomas directamente associados à patologia e seu tratamento);
- Funcional (auto-cuidado, mobilidade, nível de actividade física, e a capacidade de estabelecer relações na família e no trabalho);
- Psicológico: estado emocional, à capacidade cognitiva, à percepção da saúde, de bem-estar, de satisfação com a vida e felicidade;
- Social: avaliação quantitativa e qualitativa dos aspectos sociais e sua interacção.

Qualquer doença torna-se mais suave quando é vista como uma condição caracterizada por um conjunto de desafios graves que podem ser superados; seria a condição de “estar

doente”, diferente da posição de “ser doente”, que leva à dependência, incapacitação, regressão e derrota emocional.

De acordo com o modelo biomédico, dominante nas sociedades ocidentais, é a alteração dos parâmetros biológicos, somáticos que define a doença. Os seguidores do modelo biomédico centram-se numa visão organicista da doença e do sofrimento. Porém, nos últimos anos, este modelo redutor, de quem vê a doença, o órgão e desvaloriza as ramificações pessoais, familiares, sociais e culturais, foi sendo contestado, fazendo emergir um modelo holístico (biopsicossocial). Nesta perspectiva, a saúde e doença são também vistas como processos dinâmicos, em evolução constante.

Generalidades na Reabilitação Global do Paciente Amputado

Devido ao handicap, torna-se necessário proceder a novas aprendizagens em domínios corporais, sexuais, psicoafectivos, familiares, profissionais, sociais, etc. A reabilitação consiste num processo de ajudar a pessoa incapacitada física e/ou psiquicamente a fazer o melhor uso das suas capacidades ainda existentes. Considera-se a reabilitação global o processo com objectivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental, funcional ou social, óptimo, proporcionando-lhe os meios de modificar a sua própria vida, podendo empreender medidas que visem compensar a perda de função ou uma limitação funcional, e facilitar ajustes/re-ajustes sociais.

A reabilitação da pessoa surge como a reabilitação dos aspectos psicológicos ligados ao corpo, cujo funcionamento não se encontra intacto. Torna-se, pois, fundamental um trabalho integrado de diversos profissionais, envolvidos na reabilitação do paciente para estimular e valorizar a capacidade residual da pessoa atingida, e assim procurar uma recuperação total no tratamento dos pacientes amputados, de forma a identificar qualquer sinal que possa comprometer o resultado do processo de reabilitação (Benedetto, 2003).

Os sistemas de saúde oferecem programas de reabilitação mais ou menos adequados, emergindo cada vez mais a necessidade de actuação de equipas multidisciplinares, (Delisa, 1993). Em traços gerais, as equipas multidisciplinares são constituídas por:

-
- Médico (fisiatra), que é o responsável pela avaliação e tratamento de reabilitação, o líder de todo o processo de reabilitação;
 - Fisioterapeuta, que presta serviços de recuperação funcional, avalia e qualifica a força muscular, assim como o equilíbrio;
 - Terapeuta ocupacional, que deve avaliar e treinar o paciente em actividades da vida diária, através da exploração de habilidades vocacionais e interesses;
 - Terapeuta recreativo, que é responsável pelo desenho, fabricação e correcta colocação do membro artificial, assegurando o bom funcionamento desses aparelhos, bem como a adaptação do paciente aos mesmos;
 - Enfermeiro de reabilitação, que deve fornecer informações sobre factores higiénicos, ambientais, o uso do equipamento, necessidades específicas, manuseamento da medicação, etc.
 - Terapeuta da fala, que procede à avaliação e tratamento de problemas que interferem na comunicação.
 - Assistente social, com a missão de interagir com o paciente, com a família, e com a equipa de reabilitação, avaliando toda a situação de vida individual e familiar.
 - Psicólogo, que no processo de reabilitação avalia questões como a personalidade do indivíduo, a sua tolerância à frustração, a existência de estratégias de coping, procurando incorporar resultados no plano de intervenção/tratamento, aconselhamento, desenvolvimento das aptidões de resolução de problemas causados pela doença, e avalia funções cognitivas, e intervenção psicoterapêutica. O apoio psicológico é significativo para que as tentativas de clarificação e comunicação consigam estabelecer a “causa” da lesão sem sentimentos de culpa por parte do indivíduo amputado.

O ideal seria o amputado ser avaliado pela equipa de reabilitação antes da amputação, para avaliar a condição médica geral e discutir as questões à volta da amputação. Contudo, o sucesso de um processo de reabilitação depende sobretudo da aceitação da amputação, por parte do indivíduo, da sua colaboração com a reabilitação e, principalmente, da motivação e da dedicação do próprio paciente (Oliveira, 2001).

A completa reabilitação de uma pessoa que perdeu um membro de forma traumática requer uma combinação entre as competências de diversos profissionais. Estes técnicos interagem com a pessoa amputada durante uma quantidade de tempo variável, e em diferentes alturas no tempo, durante o processo de reabilitação funcional. Devem, pois, estar familiarizados com os factores emocionais com que se deparam as pessoas com perda de membro e que assim possam intervir de forma construtiva. As respostas iniciais verbais e não-verbais dos profissionais durante o tratamento constituem os primeiros contactos do paciente com as outras pessoas.

Langer (1994) salienta algumas questões a ter em conta no acompanhamento psicológico de sujeitos com deficiências físicas: evolução da condição da doença; ser ou não acompanhada de dor física e/ou desconforto; o tempo de evolução; personalidade pré-mórbida; os recursos sociais disponíveis, tendo em conta a sua idade, estilo pessoal, e a forma como elementos significativos lidam eles mesmos com a deficiência; o significado pessoal da deficiência e da incapacidade para o indivíduo; o significado social e cultural da deficiência e da incapacidade onde o sujeito se insere; a incapacidade de tolerar a frustração; as repercussões da doença noutras dimensões, como por exemplo, a situação financeira, qualidade de vida, contactos sociais futuros, acessibilidade ambiental, etc; experiências prévias ou contactos em relação à situação de deficiência e incapacidade.

Considera-se que a reabilitação só é atingida quando o paciente consegue ultrapassar as dificuldades físicas e psicológicas, e tem possibilidade de participar socialmente, de decidir sobre a sua vida, tendo maior independência e autonomia para realizar as suas actividades diárias.

A protetização consiste na utilização de recursos técnicos especiais, que visam a substituição parcial de um membro, mas a reabilitação não pode ser entendida como o

simples treino do uso da prótese. A reabilitação global compreende, pois, duas fases: a reabilitação física (protetização), e a (re)inclusão social (reabilitação). Desta forma, o enfoque deve ser colocado nas características que definem a identidade e que irão permanecer apesar das alterações de carácter permanente nas suas capacidades físicas e imagem corporal.

Desta forma, a reabilitação corresponde a um procedimento terapêutico que transcende os aspectos físicos. A reintegração corporal implica a incorporação da prótese à imagem corporal, mas também a possibilidade do paciente amputado se aceitar, de forma a poder superar dificuldades de ordem física, psicológica, social e profissional, com o objectivo de participar activamente na sua vida.

O objectivo final é capacitar o paciente para um maior aproveitamento das suas potencialidades, de forma que ele possa ser independente nas actividades da vida diária. A aceitação da prótese também é uma das fases mais importantes para a reabilitação do paciente, pois com ela poderá retomar algumas das actividades que fazia antes da amputação.

Para Spence (1991), a reabilitação será considerada mais completa se for seguida da colocação de uma prótese, sendo mais comuns as próteses em pacientes com membros inferiores amputados. O tratamento fisiátrico deve conter aspectos farmacológicos, físicos, psicossocial, e profissional, fundamentais para o desempenho satisfatório do programa.

A reabilitação física ocorre quando o sujeito amputado elabora o luto e deseja colocar a prótese, como forma de se reabilitar psicossocialmente. Desta forma, o paciente amputado aguarda a prótese como quem aguarda a sua perna perdida, muitas vezes sem pensar nas dificuldades de adaptação inicial, uma vez que existem tarefas importantes a nível psicossocial e funcional que requerem novas aprendizagens (Roye, 1988).

Nesta fase, o paciente deverá também fazer um tratamento com um fisioterapeuta para a reeducação da marcha. Contudo, para se poder utilizar uma prótese, o paciente precisa de treino e de um fortalecimento físico. O exercício deve ser começado imediatamente após

a amputação. Nas primeiras três semanas após a amputação, os objectivos da reabilitação envolvem atingir independência em actividades básicas da vida diária, usando muletas ou cadeira de rodas.

Inicialmente, o simples acto de caminhar pode causar desequilíbrios ou quedas, o que pode fomentar sentimentos de insegurança e fracasso no paciente em processo de reabilitação. Os técnicos devem ter consciência de que a aprendizagem de novas competências e a recuperação da independência funcional traz satisfação pessoal, pelo que é desejável uma avaliação das capacidades intelectuais, emocionais e motoras dos indivíduos, para além do grau de perda de membro, através do estabelecimento de objectivos e sequências de treino (Bradway et al, 1984).

De acordo com Zereu et al.(1995) no momento em que o paciente amputado incorpora a prótese ao seu esquema corporal, passa a usá-la de forma automática, o que auxilia o processo de reabilitação. Desta forma, ao ser adicionada uma nova parte, a imagem corporal expande-se e tem que ser encontrado um novo lugar para essa nova entidade que o anterior corpo agora contém. Há, pois, que integrar psicologicamente o novo esquema corporal.

Quando os objectivos da reabilitação não são interiorizados ou emocionalmente identificados pelo paciente, podem ser sentidos como imposições externas pelo que é fundamental que os técnicos tenham conhecimento da resposta inicial do indivíduo á sua lesão, de forma a facilitar e reforçar a sua decisão de querer viver utilizando-a como uma base importante para o aumento do controlo sobre a sua decisão de vida.

O objectivo principal é que a pessoa se transforme num participante activo, e não apenas num recipiente de um programa de tratamento de reabilitação. O grau de deficiência, a sua funcionalidade e até a tradução estética, não determinam o sucesso ou fracasso do processo de reabilitação, essencialmente determinado pelas capacidades do funcionamento mental do sujeito.

O sentimento de estigma proveniente da diferença física, o sentimento de incompletude, a nível físico e emocional requerem respostas dos técnicos que demonstrem a aceitação

contínua do paciente enquanto pessoa, agora neste novo corpo. Alguns centros desenvolvem programas de visitantes a amputados para ajudar neste ajustamento (Stewart et al, 1992).

A transição de um centro de reabilitação para casa e para a comunidade social, deve ser iniciada através de dias e “passes de fins de semana pré-alta”, uma vez que inicialmente o ambiente “casa” pode gerar maior confronto com o sentimento de diferença, devido à necessidade de dependência física (entre a pessoa que era antes da lesão e a pessoa que é actualmente). Os cuidados médicos de acompanhamento devem reforçar a incorporação da experiência hospitalar como uma ponte para a vida no mundo exterior.

A pessoa necessita de orientação na selecção de capacidades e actividades que são significativas, por forma a formar uma base que lhe permita continuar a esforçar-se por ter uma vida preenchida. O acompanhamento dado aos pacientes não deve centrar-se apenas na prótese, mas deve também incluir uma avaliação de como o domínio das capacidades funcionais facilitam à pessoa um controlo e uma capacidade de escolha das suas interacções sociais. Por isso, é necessário efectuar uma avaliação das relações familiares, a prontidão para uma avaliação vocacional, a participação em assuntos comunitários pelos quais havia interesse antes da lesão, e o desenvolvimento significativo de organizar o seu tempo.

A perda de uma parte corporal implica uma revisão da imagem corporal, em que o amputado precisa de aceitar a sua nova imagem corporal. Esta adaptação terá um efeito benéfico no treino protésico. A prótese tem de se tornar parte do “self” para ser usada de forma mais eficaz. As técnicas de reabilitação, nomeadamente a fisioterapia e a terapia ocupacional podem conduzir o sujeito a um ponto de equilíbrio funcional, enquanto que a relação psicológica, oferecendo-se como meio sustentor e continente para a dor de se sentir privado de si, possibilita o movimento de oscilação entre processos de desestruturação e estruturação que, sendo próprios ao desenvolvimento e versatilidade do sujeito em relação, constituem a única mudança possível e aceitável para a pessoa em sofrimento, isto é, a mudança psicológica (Oliveira, 2001).

Se os objectivos da reabilitação forem apenas a restauração física, então a pessoa permanecerá (socialmente) amputada.

METODOLOGIA

Os trabalhos desenvolvidos no contexto da problemática dos doentes fisiátricos, tem evoluído de uma focalização nos aspectos mais físicos do problema para os aspectos mais relacionais. Esta evolução histórica, inicialmente centrada exclusivamente nos aspectos especificamente somáticos do problema, depois nos aspectos estéticos e, finalmente, nos aspectos relacionais, tem em si implícita uma visão mais holística, global e abrangente do problema médico, colocando numa primeira linha desses interesses as questões relativas à “qualidade de vida” dos pacientes.

De outro modo, o grande número de amputações realizadas por altura da II Guerra Mundial motivou o estudo do fenómeno, centrando-o exclusivamente nos aspectos físicos, quer ao nível dos procedimentos de reabilitação funcional (aparelhagem protésica) (Fishman, 1961). Só a partir da década de 80 é que começam a surgir os primeiros estudos interessados nos aspectos relacionais da amputação. Estes estudos, debruçando-se sobre variáveis de natureza psicológica e social, dão conta das inúmeras dificuldades de adaptação que cruzam os domínios da incapacidade e da desvantagem, nomeadamente:

- A presença de sintomatologia depressiva em percentagens que variam entre 20,8% e 62% (Shukla et al., 1982; Kashani et al., 1983; Rybarczyk et al., 1992; Pierre e Tignol, 1992; Williamson et al., 1994; Cansever, 2003);
- A diminuição da qualidade de vida sexual (Reinstein et al., 1978; Garcia-Viniegres et al., 1991; Williamson & Walters, 1996);
- A restrição parcial ou total das actividades domésticas, de auto-cuidados, de lazer e laborais (Kegel et al., 1977; Millstein et al., 1985; Garcia-Viniegres et al., 1991; Burger

& Marineck, 1997), alterações no funcionamento familiar (Pierre, 1996), e as suas implicações económicas e financeiras (Thompson & Haran, 1983).

Estas questões remetem para domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, dor e desconforto, auto-estima, imagem corporal e aparência, mobilidade, actividades da vida quotidiana, capacidade de trabalho, suporte social, actividade sexual, inclusão social, relações familiares, recursos financeiros, cuidados de saúde (dependência de medicação ou tratamentos) e sociais, e qualidade de vida.

Segundo dados fornecidos pelo Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão (IGIF), pertencente ao Ministério da Saúde, sabe-se que no ano 2000 em Portugal, 3 400 pessoas sofreram de amputações dos membros inferiores nos Hospitais Portugueses do Sistema Nacional de Saúde (SNS), os quais potencialmente entraram em programas de reabilitação e protetização.

Neste sentido, a Psicologia aplicada à realidade da Medicina Física e de Reabilitação deve procurar de uma forma abrangente, através de múltiplas estratégias direccionadas para diferentes níveis contextuais, alcançar uma certa minimização das incapacidades e desvantagens. Porém, o mais importante, é avaliar o estado geral desse indivíduo e a sua motivação para a reabilitação.

Sabe-se que não é a realidade do diagnóstico ou da etiologia do quadro médico, ou mesmo a sua gravidade e profundidade que estão linearmente relacionados com a capacidade de adaptação do sujeito à situação (Oliveira, 2001). O grau de deficiência física e de desfiguração não é o factor mais indicado para prever o sucesso ou insucesso deste processo, mas sim a força do ego, e as capacidades psicológicas do paciente.

Desta forma, a adaptação á incapacidade constitui-se como um processo individualizado, em que a gravidade da incapacidade não se assume como um factor que influencie a adaptação do indivíduo. Diversos estudos sobre múltiplas populações médicas têm demonstrado que as restrições nas actividades normais da vida diária, como visitar amigos, ir ás compras, ou ocupar-se com qualquer tipo de hobbies, funcionam como um

factor determinante, associado aos níveis de severidade do estado de saúde e à sintomatologia psicológica (Williamson, 1994, 1996; Codine, 1996).

A amputação tem impacto no quotidiano do indivíduo, bem como alterações na sua vida sócio-económica e familiar. Os profissionais envolvidos na reabilitação dos sujeitos amputados desenvolvem a sua acção com o objectivo de favorecer a independência e autonomia dos pacientes nos diferentes grupos sociais nos quais se inserem, promovendo a melhoria da sua participação social. Salienta-se a importância de se proceder a reavaliações periódicas.

QUESTÕES ORIENTADORAS

Importância do estudo:

Procurou-se, com este trabalho, conhecer e avaliar diversos aspectos dos doentes amputados, nomeadamente a qualidade de satisfação e adaptação à prótese nestes sujeitos.

Face à inexistência de estudos específicos sobre esta problemática, o presente estudo procura avaliar a satisfação e adaptação à prótese, bem como medida de desvantagem da amostra. Indirectamente, este estudo permite-nos também perceber o tipo de imagem corporal que os sujeitos que sofreram amputação nos membros inferiores têm do seu corpo.

Os objectivos específicos do presente trabalho são:

- Analisar o ajustamento psicossocial, restrição de actividades e satisfação com a prótese;
- Avaliar a medida de desvantagem social, através da independência funcional, ocupação, mobilidade, integração social e auto-suficiência económica;

- Relacionar as variáveis principais (adaptação à prótese) com as variáveis secundárias (medida de desvantagem) e perceber se existe relação entre os aspectos de adaptação à prótese e a desvantagem social;
- Se existe relação entre o tipo de amputação e a adaptação à prótese. Especificamente, se os indivíduos apresentam melhor adaptação e menos desvantagem, em função do tipo de amputação que têm.
- Se existe relação entre o tempo de uso da prótese e a consequente adaptação à prótese. Especificamente, se os indivíduos apresentam melhor adaptação e menos desvantagem, em função do tempo que têm a actual prótese.
- A relação entre a existência de dores fantasma e a adaptação à prótese. Especificamente, se os indivíduos apresentam melhor adaptação e menos desvantagem, em função da ausência/presença de dores fantasma.

Segundo Desmond e MacLachlan (2002), o processo de reabilitação pós-amputação está fundamentalmente ligado ao ajustamento psicológico do indivíduo face à amputação. Desta forma, propomo-nos estudar a existência de possíveis relações entre estas variáveis por forma a delinear algumas directrizes para a prática clínica na área de reabilitação com esta população.

Considera-se fundamental conhecer o verdadeiro impacto das amputações, nomeadamente nesta amostra que sofreu as amputações num contexto específico (cumprimento do serviço militar).

DESENHO E TIPOLOGIA DO ESTUDO

O presente estudo define-se como uma investigação exploratória (conhecimento exploratório da realidade). De acordo com Ribeiro (1999), em estudos exploratórios qualquer resultado é um bom resultado e pode ser discutido com o mesmo mérito.

A metodologia desenvolvida neste trabalho é do tipo correlacional. Na investigação correlacional analisam-se as relações entre variáveis sem que se manipulem as variáveis em estudo. A análise correlacional não permite fazer inferências acerca da causalidade do tipo *a* provoca *b*; somente permite afirmar que provavelmente quando *a* aumenta (ou diminui), *b* aumenta (ou diminui). Desta forma, vamos estudar a associação de variáveis relacionadas com ajustamento psicossocial, restrição de actividades e satisfação funcional com a prótese e medida de desvantagem social.

Trata-se de um estudo de carácter descritivo, uma vez que não se pretende explicar porque é que ocorrem determinados fenómenos. Nestes estudos, “o investigador somente apresenta o que encontrou” (Aday, citado por Ribeiro, 1999, p 25). Os estudos descritivos são normalmente estudos exploratórios que decorrem do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de suposições bem desenvolvidas para formular hipóteses (Ribeiro, 1999, p.25).

Os estudos observacionais-descritivos, basicamente, fornecem informação acerca da população em estudo, focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 1999). Trata-se de um estudo transversal, sendo os dados recolhidos numa realidade específica, num único momento.

O estudo pode ser considerado quase experimental, por ser uma variação dos estudos verdadeiramente experimentais, em que o controlo é menor (Ribeiro, 1999).

POPULAÇÃO-ALVO

Seleccção da Amostra: A seleccção da amostra obedeceu aos critérios de inclusão previamente definidos, tais como os sujeitos terem sido considerados “Deficientes das Forças Armadas” (sócios da ADFA), terem amputação do(s) membro(s) inferior(es), e usarem prótese.

Para que os participantes seleccionados respeitassem estes critérios, seguiu-se o método de amostragem acidental, por conveniência, incluindo todos os sujeitos que, preenchendo os critérios de inclusão, se disponibilizaram a participar no estudo.

Trata-se de uma amostra por conveniência, ou seja, uma amostra não probabilística, também chamada intencional (Smith, 1975, citado por Ribeiro, 1999). A probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecido, com a desvantagem que se conhece quão representativa ela é de uma população ou universo (Ribeiro, 1999). Dommermuth (1975, citado por Ribeiro, 1999) denomina amostra de conveniência a uma amostra recolhida por conveniência do investigador. Neste caso, quem recolhe os dados pode escolher com base na sua conveniência, onde recolher os dados.

Caracterização da Amostra: Participaram neste estudo 20 sujeitos do sexo masculino sócios da Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), com amputação do(s) membro(s) inferior(es), utilizadores de prótese.

POPULAÇÃO ESTATÍSTICA OU AMOSTRAL

A amostra foi recolhida entre 19 de Junho e 04 de Julho de 2006, na Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA), na delegação de Lisboa. Superada uma certa dificuldade inicial, todos os sujeitos apresentaram grande disponibilidade e afabilidade.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS ONDE DECORREU O ESTUDO:

A Guerra Colónia Portuguesa (1961-1974) envolveu cerca de um milhão de homens dos quais cerca de dez mil foram mortos e trinta mil feridos. Aqueles que sofreram graves e permanentes mutilações nos teatros de operações ou em acções de preparação para o combate, constituem a face mais visível da guerra colonial. Desde o início, a guerra afectou toda a sociedade, primeiro com o sofrimento da despedida dos jovens e, logo de seguida, com os primeiros mortos e feridos a quem as estruturas militares assistentes e sanitárias, orientadas para tempo de paz, tiveram dificuldade em dar resposta.

Assim se foi constituindo um exército de deficientes, que não parou de aumentar, formado por jovens que, na força da vida, se viram amputados, cegos, com doenças internas graves, doenças da mente, e com futuro incerto. Na época, os deficientes eram considerados inválidos e, não obstante ter sido criada posteriormente a pensão de invalidez, muitos deles sofreram duplamente a sua deficiência ao tornarem-se durante muito tempo, pesado fardo para as famílias.

Os hospitais militares foram para muitos um refúgio, mas foram também um depósito onde os corpos amputados e outros deficientes se mantiveram longe dos olhares alheios. Os longos anos de guerra, progressivamente mais violenta e provocando mais mortos e feridos, forjaram uma consciência colectiva entre os deficientes militares dentro dos hospitais.

De acordo com levantamentos estatísticos efectuados logo após o 25 de Abril pelos serviços da ADFA, conclui-se que terão sido evacuados das frentes de combate, durante os treze anos de guerra, cerca de vinte e cinco mil militares afectados por deficiências motoras, sensoriais, orgânicas e mentais.

Figura 3- Dados estatísticos relativos aos sujeitos que durante a Guerra Colonial (1961-1974) adquiriram deficiências nos três teatros operacionais de Angola, Moçambique e Guiné. In O Veterano de Guerra, nº 23 (s/d)

Tipo de Deficiência	Angola	Guiné	Moçambique	Preparação para a guerra (instrução)	Acidentes/doenças ocorridas durante o serviço militar sem nexo de causalidade	Total
Cegos e amblíopes	15	22	15	6	12	70
Cegueira parcial	190	167	119	129	10	615
Outras (visuais)	66	69	57	52	4	248
Paraplegias	71	41	39	55	14	220
Surdez (total)	11	18	14	6	0	49
Surdez parcial	115	133	90	38	7	383
Outras (auditivas)	29	35	32	30	2	128
Doenças mentais	223	194	151	55	560	1183
Lesões orgânicas	482	392	288	412	46	1620
Outras lesões	1562	1393	1026	860	65	4906
Sub-total	4684	3830	3455	2743	795	15507

Figura 4- Dados estatísticos relativos aos sujeitos que durante a Guerra Colonial (1961-1974) adquiriram amputações nos três teatros operacionais de Angola, Moçambique e Guiné. In O Veterano de Guerra, nº 23 (s/d)

Tipo de Deficiência	Angola	Guiné	Moçambique	Preparação para a guerra (instrução)	Acidentes/doenças ocorridos durante o serviço militar sem nexo de causalidade	Total
Amputados	480	540	697	117	18	1852
Amputados – fracturas múltiplas	1440	826	927	938	57	4233

O que é a ADFA?

A Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), foi criada em 14 de Maio de 1974, por parte dos deficientes militares. A ADFA iniciou as suas actividades em instalações do Palácio da Independência, em Lisboa, cedidas pelo Movimento das Forças Armadas. Para além dos contactos directos com outras organizações, de e para as pessoas com deficiência, participa activamente nos trabalhos e projectos do Secretariado Nacional para a Reabilitação das Pessoas com Deficiência (SNRIPD), visando a continuada melhoria da qualidade de vida desses cidadãos.

Em 1982, a ADFA aderiu à Federação Mundial de antigos Combatentes e Vítimas de Guerra (FMAC), organização com estatuto de membro consultivo da ONU e de outras entidades internacionais. A FMAC defende o diálogo como modo de prevenção dos conflitos armados, ao mesmo tempo que luta pelo respeito dos direitos das vítimas de guerra na reparação pelos danos físicos e morais sofridos.

Actualmente, conta com mais de quinze mil associados efectivos, cidadãos que se deficientaram durante a prestação do serviço militar, nomeadamente na guerra colonial que se desenrolou no período de 1961 a 1974 nas três frentes, Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, assim como aqueles que, à data da morte do militar ou do deficiente, dele dependiam directa e economicamente. Como “Organização não Governamental” (ONG), tem recebido apoio das mais altas instâncias do Estado, na concretização de projectos de âmbito nacional e internacional.

Com sede em Lisboa, doze delegações e vários núcleos, a ADFA encontra-se implantada em todo o território nacional, incluindo Madeira e Açores. Organizou-se para prestar serviço de apoio aos seus associados, desde os processos burocráticos e administrativos aos cuidados de saúde, de reabilitação física, e integração social, de modo a que a sociedade portuguesa olhasse os seus deficientes de guerra e visse neles cidadãos de bem, dignos e úteis.

Na área da saúde, presta apoio através de diversos acordos e parcerias, possuindo serviços medico-sociais, centrados nas delegações metropolitanas do Porto e de Lisboa, com consultas de Clínica Geral, Fisioterapia, Psiquiatria, Gastrenterologia, Urologia, Assistência Psicológica, Estomatologia, Stress de Guerra, Prótese Dentária, Colheitas para Análises e Fisiatria.

A ADFA presta aos seus associados e familiares diversos serviços, nos quais se incluem o apoio associativo, social e jurídico, no âmbito de processos administrativos e recursos para os tribunais, a dinamização de actividades de carácter cultural, desportivo e de lazer, para além de, na área da saúde, possuindo serviços médico-sociais, com diversas consultas de especialidade. Desenvolve acções de formação profissional, com vista à integração laboral, bem como actividades gráficas na sua tipografia-escola, e de recuperação funcional com o fabrico e adaptação de próteses. A sua actuação vai no sentido da alteração de mentalidades, atitudes e comportamentos, divulgando a imagem da pessoa deficiente como cidadão de pleno direito, em igualdade de oportunidades deveres, e com capacidade de intervenção no todo social que o rodeia.

ENQUADRAMENTO LEGAL

«Deficientes das Forças Armadas» (DFA)

De acordo com o Decreto-Lei nº 43/76 de 20 de janeiro, o Estado Português reconhece o direito à plena reparação de consequências sobrevindas no cumprimento do dever militar a quem foi chamado a servir o país em situação de perigo ou perigosidade. As leis promulgadas até 25 de Abril de 1974 não definem de forma completa o conceito de DFA, o que deu lugar a situações contraditórias, como a marginalização dos inválidos da 1ª Grande Guerra e dos combatentes das campanhas ultramarinas, criando injustiças aos que se deficientaram nas campanhas pós-1961.

Do espírito dessas leis, em geral, não fez parte a preocupação fundamental de encaminhar os deficientes para a reabilitação e integração social, não se fez justiça no

tratamento assistencial e não se respeitou o princípio da actualização de pensões e outros abonos, o que provocou, no seu conjunto, situações económicas e sociais lamentáveis.

O presente diploma parte do princípio de que a integração social e as suas fases precedentes, constituindo um caminho obrigatório, e um dever nacional, não exclusivamente militar, devem ser facultadas aos DFA, com o fim de lhes criar condições para a colocação em trabalho remunerado.

Consta igualmente a materialização da obrigação de a Nação lhes prestar assistência económica e social, garantindo a sobrevivência digna, uma vez que estão em jogo valores morais estabelecidos na sequência do reconhecimento e reparação àqueles que no cumprimento do dever militar se diminuíram, com consequências permanentes na sua capacidade geral de ganho, causando problemas familiares e sociais.

Desta forma, de acordo com o nº1 do Artigo 1º, o Estado reconhece o direito à reparação que assiste aos cidadãos portugueses que, sacrificando-se pela Pátria, se deficientaram (ou deficientem) no cumprimento do serviço militar e institui as medidas e os meios que, assegurando as adequadas reabilitação e assistência, concorrem para a sua integração social.

Importa, pois, conhecer o direito aplicável nomeadamente a definição de «Deficiente das Forças Armadas». Segundo o n.º 2 do artigo 1º do Decreto-Lei n.º 43/76, “é considerado deficiente das Forças Armadas Portuguesas o cidadão que no cumprimento do serviço militar e na defesa dos interesses da Pátria adquiriu uma diminuição na capacidade geral de ganho, quando em resultado do acidente ocorrido:

- em serviço de campanha ou em circunstâncias directamente relacionadas com desempenho na campanha, ou como prisioneiro de guerra;
- na manutenção da ordem pública;
- na prática de acto humanitário ou de dedicação á causa pública;
- no exercício das suas funções e deveres militares e por motivo do seu desempenho, em condições de que resulte, necessariamente, risco agravado equiparável ao definido nas situações previstas nos itens anteriores; vem a sofrer, mesmo “a posteriori”, uma

diminuição permanente, causada por lesão, doença, adquirida ou agravada, consistindo em :

- perda anatómica, ou
 - prejuízo ou perda de qualquer órgão ou função, tendo sido, em consequência, declarado, nos termos da legislação em vigor:
-
- Apto para o desempenho de cargos ou funções que dispensem plena validade;
 - Incapaz do serviço activo;
 - Incapaz de todo o serviço militar”.

O artigo 2º, n.º 1, alínea b) refere que a qualificação como deficiente das Forças Armadas e a aplicação do respectivo regime, segundo o citado Decreto-Lei n.º 43/76, exige um grau mínimo de incapacidade geral de ganho de 30% (artigo 2º, n.º 1, alínea b).

A qualificação destes casos compete ao Ministro da Defesa Nacional, após parecer da Procuradoria-Geral da República.

A diminuição das possibilidades de trabalho para angariar meios de subsistência, designada por «incapacidade geral de ganho», deve ser calculada segundo a natureza ou gravidade da lesão ou doença, a profissão, o salário, a idade, o grau de reabilitação à mesma ou outra profissão, de harmonia com o critério das juntas de saúde de cada ramo das forças armadas, considerada a tabela geral de incapacidade.

«O serviço de campanha ou campanha» tem lugar no teatro de operações onde se verifiquem operações de guerra, de guerrilha ou de contraguerrilha e envolve as acções directas do inimigo, os eventos decorrentes de actividade indirecta de inimigo e os eventos determinados no decurso de qualquer outra actividade terrestre, naval ou aérea de natureza operacional.

As «circunstâncias directamente relacionadas com o serviço de campanha» têm lugar no teatro de operações onde ocorram operações de guerra, guerrilha, ou de contraguerrilha e envolvem os eventos directamente relacionados com a actividade operacional que pelas suas características de contacto possível com o inimigo e os eventos determinados pelo

no decurso de qualquer outra actividade de natureza operacional, ou em actividade directamente relacionada, que pelas suas características próprias possam implicar perigosidade.

O «exercício de funções e deveres militares e por motivo no seu desempenho, em condições de que resulte, necessariamente, risco agravado equiparável ao definido nas situações previstas nos itens anteriores», engloba aqueles casos especiais, não previsíveis, que pela sua índole, considerado o quadro de causalidade, circunstâncias e agentes em que se desenrole, seja identificável com o espírito desta lei.

O Artigo 4º refere-se à Reabilitação dos Deficientes das Forças Armadas, que consiste no desenvolvimento e completo aproveitamento das capacidades restantes dos DFA e é continuada até que seja recuperado o máximo possível de eficiência física, mental e vocacional, com o fim de obter, por meio de trabalho remunerado, a melhor posição económica e social compatível.

De acordo com o nº 2 do mesmo artigo, sendo um direito que assiste aos DFA, a reabilitação constitui um processo global e contínuo; efectiva-se pela reabilitação médica e vocacional, é complementada pela educação especial e culmina com a integração nos meios familiar, profissional e social. Finda a reabilitação médica, os DFA serão obrigatoriamente presentes a uma junta técnica de reabilitação, que avaliará as suas capacidades profissionais, encaminhando-os para os centros de reabilitação respectivos, nacionais ou estrangeiros, quando julgado necessário.

A reabilitação do DFA deve ser conduzida, sempre que possível, na família e no próprio meio social e profissional. Desta forma, o internamento será restringido aos casos em que não possa ser efectuada em regime ambulatorio ou domiciliário. Quando o DFA não puder ingressar nos quadros normais de trabalho, deverá ser colocado em qualquer modalidade de trabalho protegido, a fim de exercer actividade profissional compatível com o grau das suas possibilidades.

Será fornecido gratuitamente aos DFA todo o equipamento protésico, plástico, de locomoção, auxiliar de visão e outros considerados como complementos ou substitutos

da função ou órgão lesado ou perdido e, em todas as circunstâncias será garantida a manutenção ou substituição do material, sempre que necessário e a expensas do Estado.

O Artigo 5º refere-se à Assistência social aos Deficientes das Forças Armadas, que é da responsabilidade do Estado e tem por objectivo evitar ou eliminar dificuldades de natureza familiar, social e económica. Os DFA cuja reabilitação não é ou não tem possibilidade de vir a ser satisfatória, podem ser colocados no domicílio e receber apoio assistencial especial ou ser internados em estabelecimentos apropriados, consoante o seu desejo manifesto.

Os DFA gozarão de medidas de protecção, tais como facilidades no acesso aos alojamentos, aos transportes, aos locais de trabalho e a outros locais públicos. Compete às autoridades militares adoptar as medidas previstas que terão por fim assegurar justa e adequada protecção e auxílio aos DFA, de acordo com os conceitos de reabilitação e assistência expressos no presente decreto-lei.

Concluída a reabilitação médica, os militares serão presentes às juntas de saúde de cada ramo das forças armadas, que julgarão da sua aptidão para todo o serviço ou verificarão a diminuição permanente, nos termos e pelas causas constantes dos artigos 1º e 2º deste decreto-lei, exprimindo-a em percentagem de incapacidade (Artigo 6º).

O Artigo 7º refere-se ao direito de opção pela continuação do serviço activo. Quando a JS concluir sobre a diminuição permanente do DFA, e após a atribuição da correspondente percentagem de incapacidade, pronunciar-se-á sobre a sua capacidade geral de ganho restante. Se esta for julgada compatível com o desempenho de cargos ou funções que dispensem plena validade, informá-lo-á que poderá optar pela continuação na situação do activo em regime que dispense plena validade, ou pela passagem á situação de reforma extraordinária ou de beneficiário de pensão de invalidez, devendo o DFA prestar imediatamente a declaração relativa a essa opção.

Se não for julgada compatível com o desempenho de cargos ou funções que dispensem plena validade, o DFA, caso discorde, pode prestar declaração de desejar submeter-se a

reabilitação vocacional e profissional militar, a qual será objecto de reconhecimento por parte da comissão de reclassificação.

Os militares não considerados DFA, ou seja, aqueles que se diminuíram e não forem considerados nos termos deste decreto-lei como DFA (Artigo 8º), serão encaminhados, após a conclusão da sua reabilitação médica, para os serviços de reabilitação e integração social e assistência, beneficiando do regime geral dos acidentados civis de trabalho, sem prejuízo dos benefícios directos que possam receber por parte das forças armadas, enquanto estiverem nas fileiras.

Aos DFA reconhecidos nos termos deste diploma que recebam vencimento, após opção pelo serviço activo, ou pensão de reforma extraordinária, ou pensão de invalidez, é concedido um abono suplementar de invalidez, de montante independente do seu posto, como forma de compensação da diminuição da sua capacidade geral de ganho e que representa uma reparação pecuniária por parte da Nação (nº 1 do Artigo 10º - Abono suplementar de invalidez).

O quantitativo do abono suplementar de invalidez é calculado pelo produto da percentagem de incapacidade pela JS. Aos DFA a quem for atribuída uma percentagem de incapacidade igual ou superior a 90% e que tenham sofrido lesões profundas ou limitação de movimentos que lhes impossibilitem a liberdade de acção é devido o pagamento de prestação suplementar de invalidez, de montante independente dos seus postos, que se destina a custear os encargos da utilização de serviços de acompanhante, caso a sua necessidade se reconheça.

O Artigo 14º refere-se aos direitos e regalias dos DFA e consiste num conjunto de direitos de natureza social e económica, na dependência da sua percentagem de incapacidade, como suporte de condições familiares e sociais mais adequadas à sua situação, os quais, sendo pessoais e intransmissíveis, tais como:

- Direito ao uso de cartão de DFA.
- Alojamento e alimentação por conta do Estado quando em deslocações justificadas por adaptação protésica ou tratamento hospitalar.

-
- Redução nos transportes dos caminhos de ferro e voos TAP de cabotagem.
 - Tratamento e hospitalização gratuitos em estabelecimentos do Estado, bem como a quaisquer meios auxiliares de diagnóstico, quando a natureza da moléstia que justifique o tratamento ou internamento estiver directamente relacionada com a lesão que determinou a deficiência.
 - Isenção de selo de propinas de frequência e exame em estabelecimento de ensino oficial e uso gratuito de livros e material escolar.
 - Prioridade na nomeação para cargos públicos ou para cargos de empresas com participação maioritária do Estado.
-
- Concessões especiais para aquisição de habitação própria.
 - Direito a associação nos Serviços Sociais das Forças Armadas (SSFA).

Aos DFA com percentagem de incapacidade igual ou superior a 60% é concedida a extensão de regalias, em razão da sua maior necessidade (Artigo 15º), nomeadamente, isenção de taxa e emolumentos na aquisição de automóvel utilitário, adaptação de automóvel do DFA; isenção do imposto sobre uso e fruição de veículos; recolhimento em estabelecimentos assistencial do Estado.

VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis da investigação constituem um elemento central dado ser à volta delas que se estrutura a investigação (Ribeiro, 1999). As variáveis principais do presente estudo são:

- Ajustamento Psicossocial; restrição de actividades e satisfação com a prótese;
- Desvantagem Social (independência funcional, mobilidade, ocupação, integração social, auto-suficiência económica).

Descrição dos Instrumentos

Vários instrumentos de medida têm vindo a ser desenvolvidos para os amputados e com objectivos específicos. Segundo Legro & Gayle (1998) desenvolveram um questionário acerca da qualidade de vida adquirida pelos pacientes após receberem a prótese.

O Perfil Protésico do Amputado (PPA) foi estudado e inicialmente desenvolvido por Gauthier et al. (1993), sendo posteriormente validado por Gauthier et al. (1994). Foi aplicado com bons resultados em 1998 e 1999 numa população de cerca de 1700 pacientes no Quebeque-Canadá.

Sendo a amputação dos membros inferiores um problema epidemiológico com grande incidência em todo o mundo, existe cada vez mais a necessidade da criação de instrumentos de medida no sentido de avaliar o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde antes, durante e após o processo de reabilitação.

Após uma extensa revisão de literatura, verificou-se que existem alguns questionários desenvolvidos especificamente para as amputações dos membros inferiores, como o TAPES, instrumento de medida de auto-preenchimento, avalia os componentes psicomotores do processo de adaptação protésica do utente com amputação do membro inferior.

As variáveis foram operacionalizadas através de instrumentos padronizados. Para a operacionalização do nosso estudo, utilizámos dois instrumentos de recolha de dados:

- TAPES, para avaliarmos os processos psicossociais envolvidos no ajustamento a uma prótese, as necessidades específicas do uso ou utilização de uma prótese e as potenciais fontes de uma mau ajustamento, especificamente os componentes psicomotores (motor, psicológico e relacional), relacionados com o processo de adaptação protésica em amputações do membro inferior (M.I.). Foi utilizada a versão de Crawford, Pereira & Vieira (2005).

- CHART-SF, para avaliação das desvantagens, resultantes de deficiência e/ou incapacidade, em seis áreas de vida: independência funcional, mobilidade, ocupação, integração social e auto-suficiência económica. Foi utilizada a versão de Oliveira (2005/2006).

TAPES : Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales

O TAPES foi desenvolvido por Gallagher & McLachlan (2000), e traduzido para português como Escalas de Experiência Protésica e de Amputação de Trinity (EEPAT), e aferido para a população portuguesa por Crawford, Pereira & Vieira (2005). É um instrumento de auto-preenchimento, de medida multidimensional, desenhado para ajudar a perceber o ajustamento à prótese do membro inferior.

Consiste em duas partes que avaliam os componentes psicomotores (motor, psicológico e relacional), relacionados com o processo de adaptação protésica em amputações do membro inferior (M.I.).

Esta avaliação permite facilitar o estudo de processos psicossociais envolvidos no ajustamento a uma prótese, as necessidades específicas do uso ou utilização de uma prótese e as potenciais fontes de um mau ajustamento. Para se perceber verdadeiramente os avanços actuais do desenvolvimento das próteses é importante ter em conta não só os factores físicos e tecnológicos que desempenham o papel fundamental, mas também factores psicológicos e sociais com que se deparam as pessoas enquanto utilizadores desta tecnologia.

A considerável variedade do ajustamento das pessoas à perda do membro e consequente uso de uma prótese, resultou numa procura de um método para investigar o nível de ajustamento a uma prótese e os factores relacionados com o seu uso. Aquando do desenvolvimento do TAPES não existia nenhum instrumento psicométrico multidimensional específico para avaliar a perda do membro, que fosse teórico e empírico e que permitisse que estas questões fossem parte duma avaliação de rotina. As

suas bases empíricas e teóricas e as demonstrações preliminares da sua positiva validade e fidelidade foram importantes para a sua aplicação enquanto um complemento para a avaliação clínica e contribuição como instrumento de pesquisa.

O principal objectivo consiste em permitir uma análise do processo psicossocial envolvido no ajustamento a uma prótese, as necessidades específicas e as potenciais fontes de um mau ajustamento. A intenção é providenciar um mecanismo que permita a avaliação e o planeamento por forma a que os futuros programas de cuidados sejam mais eficientes e eficazes.

O TAPES tem sido usado no contexto clínico e de investigação para facilitar a exploração das relações existentes entre diferentes variáveis e a identificação dos factores que promovem uma reabilitação de sucesso e o ajustamento a uma prótese.

De acordo com Desmond e MacLachlan (2002), munir os profissionais de cuidados de saúde com informação sobre este tipo de avaliação psicométrica poderá futuramente melhorar o seu entendimento acerca da perspectiva dos utilizadores permitindo relações de trabalho mais cooperativas.

Existem também uma série de projectos a decorrer que incluem por exemplo, o estabelecimento de uma margem normativa internacional para o TAPES e um estudo longitudinal sobre os factores psicossociais envolvidos na reabilitação de pessoas com próteses do membro inferior.

A primeira parte da escala compreende três dimensões, nomeadamente ajustamento psicossocial, restrição de actividades, e satisfação com a prótese.

Figura 5 – Principais sub-escalas do TAPES

Ajustamento Psicossocial (Total = 75)	- Ajustamento Geral - Ajustamento Social - Ajustamento à Limitação
Restrição de Actividades (Total = 24)	- Restrições Atléticoas - Restrições Funcionais - Restrições Sociais
Satisfação com a Prótese (Total = 50)	- Características Funcionais - Características Estéticas - Peso da Prótese - Satisfação Global

A dimensão referente ao **ajustamento psicossocial**, é constituída por 3 sub-escalas com 5 itens (uns com valência positiva e outros com valência negativa): ajustamento geral, ajustamento social e ajustamento à limitação. Traduz o ajuste psicológico perante o uso de uma prótese do M.I., através de uma escala de cinco opções, nomeadamente “concordo fortemente”, “concordo”, “nem concordo nem discordo”, “discordo”, e “discordo fortemente”. Às cinco opções de resposta correspondem cinco pontuações diferentes: 1, 2, 3, 4, e 5 pontos.

Os itens são, posteriormente, somados dando origem a uma pontuação total que pode variar entre 15 e 75. Assim, produz-se um total mínimo de quinze (15), que corresponde a um desajuste psicológico ao uso da prótese de M.I. e um total máximo de setenta e cinco (75), que corresponde a um ajuste total ao uso de prótese do M.I.

A segunda secção consiste numa escala **de restrição de actividades**, que incorpora 3 factores analíticos que derivam em sub-escalas com 4 itens cada (restrições funcionais, sociais, e atléticas). A dimensão referente à restrição de actividades indica 12 actividades diárias que o utente possa realizar com o uso da prótese do M.I. É avaliada segundo três opções, nomeadamente, “sim, limita muito” (2 pontos), “limita um pouco” (1 ponto) e “não, sem qualquer limitação” (0 pontos).

Assim, produz-se um total máximo de 24, que traduz restrição total das actividades com o uso da prótese do M.I., e um total mínimo de 0, que traduz ausência de restrição das actividades com uso da prótese do M.I.

A última dimensão, a **satisfação com a prótese**, avalia 10 características da prótese, desde a cor à satisfação global, através de cinco opções, nomeadamente, “muito insatisfeito” (1 ponto), “insatisfeito” (2 pontos), “nem satisfeito, nem insatisfeito” (3 pontos), “satisfeito” (4 pontos), e “muito satisfeito” (5 pontos). Estão sub-divididas em 3 factores analíticos derivados da escala: características funcionais, estéticas e do peso da prótese. O total máximo de 50 traduz a satisfação total com a prótese e o total mínimo de 10 traduz insatisfação total com a prótese.

A segunda parte da escala avalia, em sete questões, aspectos mais gerais relacionados com o tempo de uso de prótese, o estado de saúde geral, as capacidades físicas gerais, a experiência de dor residual, e dor fantasma. Cada um destes aspectos está sub-dividido em questões que estão relacionadas com a frequência da experiência da dor, duração de cada episódio como o nível de dor é descrito e até que ponto interfere com a realização das actividades diárias/estilo de vida.

A escala destina-se a utentes de todas as idades, com amputação do(s) membro(s) inferior(es) a qualquer nível e por qualquer causa. Em casos de invisibilidade ou iliteracia, o utente a responder a escala pode ser ajudado por outra pessoa (familiar, amigo, pessoal da enfermaria, etc.), o qual deverá ler a escala ao utente e preencher as respostas que ele seleccione.

No geral, o TAPES consiste em 54 itens e o tempo de administração é aproximadamente 15 minutos. A escala é pontuada através da soma dos valores das três dimensões da primeira parte e das sete questões da segunda parte individualmente. Na primeira parte da escala, a pontuação está explícita nos três questionários, mas é possível reduzir o tamanho dos pontos ou mesmo retirá-los.

O TAPES é cotado manualmente através da simples adição dos seus valores. Não se recomenda uma pontuação geral, mas sim 9 individuais. Alguns itens são cotados

positivamente e outros negativamente. Cada resultado deverá ser comparado com a média do grupo de comparação e/ou ao longo do tempo.

As sub-escalas do TAPES são cotadas da seguinte forma:

- Ajustamento Psicossocial (sub-escalas):

- Ajustamento geral: somar os valores correspondentes aos itens 1 a 5 da parte I;
 - Ajustamento social: somar os valores correspondentes aos itens 6 a 10 da parte I;
 - Ajustamento à limitação: somar os valores correspondentes aos itens 11 a 15 da parte I.
- Ter elevadas pontuações nestas sub-escalas é indicativo de ajustamento

- Restrição de actividades (sub-escalas):

- Restrição de actividades atléticas: somar os valores correspondentes aos itens a) a d) da parte I;
 - Restrição funcional: somar os valores correspondentes aos itens e) a h) da parte I;
 - Restrição Social: somar os valores correspondentes aos itens i) a l) da parte I.
- Ter uma pontuação elevada nestas sub-escalas é indicativo de restrição de actividades.

- Satisfação com a Prótese (sub-escalas):

- Satisfação estética: somar os valores correspondentes aos itens 1 a 4 da parte I;
- Satisfação com o peso: correspondente ao valor do item 5 da parte I ;
- Satisfação funcional: somar os valores correspondentes aos itens 6 a 10 da parte I.

Ter pontuações altas nestas sub-escalas indica satisfação com a prótese.

O TAPES foi originalmente desenvolvido para pessoas com amputações dos membros inferiores. Contudo tendo em conta os resultados específicos das medidas para pessoas com amputações de membros superiores, Desmond and MacLachlan (2005) investigaram a composição factorial do TAPES para ser usado com pessoas com

amputações de membros superiores adquiridas, com base na predominância da população masculina com amputações de membros superiores adquiridas relacionados com lesões durante a guerra.

CHART-SF: Craig Handicap Assessment and Reporting Technique – Scoring Short Form

Técnica de Avaliação e Registo das Desvantagens de Craig – Versão Reduzida, é uma versão reduzida do questionário original CHART, desenvolvido em 1992 por Whiteneck e colaboradores (Craig Hospital, 1996). O CHART foi concebido para ser uma medida simples e objectiva do grau no qual as deficiências e incapacidades resultam em handicaps nos anos após a reabilitação inicial.

O CHART original consistia num conjunto de 27 questões e incluía cerca de 7 questões em cada um dos 5 domínios. Apesar de não ter sido abordado no CHART original, a revisão do CHART contém uma sexta dimensão concebida para avaliar a orientação, denominada “Independência Cognitiva” (Mellick et al., 1999).

Em 1995, esta nova dimensão com 5 questões foi adicionada ao CHART, ficando assim com um total de 32 questões no total do instrumento. Cada domínio ou sub-escala do CHART tem uma pontuação máxima de 100 valores. O instrumento foi concebido para ser aplicado através de entrevista, e demora cerca de 15 minutos. É possível usar o instrumento como um questionário auto-administrado, apesar de alguns dados valiosos se possam perder na ausência de interacção com o entrevistador.

Foram efectuados dois estudos para avaliar as propriedades psicométricas do CHART, estabelecendo o CHART como um instrumento fiável e válido (Whiteneck et al., 1992; Dijkers, 1991). Foi efectuada uma aplicação inicial do CHART a um grupo de 342 pessoas com lesão na espinal medula. Para além de demonstrar a eficiência do instrumento em avaliar a extensão do handicap e da desvantagem social, esta aplicação documenta os resultados da reabilitação, demonstrando o potencial de utilidade do CHART como programa de avaliação (Whiteneck et al., 1992).

Foi realizado um estudo para testar a fidelidade da nova sub-escala de independência cognitiva que foi desenvolvida. Os resultados indicaram que a sub-escala cognitiva do CHART era fiável e enaltecia as propriedades do CHART para avaliar o handicap de pessoas com incapacidades cognitivas (Mellick et al., 1999).

Apesar de ter sido inicialmente desenvolvido para ser usado em pessoas com lesão na espinal medula, a revisão do CHART tem sido considerada uma medida de handicap apropriada que pode ser usada em indivíduos com deficiências físicas ou cognitivas. De acordo com os autores, não há um período determinado para aplicar o CHART, sendo recomendado que se apliquem várias medidas ao longo da vida da pessoa para avaliar mudanças na adaptação à deficiência, e para ganhar insight nas mudanças ao handicap que podem ocorrer ao longo do tempo.

O CHART – SF foi desenhado para avaliação das desvantagens, resultantes de deficiência e/ou incapacidade, em 6 áreas de vida:

- **Independência funcional** - entendida como a capacidade do sujeito para manter uma existência independente com a eficácia habitual;
- **Independência cognitiva** – área introduzida apenas a partir de 1995, avalia a capacidade do sujeito para se orientar no seu meio envolvente
- **Mobilidade** - definida como a capacidade do sujeito para se deslocar com eficácia no seu meio circundante,
- **Ocupação** - entendida como a capacidade do sujeito para ocupar o tempo de uma forma habitual para o seu género, idade e cultura.
- **Integração social** – definida como a capacidade para participar e manter as relações sociais habituais

- **Auto-suficiência económica** – entendida como capacidade para manter a actividade e independência sócio-económica habituais.

No total, o questionário contém 19 questões, distribuídas pelos 6 domínios. Os itens estão dirigidos a critérios observáveis, e a sua formulação procurou minimizar a ambiguidade e promover a consistência da interpretação. Uma grande vantagem do CHART é que produz um indicador de handicap.

Cada uma das seis sub-escalas do CHART-SF, tem uma pontuação máxima de 100 pontos, valor considerado como correspondente ao nível de desempenho típico do indivíduo médio, sem incapacidade. A obtenção da pontuação máxima, indica que os papéis no âmbito dessa área, estão a ser preenchidos a um nível equivalente ao que seria expectável para uma pessoa sem incapacidade. Pontuações elevadas, significam assim, menor desvantagem, ou uma participação social e comunitária mais elevada.

Pontuação alta nas sub-escalas e no total (100 e 500 valores, respectivamente), indicam menor handicap e maior participação comunitária e social. No entanto, a pontuação total do CHART demonstrou ser uma forma sumária e potencialmente enganadora de avaliar o handicap, pelo que é recomendado o uso da pontuação das sub-escalas (Hall et al., 1998).

Verifica-se que apesar da sua importância como um objectivo de reabilitação, o handicap (ausência de participação social) é frequentemente o resultado da reabilitação menos medido. Apesar de décadas de pesquisas e de numerosos instrumentos terem sido desenvolvidos procurando avaliar o grau de incapacidade, deficiência, iguais esforços não têm sido direccionados para uma avaliação compreensiva do handicap.

Apesar de ser possível pontuar mais de 100 pontos na maioria das sub-escalas, apenas é considerado o máximo de 100 pontos pois este valor indica não haver qualquer handicap na dimensão avaliada.

As características individuais pré-existentes, limitações pós-reabilitação podem influenciar as pontuações do CHART, e incluem interferência familiar, uso de álcool ou drogas, e consciência de opções vocacionais.

Procedimento:

De acordo com Ribeiro (1999), esta parte do estudo sumaria cuidadosamente todos os passos de execução do estudo, descreve todas as fases do estudo e todas as instruções que os participantes receberam.

Para ser iniciada a recolha de dados, diligenciou-se um primeiro contacto com o Hospital Militar Principal (Direcção do Serviço de Fisiatria). O estudo não foi autorizado pela Direcção do Hospital, por não existir protocolo com o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), facto que atrasou a recolha de dados.

Foi efectuado um novo contacto, desta vez com a Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), e explicitados os objectivos do nosso estudo de forma sumária e clara. Solicitou-se a autorização para a realização do estudo e foram identificados indivíduos que preenchessem os critérios de inclusão previamente definidos.

O processo de recolha da amostra ocorreu entre Junho e Julho. As instruções dadas foram ao encontro do pedido de auto-preenchimento dos questionários com o máximo de sinceridade possível, e foi alertado o facto de não se pretender a avaliação das respostas num sentido pessoal. Foi também dito aos sujeitos que o anonimato e a confidencialidade seriam tomados em conta ao longo da realização do estudo.

De referir que a recolha da informação só foi iniciada depois de terem sido obtidas respostas favoráveis ao pedido formalmente requerido à Direcção da ADFA. Posteriormente, a Direcção da ADFA contactou telefonicamente todos os sócios, que preenchem as condições, apelando ao empenho, com o objectivo de divulgar e esclarecer o âmbito do projecto, e igualmente para incentivar uma participação significativa dos sócios.

Contámos com a colaboração dos sócios que se dirigiam espontaneamente à delegação para recorrer aos serviços da associação, bem como de sócios contactados informalmente para esse efeito. Os sócios que aderiram ao convite para participar e colaborar, dirigiram-se à Associação (delegação de Lisboa), num horário previamente agendado. Após terem sido dadas as instruções e prestados os esclarecimentos necessários, os questionários eram auto-preenchidos e entregues imediatamente. Alternativamente, o preenchimento foi feito investigador, nos casos de sujeitos com ileteracia ou outras limitações.

Tratamento Estatístico dos Dados

Os instrumentos de avaliação utilizados foram cotados segundo as regras definidas nos procedimentos de aferição. Fez-se a análise descritiva dos resultados obtidos pelos diferentes instrumentos.

Após a recolha de dados, foi elaborada a base de dados SPSS (Statistical Package for Social Sciences), e realizada estatística descritiva das variáveis de caracterização da amostra, sendo que para as variáveis qualitativas foi utilizado o cálculo de proporções e tabulação de frequências, e para as variáveis quantitativas foram calculados os parâmetros de tendência central. Em termos estatísticos, foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson.

Salientamos também que os dados obtidos a partir da escala “auto-suficiência económica” do CHART-SF não foram convertidos num score de sub-escala, por falta de um dos indicadores de codificação (nível de pobreza), tendo sido apenas realizada uma descrição dos dados encontrados. Neste estudo, optámos por não aplicar a sub-escala “Independência Cognitiva”, para evitar a sobrecarga dos sujeitos com este preenchimento, uma vez que não se espera encontrar alterações ao nível do funcionamento cognitivo na nossa amostra (sujeitos com amputações dos membros inferiores).

Dada a dimensão da amostra e o processo de amostragem utilizado nesta investigação, os nossos resultados não podem ser extrapolados para a totalidade da população. Apenas é lícito extrair conclusões formais para a amostra em estudo, que serão úteis ao fornecer indicadores para futuras investigações.

RESULTADOS

Para a realização dos procedimentos e análises estatísticas apresentadas foi utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 14,0.

A análise descritiva procura descrever os dados, e dar-lhes significado: quantos casos? como são os casos? De acordo com Ribeiro (1999, p 61) «é um procedimento que se propõe apresentar a fotografia do grupo estudado relativamente a determinado número de variáveis», na medida em que visa caracterizar os dados de determinada amostra.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A Estatística Descritiva para as principais variáveis sob a investigação são apresentadas por forma a fornecer ao leitor uma ideia de como os dados se distribuem. Com o objectivo de facilitar a sua apreciação, apresentamos apenas os resultados que se revelam mais significativos.

Análise Descritiva da Amostra

Tabela 1 – Caracterização da amostra em estudo: estatística descritiva da idade

	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
IDADE	57,35	3.951	46	65

Tabela 2 – Caracterização dos sujeitos da amostra: frequências e percentagens das variáveis de caracterização (n=20)

SEXO	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
Masculino	20	100.0
TEMPO ACTUAL PROTÉSE		
Não responde	1	5.0
Menos de 1 ano	3	15.0
1-5 anos	11	55.0
Mais de 5 anos	5	25.0
TIPO AMPUTAÇÃO		
Abaixo joelho	14	70.0
Acima joelho	3	15.0
Outro	3	15.0
CAUSA AMPUTAÇÃO		
Traumática	20	100.0

Sexo: A amostra recolhida é composta por 20 sujeitos, do sexo masculino (100% da amostra).

Idade: 70% dos participantes do nosso estudo situam-se entre os 56 e os 60 anos de idade. O sujeito mais jovem tem 46 anos, e o mais idoso tem 65 anos. A média de idades da nossa amostra é 57,35.

Tempo de uso da Prótese: Relativamente ao tempo de prótese, verificamos que 55% dos sujeitos da nossa amostra usam a actual prótese entre 1-5 anos, 25% há mais de cinco e apenas 15% há menos de 1 ano. Um dos sujeitos da amostra não respondeu (5%).

Tipo de Amputação: Quanto ao tipo de amputação, verifica-se que 70% (14 sujeitos) dos sujeitos da nossa amostra são amputados abaixo do joelho, 15% (3 sujeitos) acima do joelho, e os restantes 3 sujeitos (15%) referem outro tipo de amputação. Destes, dois são biamputados abaixo do joelho, e o outro tem amputação acima do joelho e do braço.

Causa da Amputação: Todos os sujeitos da nossa amostra (100%) apresentam amputação por etiologia traumática (por rebentamento de minas), devido ao cumprimento do serviço militar.

ESCALA TAPES

Apresentam-se de seguida os resultados obtidos pela aplicação da Escala TAPES. A primeira parte da escala compreende três dimensões, nomeadamente ajustamento psicossocial, restrição de actividades, e satisfação com a prótese. Os resultados encontram-se organizados, de acordo com as 3 sub-escalas: Ajustamento Psicossocial, Restrição de Actividades e Satisfação com a prótese.

A dimensão referente ao **Ajustamento Psicossocial**, traduz o ajuste psicológico perante o uso de uma prótese do M.I. Os itens foram, posteriormente, somados dando origem a uma pontuação total que pode variar entre 15 e 75. Assim, produz-se um total mínimo de quinze (15), que corresponde a um desajuste psicológico ao uso da prótese de M.I. e um total máximo de setenta e cinco (75), que corresponde a um ajuste total ao uso de prótese do M.I.

Tabela 3 – Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Ajustamento geral

Ajustamento Geral	Discordo fortemente		Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Habituei-me a ter uma prótese (N=20)	3	15%	2	10%	2	10%	13	65%	0	0%
2. Com o passar do tempo, aceito mais a minha prótese (N=20)	3	15%	4	20%	1	5%	10	50%	2	10%

3. Sinto que lidei muito bem com este trauma na minha vida (N=19)	2	10%	4	20%	1	5%	11	55%	1	5%
4. Apesar de ter uma prótese, a minha vida está preenchida (N=20)	1	5%	5	25%	1	5%	11	55%	2	10%
5. Habituei-me a usar uma prótese (N=20)	0	0%	3	15%	0	0%	15	75%	2	10%

1. Habituei-me a ter uma prótese

Verifica-se que a maioria (65%) dos indivíduos concordam com a afirmação, enquanto 15% discordam fortemente. Dos restantes, 10% não concordam nem discordam e apenas 5% discordam (um indivíduo).

2. Com o passar do tempo aceito mais a minha prótese

50% dos sujeitos concordam que com o passar do tempo aceitam mais a prótese, enquanto que 20% discordam, e outros 15% discordam fortemente. Apenas 10% dos sujeitos concordam fortemente e 5% (um sujeito) não concorda nem discorda.

3. Sinto que lidei muito bem com esse trauma na minha vida

Neste item, verifica-se que a maior parte dos sujeitos (55%) concorda com a afirmação, 20% discorda. Os restantes 20% dividem-se entre o discordo fortemente, não concordo nem discordo, concordo fortemente, e uma não resposta (cada um com 5%).

4. Apesar de ter uma prótese, a minha vida está preenchida

55% dos sujeitos da nossa amostra concordam que apesar da prótese, a vida está preenchida, sendo que 10 % concorda fortemente com a afirmação. Dos restantes, verifica-se que 25% dos sujeitos discordam com a afirmação, sendo que 5% discorda fortemente (um indivíduo). Outro indivíduo não concorda nem discorda (5%).

5. Habituei-me a usar uma prótese

Nesta categoria, 75% dos sujeitos concorda com a afirmação, e 10% afirma concordar fortemente. Apenas 15% da nossa amostra discorda com a afirmação.

Tabela 4 - Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Ajustamento Social

Ajustamento Geral	Discordo fortemente		Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6. Não me importa se alguém olhar para a minha prótese (N=20)	1	5%	2	10%	4	20%	11	55%	2	10%
7. Acho fácil falar sobre a minha prótese (N=20)	0	0%	0	0%	1	5%	15	75%	4	20%
8. Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese (N=20)	0	0%	0	0%	3	15%	13	65%	4	20%
9. Em conversas, tenho dificuldade em falar sobre a perda do meu membro (N=20)	3	15%	10	50%	3	15%	4	20%	0	0%
10. Não me importa se alguém nota que estou a coxear (N=20)	0	0%	1	5%	4	20%	14	70%	1	5%

6. Não me importa se alguém olhar para a minha prótese

Metade dos sujeitos da nossa amostra (55%) concorda, referindo não se importar se alguém olhar para a sua prótese. Verifica-se que 20% dos sujeitos não concorda nem discorda (4 sujeitos). Os restantes dividem-se entre os que discordam (10%), e os que concordam fortemente (10%). Apenas um sujeito refere discordar fortemente com a afirmação (5%).

7. Acho fácil falar sobre a minha prótese

A maioria dos sujeitos consideram fácil falar sobre a sua prótese (75% dos sujeitos concordam com a afirmação e 20% referem concordar fortemente). Apenas um sujeito

(5%) não concorda nem discorda com a afirmação. Salienta-se o facto de não haver nenhuma resposta discordo, nem discordo fortemente.

8. Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese

Verifica-se aqui que 65% dos sujeitos concordam com a afirmação, não se importando que as pessoas lhes façam perguntas sobre a prótese, sendo que 20% dos sujeitos referem mesmo concordar fortemente. Dos restantes, apenas 15% referem que não concordam nem discordam. Salienta-se o facto de, neste item, não haver respostas discordo/discordo fortemente.

9. Em conversas, tenho dificuldade em falar sobre a perda do meu membro

Metade dos sujeitos da amostra (50%) discordam com a afirmação, negando dificuldades relacionadas com o falar sobre a perda do membro, sendo que outros 15% discorda fortemente. Dos restantes, 20% assume dificuldades em falar sobre a perda do membro e 15% não concordam nem discordam com a frase.

10. Não me importa se alguém nota que estou a coxear

A maior parte dos sujeitos (70%) concorda com a afirmação, e um dos sujeitos (5%) concorda fortemente. Dos restantes 25%, um sujeito discorda, e 20% não concordam nem discordam.

Tabela 5 - Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Ajustamento à Limitação

Ajustamento à limitação	Discordo fortemente		Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo		Concordo fortemente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11. Uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho (N=19)	0	0%	10	50%	0	0%	6	30%	3	15%
12. Ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria (N=20)	1	5%	5	25%	1	5%	12	60%	1	5%

13. Ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar (N=20)	0	0%	6	30%	3	15%	9	45%	2	10%
14. Ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero (N=20)	1	5%	4	20%	0	0%	13	65%	2	10%
15. Ter uma prótese limita a quantidade de trabalho que posso executar (N=20)	1	5%	6	30%	2	10%	9	45%	2	10%

11. Uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho

Verifica-se que 50% dos sujeitos discordam com a afirmação. Dos restantes, 30% concordam e 15% referem concordar fortemente. Um dos sujeitos (5%) assinalou duas respostas para o mesmo item, pelo que essas respostas não foram consideradas.

12. Ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria

60% dos sujeitos da nossa amostra concordam com a afirmação, e um sujeito (5%) concorda fortemente. Dos restantes, 25% discorda, um sujeito discorda fortemente (5%), e outro refere que não concorda nem discorda (5%).

13. Ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar

Verifica-se, nesta questão, que 45% dos sujeitos da nossa amostra concordam e 10% concordam fortemente. Dos restantes, 30% não concordam que a prótese limita o tipo de trabalho que podem executar, e 15% não concordam nem discordam com a afirmação.

14. Ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero

Para 65% dos sujeitos da nossa amostra a frase é verdadeira (concordam), sendo que 10% (2 sujeitos) concordam fortemente. Dos restantes, 20% dos sujeitos parecem discordar com a afirmação e apenas um indivíduo (5%) discorda fortemente.

15. Ter uma prótese limita a quantidade de trabalho que posso efectuar

Relativamente a esta questão, verifica-se que 45% dos indivíduos da amostra concordam com este tipo de limitação, e 10% posicionam-se na opção concordo fortemente. Dos restantes, 10% não concordam nem discordam, 30% discordam, e apenas um indivíduo discorda fortemente (5%).

Tabela 6 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Ajustamento Psicossocial: desvios padrão mais elevados

	N	Mín	Máx	Média	d.p.
2- Com o passar do tempo aceito mais a minha prótese	20	1	5	3,30	1,302
3- Sinto que lidei muito bem com este trauma na minha vida	20	0	5	3,25	1,293
11- Uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho	20	1	4	3,05	1,395

Verifica-se que os **desvios padrão mais elevados** correspondem aos itens:

- 11- “*Uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho*” (d.p.=1,395) (**ajustamento à limitação**);
- 2- “*Com o passar do tempo aceito mais a minha prótese*” (d.p. =1,302) (**ajustamento geral**),
- 3- “*Sinto que lidei muito bem com este trauma na minha vida*” (d.p. =1,293) (**ajustamento geral**).

Tabela 7 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Ajustamento Psicossocial: desvios padrão mais baixos

	N	Mín	Máx	Média	d.p.
7- Acho fácil falar sobre a minha prótese	20	3	5	4,15	0,489
8- Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese	20	3	5	4,05	0,605
10- Não me importa se alguém nota que estou a coxear	20	2	5	3,75	0,639

Os desvios padrão mais baixos verificaram-se nos itens:

7- “Acho fácil falar sobre a minha prótese” (d.p.=0,489) (**ajustamento social**);

8- “Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese” (d.p.=0,605) (**ajustamento social**);

10- “Não me importa se alguém nota que estou a coxear” (d.p.=0,639) (**ajustamento social**).

Tabela 8 - Estatística Descritiva dos itens da Escala de Ajustamento Psicossocial: valores médios mais elevados

	N	Mín	Máx	Média	d.p.
5- Habituei-me a usar uma prótese	20	2	5	3,80	0,834
7- Acho fácil falar sobre a minha prótese	20	3	5	4,15	0,489
8- Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese	20	3	5	4,05	0,605

Os valores médios mais elevados são evidentes nos itens:

- 7- “*Acho fácil falar sobre a minha prótese*” (valor médio=4,15) (**ajustamento social**),
 8- “*Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese*” (valor médio=4,05) (**ajustamento geral**);
 5- “*Habituei-me a usar uma prótese*” (valor médio=3,80) (**ajustamento geral**).

Tabela 9 - Estatística Descritiva dos itens da Escala de Ajustamento Psicossocial: valores médios mais baixos

	N	Mín	Máx	Média	d.p.
12- Ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria	20	1	5	2,65	1,089
13- Ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar	20	1	4	2,60	1,046
14- Ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero	20	1	5	2,45	1,099

As médias mais baixas verificam-se nos itens:

- 14- “*Ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero*” (valor médio=2,45) (**ajustamento à limitação**);
 13- “*Ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar*” (valor médio=2,60) (**ajustamento à limitação**);
 12- “*Ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria*” (valor médio=2,65) (**ajustamento à limitação**).

Tabela 10 – Estatística Descritiva relativa às sub-escalas da Escala de Ajustamento Psicossocial

	N	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Ajustamento geral	20	7	22	16,75	4,789
Ajustamento social	20	13	25	19,10	2,954
Ajustamento à limitação	20	6	23	13,25	4,506

Verificamos que a sub-escala ajustamento geral teve um desvio-padrão mais elevado do que as restantes escalas de ajustamento psicossocial

A segunda secção consiste numa escala **de restrição de actividades**, que indica 12 actividades diárias que o utente possa realizar com o uso da prótese do M.I. Assim, produz-se um total máximo de 24, que traduz restrição total das actividades com o uso da prótese do M.I., e um total mínimo de 0, que traduz ausência de restrição das actividades com uso da prótese do M.I.

Tabela 11 – Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Restrição de Actividades Atléticas

Restrição de Actividades Atléticas (N=20)	Sim, limita muito		Limita um pouco		Não, sem qualquer limitação	
	N	%	N	%	N	%
a) Actividades vigorosas, tais como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos	16	80%	4	20%	0	0%
b) Subir vários lances de escadas	6	30%	11	55%	3	15%
c) Correr para apanhar o autocarro	16	80%	3	15%	1	5%
d) Praticar desporto e participar em actividades de diversão	11	55%	6	30%	3	15%

a) Actividades vigorosas tais como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos

Para 80% dos sujeitos da nossa amostra, este tipo de actividades limita muito e para 20% limita um pouco.

b) Subir vários lances de escadas

Para 55% dos sujeitos limita um pouco, para 30% limita muito e apenas para 15% não constitui qualquer limitação.

c) Correr para apanhar o autocarro

Para 80% dos sujeitos da nossa amostra correr para apanhar o autocarro limita muito; para 15% limita um pouco, e apenas não constitui qualquer limitação para um sujeito (5%).

d) Praticar desporto e participar em actividades de diversão

A esta questão 55% dos sujeitos da nossa amostra responderam que limita muito; para 30% limita um pouco e não constitui qualquer limitação para 15% dos sujeitos.

Tabela 12 – Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Restrição de Actividades Funcionais

Restrições Funcionais (N=20)	Sim, limita muito		Limita um pouco		Não, sem qualquer limitação	
	N	%	N	%	N	%
e) Subir um lance de escadas	6	30%	5	25%	9	45%
f) Andar mais de 1 km	7	35%	7	35%	6	30%
g) Andar 500 m	3	15%	8	40%	9	45%
h) Andar 100 m	0	0%	9	45%	11	55%

e) Subir um lance de escadas

Nesta questão verifica-se que para 45% dos sujeitos não constitui qualquer limitação; enquanto para 30% dos sujeitos limita muito. Para os restantes 25% dos sujeitos limita um pouco.

f) Andar mais de 1Km

Para 35% dos sujeitos limita muito, e para outros 35% limita um pouco. Para os restantes 30% de sujeitos da nossa amostra, andar mais de 1 Km não constitui qualquer limitação.

g) Andar 500 m

Verifica-se que para 45% dos sujeitos da nossa amostra andar 500 metros não limita, enquanto que para 40% limita um pouco. Apenas 15% dos sujeitos da nossa amostra referem que andar 500 metros limita muito.

h) Andar 100 m

Para 55% dos sujeitos da nossa amostra andar 100 metros, não constitui qualquer limitação, enquanto que para os restantes 45% limita um pouco. Nenhum sujeito da nossa amostra respondeu “limita muito”.

Tabela 13 - Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Restrição de Actividades Sociais

Restrições Sociais (N=20)	Sim, limita muito		Limita um pouco		Não, sem qualquer limitação	
	N	%	N	%	N	%
i) Fazer e manter amizades	1	5%	1	5%	18	90%
j) Visitar amigos	1	5%	1	5%	18	90%
k) Ter actividades de tempos livres	2	10%	8	40%	10	50%
l) Ir trabalhar	2	10%	6	30%	12	60%

i) Fazer e manter amizades

Para 90% fazer e manter amizades não tem qualquer limitação. Apenas para um indivíduo limita muito (5%), e para outro limita um pouco (5%).

j) Visitar amigos

Para 90% dos sujeitos da nossa amostra, visitar amigos não constitui qualquer limitação, enquanto que os restantes 10% se dividem entre limita um pouco (5%), e limita muito (5%).

k) Ter actividades de tempos livres

Para 50% dos sujeitos da nossa amostra ter actividades de tempos livre não constitui limitação. Para 40% dos sujeitos limita um pouco e para 10% limita muito (2 sujeitos).

l) Ir trabalhar

60% dos indivíduos referiram não ter qualquer limitação ir trabalhar. Para os restantes 30% limita um pouco e apenas 10% (2 sujeitos) referem que limita muito.

Tabela 14 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Restrição de Actividades: valores médios mais elevados

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
a) Actividades vigorosas como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos	20	1	2	1,80	0,410
c) Correr para apanhar o autocarro	20	0	2	1,75	0,550
e) Praticar desporto e participar em actividades de diversão	20	0	2	1,40	0,754

Os **valores médios mais elevados** situam-se nos itens:

- a) “*Actividades vigorosas como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos*” (valor médio mais elevado=1,80);
- c) “*Correr para apanhar o autocarro*” (valor médio mais elevado=1,75);
- e) “*Praticar desporto e participar em actividades de diversão*” (valor médio mais elevado=1,40).

Tabela 15 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Restrição de Actividades: valores médios mais baixos

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
j) Andar 100 metros	20	0	1	0,45	0,510
k) Fazer e manter amizades	20	0	2	0,15	0,489
l) Visitar amigos	20	0	2	0,15	0,489

As **médias mais baixas** situam-se nos itens:

- k) “*Fazer e manter amizades*” (valor médio mais baixo=0,15);
- l) “*Visitar amigos*” (valor médio mais baixo=0,15);
- j) “*Andar 100 metros*” (valor médio mais baixo=0,45).

Tabela 16 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Restrição de Actividades: desvios padrão mais elevados

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
e) Praticar desporto e participar em actividades de diversão	20	0	2	1,40	0,754
g) Subir um lance de escadas	20	0	2	0,85	0,875
h) Andar mais de 1Km	20	0	2	1,05	0,826

Os **desvios padrão mais elevados** limitações verificaram-se nos itens:

g) “*Subir um lance de escadas*” (d.p.=0,875);

h) “*Andar mais de 1Km*” (d.p.=0,826)

e) “*Praticar desporto e participar em actividades de diversão*” (d.p.=0,754).

Tabela 17 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Restrição de Actividades: desvios padrão mais baixos

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
a) Actividades vigorosas como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos	20	1	2	1,80	0,410
k) Fazer e manter amizades	20	0	2	0,15	0,489
l) Visitar amigos	20	0	2	0,15	0,489

Os **desvios padrão mais baixos** ocorreram nos itens:

a) “*Actividades vigorosas como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos*” (d.p.=0,410);

k) “*Fazer e manter amizades*” (d.p.=0,489);

l) “*Visitar amigos*” (d.p.=0,489).

Tabela 18 - Estatística Descritiva relativa às sub-escalas da Escala de Restrição de actividades

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Competências Atléticoas	20	1	8	6,10	1,832
Competências Funcionais	20	0	7	3,05	2,373
Competências Sociais	20	0	7	1,40	1,957

A Escala de Competências Funcionais é aquela que apresenta o valor de desvio padrão mais elevado (d.p.=2,373).

Tabela 19 – Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Satisfação com a Prótese: Satisfação Estética

Satisfação Estética (N=20)	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Cor	0	0%	1	5%	10	50%	9	45%	0	0%
2. Forma	0	0%	2	10%	4	20%	14	70%	0	0%
3. Ruídos	4	20%	5	25%	4	20%	7	35%	0	0%
4. Aparência	1	5%	2	10%	4	20%	13	65%	0	0%

1. Cor: Metade dos sujeitos da nossa amostra (50%) deram a resposta “nem satisfeito, nem insatisfeito”, 45% estão satisfeitos e apenas um sujeito (5%) refere insatisfação relativamente à cor da prótese.

2. Forma: Relativamente à forma, 65% dos indivíduos sentem-se satisfeitos, 15% insatisfeitos e 20% referem “nem satisfeito, nem insatisfeito”.

3. Ruídos: Aqui as respostas variam entre “muito insatisfeito” (20% da amostra), “insatisfeito” (25%), e “satisfeito”, (40%). Os restantes 15% responderam “nem satisfeito nem insatisfeito”.

4. Aparência: Relativamente a esta categoria, verificamos que 60% sente-se satisfeito, 25% respondem nem satisfeito nem insatisfeito, 10% referem insatisfação e apenas um indivíduo respondeu muito insatisfeito

Tabela 20 – Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Satisfação com a Prótese: Satisfação com o Peso

Satisfação com o Peso (N=20)	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5. Peso	1	5%	4	20%	4	20%	11	55%	0	0%

5. Peso: Verifica-se que 60% dos sujeitos da nossa amostra sentem-se satisfeitos com o peso da prótese, e apenas 20% sentem-se insatisfeitos. Dos restantes, 15% dos indivíduos responderam “nem satisfeito, nem insatisfeito”, e apenas um indivíduo (5%) manifesta grande insatisfação (“muito insatisfeito”).

Tabela 21 – Percentagens dos itens que compõem a sub-escala Satisfação com a Prótese: Satisfação Funcional

Satisfação Funcional (N=20)	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6. Utilidade	0	0%	2	10%	3	15%	9	45%	6	30%
7. Confiança	1	5%	1	5%	3	15%	12	60%	3	15%
8. Ajuste	1	5%	3	15%	5	25%	8	40%	3	15%
9. Conforto	1	5%	5	25%	4	20%	9	45%	1	5%
10. Satisfação global	2	10%	3	15%	2	10%	10	50%	3	15%

6. Utilidade: Nesta categoria, as respostas foram variadas, sendo que 45% referem estar satisfeitos, e 30% “muito satisfeitos”, Dos restantes, 15% respondem “nem satisfeito, nem insatisfeito”, e apenas 10% (2 sujeitos) referem insatisfação.

7. Confiança: Nesta categoria, 55% dos indivíduos referem sentir-se satisfeitos com este aspecto da sua prótese, sendo de salientar que 15% sentem-se “muito satisfeitos”, e 20% não se sentem nem satisfeitos nem insatisfeitos. Dos restantes, 5% sentem-se insatisfeitos, e outros 5% sentem-se muito insatisfeitos (total de insatisfação = 10%).

8. Ajuste: Relativamente a esta categoria, as respostas dividem-se sendo que 40% dos sujeitos da nossa amostra sentem-se satisfeitos, e 15% muito satisfeitos. Dos restantes, 30% não se sente satisfeito nem insatisfeito, 10% sente-se insatisfeito e apenas um indivíduo refere sentir-se muito insatisfeito (5%).

9. Conforto: A prótese é confortável para 45% dos sujeitos da nossa amostra (“satisfeito”). Para 25% dos sujeitos da nossa amostra, ela é não é confortável (mostram-se “insatisfeitos”. Dos restantes, 20% refere não se sentir satisfeito nem insatisfeito quanto a este aspecto da prótese, e apenas um indivíduo (5%) respondeu sentir-se muito insatisfeito.

10. Satisfação Global: Metade da nossa amostra (50%) sente-se globalmente satisfeito com a prótese, e 15% dos sujeitos sente-se muito satisfeito. Dos restantes, 15% não se sentem satisfeitos nem insatisfeitos, e os 20% dividem-se nas respostas “insatisfeito” (10%) e “muito insatisfeito” (10%).

Tabela 22 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Satisfação com a prótese: valores médios mais significativos

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
6- Utilidade	20	2	5	3,95	0,945
7- Confiança	20	1	5	3,70	0,979
3- Ruídos	20	1	4	2,75	1,209

Os valores médios mais elevados verificaram-se nos itens:

6-Utilidade (valor médio=3.95) (**satisfação funcional**);

7-Confiança (valor médio=3.70) (**satisfação funcional**);

A média mais baixa ocorreu no item **3-Ruídos** (valor médio=2.75) (**satisfação estética**).

Tabela 23 – Estatística Descritiva dos itens da Escala de Satisfação com a Prótese: desvios padrão mais significativos

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
3- Ruídos	20	1	4	2,75	1,209
10-Satisfação Global	20	1	5	3,50	1,192
1- Cor	20	2	4	3,40	0,598
2- Forma	20	2	4	3,50	0,761

Os valores de **desvio padrão mais elevados** tiveram lugar nos itens:

3-Ruídos (d.p.=1.209);

10-Satisfação global (d.p.=1.192).

Os valores com **desvios padrão mais baixos** verificaram-se nos itens:

1-Cor (d.p.=0.598) (**satisfação estética**);

2-Forma (d.p.=0.761) (**satisfação estética**).

Tabela 24 - Estatística Descritiva relativa às sub-escalas da Escala de Satisfação com a Prótese

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Satisfação Estética	20	8	16	13,15	2,498
Satisfação Peso	20	1	4	3,25	0,967
Satisfação Funcional	20	7	23	17,80	4,549

Das três sub-escalas, a satisfação funcional com a prótese é a que apresenta um desvio padrão superior.

Tabela 25 – Estatística descritiva das três escalas do TAPES

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Escala Psicossocial	20	32	66	49,60	9,225
Escala de Restrição de Actividades	20	1	20	10,55	5,042
Escala Satisfação com a Prótese	20	18	43	34,20	7,396

Verifica-se que:

- A **Escala Psicossocial** variou entre 32 (valor mínimo) e 66 (valor máximo); a média foi 49,60 (o valor máximo para esta escala é 75), e o desvio padrão foi de 9,225.

- A **Escala de Restrição de Actividades** variou entre 1 (valor mínimo) e 20 (valor máximo); a média foi 10,55 (o valor máximo para esta escala é 24), e o desvio padrão foi de 5,042.

- A **Escala de Satisfação com a Prótese** variou entre 18 (valor mínimo) e 43 (valor máximo); a média foi 34,20 (o valor máximo para esta escala é 50), e o desvio padrão foi de 7,396.

Verifica-se que o valor do desvio padrão foi superior na escala de ajustamento psicossocial.

TAPES - PARTE II

A segunda parte da escala avalia, em sete questões, aspectos mais gerais relacionados com o tempo de uso de prótese, o estado de saúde geral, as capacidades físicas gerais, a experiência de dor residual, e dor fantasma. Cada um destes aspectos está sub-dividido em questões que estão relacionadas com a frequência da experiência da dor, duração de cada episódio como o nível de dor é descrito e até que ponto interfere com a realização das actividades diárias/estilo de vida.

Horas de uso da prótese: O tempo de uso da prótese variou entre 7 horas (valor mínimo), e 17 horas (valor máximo), por dia. A média é de 13,70.

Saúde: 45% dos sujeitos da nossa amostra consideram que a sua saúde é boa. Para 25% dos sujeitos é razoável, e para 20% é muito boa. Apenas 2 indivíduos consideram a sua saúde como fraca (5%) e muito fraca (5%).

Capacidades Físicas: Verificamos que 45% dos sujeitos da nossa amostra consideram as suas capacidades físicas como boas, para 35% são satisfatórias, para 10% são muito boas. Apenas para 10% (2 sujeitos) são fracas (5%) e muito fracas (5%).

Tabela 26 – Experiência de Dor Coto/Dor Fantasma: frequências e percentagens

Experiência de Dor	Dor Coto		Dor Fantasma	
	N	%	N	%
Sim	15	75	15	75
Não	5	25	5	25

Dores no Coto/Dores Fantasma: 75% dos sujeitos da nossa amostra (15 sujeitos) referem sentir dores no coto, e 75% dos sujeitos da nossa amostra (15 sujeitos) referem sentir dores fantasma.

Tabela 27 – Frequência da Experiência de Dor: frequências e percentagens

Frequência da Experiência de Dor	Dor Coto		Dor Fantasma	
	N	%	N	%
Não responde	6	40	8	53,3
Segundo(s)	3	20	2	13,3
Mínuto(s)	2	13,3	2	13,3
Hora(s)	_____	_____	2	13,3
Dia(s)	1	6,7	_____	_____
Outras respostas	3	20	1	6,7

Frequência da experiência de dor: 40% dos sujeitos da amostra (6 sujeitos) que referiram sentir dores fantasma não respondem. Os restantes 60% (9 sujeitos) referem ter sentido uma vez (13,3%), 3 vezes (6,7%), e 6 indivíduos deram respostas vagas (40%).

Tabela 28 – Duração de cada episódio de dor: frequências e percentagens

Duração de cada episódio de dor	Dor Coto		Dor Fantasma	
	N	%	N	%
Não responde	6	40	8	53,3
Segundo(s)	3	20	2	13,3
Minuto(s)	2	13,3	2	13,3
Hora(s)	—	—	2	13,3
Dia(s)	1	6,7	—	—
Outras respostas	3	20	1	6,7

Duração de cada episódio de dor: dos 15 sujeitos que responderam sentir dor no coto 40% (6 sujeitos) não responderam a esta questão. Os restantes 9 sujeitos classificam a duração das suas dores em segundo(s) (3 sujeitos), minuto(s) (2 sujeitos), em dia(s) (1 sujeito). Os restantes 3 sujeitos deram respostas vagas; dos 15 sujeitos que responderam sentir dores fantasma, 8 não responderam (53,3%). Os restantes 7 sujeitos referem que as suas dores têm duração de segundo(s) (2 sujeitos), minuto(s) (2 sujeitos), hora(s) (2 sujeito), e um sujeito respondeu de forma vaga.

Tabela 29 – Nível médio de Dor Coto/Dor Fantasma; frequências e percentagens

Nível médio de dor	Dor Coto		Dor Fantasma	
	N	%	N	%
Não responde	6	40	6	40
Ligeiro	1	6,7	—	—
Moderado	1	6,7	3	20
Intenso	4	26,7	2	20
Muito intenso	3	20	2	13,3
Lancinante	—	—	1	6,7

Nível médio de dor: 40 % dos sujeitos da nossa amostra que refeririam sofrer de dores no coto não responderam. Os restantes classificam as suas dores como intensa (26,7%), muito intensa (20%), moderada (6,7%) e ligeira (6,7%); 40 % dos sujeitos da nossa amostra que refeririam sofrer de dores fantasma não responderam. Os restantes classificam as suas dores como intensa (20%), muito intensa (13,3%), moderada (20%) e lancinante (6,7%).

Tabela 30 – Interferência da Dor na realização das actividades diárias

Em que medida a dor interfere na realização das actividades diárias	Dor Coto		Dor Fantasma	
	N	%	N	%
Não responde	6	40	6	40
Nada	1	6,7	2	13,3
Pouco	1	6,7	—	—
Moderadamente	6	40	7	46,7
Muito	1	6,7	—	—

Em que medida a dor interfere na realização das actividades diárias: 40% dos sujeitos da nossa amostra que respondeu sentir dores no coto não respondeu. Os restantes 60% dividem-se entre moderadamente (40%), nada (6,7%), pouco (6,7%) e muito (6,7%); 40% dos sujeitos da nossa amostra que respondeu sentir dores fantasma não respondeu. Os restantes 60% dividem-se entre moderadamente (46,7%), nada (13,3%).

Outras condições médicas não relacionadas com a amputação: 55% dos sujeitos da amostra (11 sujeitos) referem ter outros problemas, além da dor no coto ou dor fantasma, e os restantes 45% (9 sujeitos) referem não sofrer outros problemas de saúde. Dos 11 sujeitos que referem sofrer de outros problemas de saúde, destacam-se, entre outros, problemas de visão e diabetes, colesterol, etc.. Quanto ao nível médio de dor, verifica-se que 3 sujeitos não responderam, 2 classificam-na como moderada, e os restantes 2

sujeitos como muito intensa. Estes problemas médicos não interferiram nada para 3 sujeitos, interferiram pouco para 2 sujeitos, moderadamente (1 sujeito), bastante (1 sujeito) e muito (1 sujeito). Salienta-se que 3 sujeitos não responderam.

Se tem alguma outra dor: 60% dos indivíduos responderam que não, 30% dos sujeitos responderam sim (6 sujeitos), e 10% dos sujeitos não responderam a esta questão. Destes 6 sujeitos que responderam sentir outras dores, um não respondeu, 3 queixaram-se de problemas de coluna, e os restantes 2 sujeitos referem problemas de ouvidos.

ESCALA CHART-SF

A ESCALA CHART-SF permite a avaliação das desvantagens, resultantes de deficiência e/ou incapacidade, em seis áreas de vida: independência funcional, independência cognitiva, mobilidade, ocupação, integração social e auto-suficiência económica.

1. Independência Funcional

Tabela 31 – Estatística descritiva para os itens de Independência Funcional

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Horas assistência paga	18	0	1	0,06	0,236
Horas assistência não remunerada	18	0	24	1,89	5,728

- **Horas de assistência paga:** verificamos que a maior parte dos sujeitos da nossa amostra (90%) responderam 0 horas, demonstrando assim alguma independência. Os restantes 10% não responderam à questão.

- **Horas assistência não remuneradas:** 70% dos sujeitos (14) responderam 0 horas, 3 (15%) sujeitos responderam entre 1 a 6 horas de assistência não remuneradas, e apenas

um sujeito respondeu entre 19 a 24 horas (5%). Os restantes 10% não responderam à questão (2 sujeitos).

2. Mobilidade

Tabela 32 – Estatística Descritiva para o número de Horas fora da cama e para o número de Dias fora de casa

	N	Minimo	Máximo	Média	d.p.
Horas fora da cama	20	5	18	13,55	3,993
Dias fora de casa	18	0	7	6,06	2,100

- **Horas fora da cama:** verificamos que 60% da nossa amostra passam entre 13-18 horas fora da cama. Os restantes 40% dividem-se entre os que responderam 7-12 horas (30%), e 1-6 horas (10%), ou seja, apenas dois sujeitos. O número de horas que os sujeitos passam fora da cama variou entre 5 (valor mínimo) e 18 (valor máximo). O valor médio é 13,55.

- **Dias fora de casa:** a maioria dos sujeitos da nossa amostra (70%) saem de casa 7 dias por semana, ou seja, todos os dias. Os restantes 30% dividem-se entre as repostas “nenhum” dia (15%), 2 dias (5%), 3 dias (5%), 6 dias (5%). Os valores variam entre 0 (valor mínimo) e 7 (valor máximo). O valor médio foi de 6,06.

- **Noites fora de casa:** a esta questão obtivemos apenas dois tipos de resposta: os sujeitos que passaram 5 ou mais noites fora de casa (no último ano), que corresponde à maior parte (60%), e os que não passaram nenhuma noite fora de casa (40%).

Tabela 33 – Distribuição das respostas da amostra para o número de Noites fora de casa

Noites fora de casa	N	%
Nenhuma	8	40%
5 ou mais noites	12	60%

Verificamos que 60% dos sujeitos da nossa amostra passaram 5 ou mais noites fora de casa, enquanto que os restantes 40% não passaram nenhuma noite fora de casa.

3. Ocupação

Tabela 34 – Estatística Descritiva para os itens de Ocupação

	N	Mínimo	máximo	Média	D.p.
Trabalho remunerado	20	0	40	9,63	15,655
Horas de estudo	20	0	14	0,70	3,130
Manutenção do lar	20	0	24	2,60	5,789
Actividades domésticas	20	0	16	1,85	3,870
Actividades recreativas	20	0	51	6,65	12,634

- **Trabalho remunerado (horas por semana):** verifica-se que a maior parte dos sujeitos da nossa amostra (70%), não têm nenhum trabalho remunerado. Dos restantes, 20% trabalham mais de 30 horas semanais (4 indivíduos), 5% trabalham entre 11-20 horas semanais, e 5% trabalham entre 21-30 horas semanais. Os valores variaram entre o (valor mínimo) e 40 (valor máximo). O valor médio foi 15,655.

- **Estudo para obtenção de grau académico ou programa de formação técnica acreditado (horas por semana):** 95% da nossa amostra respondeu “nenhuma”, sendo que apenas um indivíduo (5%) refere gastar entre 11-15 horas. Os valores variaram entre 0 (valor mínimo) e 14 (valor máximo). O valor médio foi 0,70.

- **Actividades de manutenção do lar (jardinagem, reparações domésticas, ou melhoramentos em casa) (horas por semana):** verifica-se que 60% da nossa amostra não gastam nenhuma hora com este tipo de actividades. Dos restantes, 20% gasta menos de 5 horas, 15% gasta entre 5 a 10 horas semanais, e apenas um sujeito (5%) refere gastar mais de 15 horas nestas actividades. Os valores variaram entre 0 (valor mínimo) e 24 (valor máximo). O valor médio foi 2,60.

- **Actividades domésticas (cuidar dos filhos, tratar da lida da casa e preparar refeições):** os valores variaram entre (valor mínimo) e 16 (valor máximo). O valor médio foi 1,85.

- **Actividades recreativas como desportos, exercício, jogar às cartas, ir ao cinema (tempo por semana):** 45% dos sujeitos da nossa amostra responderam 0 horas (9 sujeitos). Dos restantes 25% refere gastar menos de 5 horas por semana, 20% entre 11 e 15 horas, e apenas um sujeito (5%) refere gastar mais de 5 horas. Os valores variaram entre 0 (valor mínimo) e 51 (valor máximo). O valor médio foi 6,65.

Em síntese: Verificamos que o trabalho remunerado assumiu o valor máximo (40 horas), e as horas de estudo ocupam menos tempo na nossa amostra (o valor máximo foi 14). O valor mínimo foi zero para todas as actividades. O trabalho remunerado foi o factor que revelou um valor médio superior (9,63), e de seguida encontram-se as actividades recreativas com um valor médio de 6,65. Os desvio padrão mais elevados corresponderam a estes dois factores (trabalho remunerado e actividades recreativas).

4. Integração Social

Tabela 35– Nº de elementos do agregado familiar (N=20)

	N	%
Não responde	1	5
Sujeito sozinho	1	5
2 elementos	7	35
3 elementos	5	25
4 elementos	5	25
8 elementos	1	5

Quanto à situação familiar da nossa amostra, 35% dos sujeitos referem viver com uma pessoa, 25% com 2 pessoas, e 25% com 3 pessoas. Os restantes 15% (3 sujeitos) dividem-se: um sujeito vive só (5%), outro vive com mais de 3 pessoas (5%), e outro não respondeu (5%). Verificamos ainda que 100% dos sujeitos da nossa amostra que referem viver acompanhados, além de outros elementos do agregado familiar, com a companheira (cônjuge).

- **A quantos colegas de profissão/sócios faz visitas, escreve ou telefona** (pelo menos uma vez por mês): 40% dos sujeitos responderam “nenhum”, 15% responderam 5 colegas, 15% responderam mais de 10 colegas. Os restantes 30% dividem-se entre os que responderam 1 colega (5%), 2 colegas (10%), 3 colegas (5%), 4 colegas (5%), e 6 colegas (5%).

- **A quantos amigos faz visitas, telefona ou escreve** (pelo menos uma vez por mês): a esta questão, 30% dos sujeitos da amostra responderam “nenhum”, 15% responderam “1 amigo”, 15% responderam “2 amigos”, 15% responderam “5 amigos”, 10% responderam “10 amigos”, 10% responderam “mais de 10 amigos”. Acrescenta-se que nesta categoria contou-se o número de pessoas contactadas e não o número de vezes que cada pessoa é contactada. De acordo com os autores, esta categoria permite apenas um máximo de 10 contactos).

Tabela 36 – Estatística Descritiva para o número de colegas e amigos contactados (pelo menos uma vez por mês)

	N	Minimo	Máximo	Média	D.p.
Colegas de profissão/sócios	20	0	10	3,15	3,602
Amigos	20	0	10	3,50	3,846

Verifica-se que os valores mínimos são 0, e os valores máximos foram 10, tanto para colegas de profissão/sócios, como para os amigos, não havendo, portanto, diferenças significativas entre as médias dos grupos de colegas e amigos.

- **Com quantos desconhecidos iniciou uma conversa no último mês:** 52,6% dos sujeitos da nossa amostra não iniciaram conversa com “nenhum” desconhecido. Dos restantes, 31,6% iniciaram conversa com “um ou dois”, 10,5% com “6 ou mais”; 5,3% com “três a cinco”.

5. Auto-suficiência económica

Os dados obtidos a partir da escala “auto-suficiência económica” não foram convertidos num score de sub-escala, por falta de um dos indicadores de codificação (nível de pobreza). No entanto a informação obtida não foi ignorada, passando a ser incluída na análise descritiva do CHART-SF.

Tabela 37 – Frequências e percentagens dos valores do rendimento familiar anual (N=20)

	N	%
Não sabe / Não responde	6	30
Menos de 4 200 euros por ano	2	10
De 8 400 a 9 000 euros por ano	1	5
De 10 500 a 14 000 euros por ano	5	25
De 14 000 a 16 800 euros por ano	1	5
Acima de 16 800 euros por ano	5	25

- **Valor do rendimento familiar total no último ano, para todos os membros da família no agregado:** No que se refere ao rendimento familiar anual, solicitámos aos sujeitos quer incluíssem todas as fontes de receita disponíveis desde os salários e ganhos dos elementos activos, a benefícios por incapacidade, pensões e reformas, rendimentos

Podemos observar através da tabela seguinte, que 30% dos sujeitos não respondem a essa questão. Verifica-se que estes entrevistados não demonstram capacidade ou vontade de divulgar informação acerca da sua situação financeira. Nestes casos, foi perguntado aos entrevistados se estariam dispostos a indicar uma margem entre a qual se situa o seu rendimento anual, ao que os entrevistados disseram não saber.

Dos sujeitos que responderam, 25% referem dispor de um rendimento familiar entre 10 500 a 14 000 euros por ano, 25% acima de 16 800 euros por ano. Dos restantes, 10% declaram menos de 4 200 euros por ano, 5% entre 8 400 e 9 000 euros, e os outros 5% entre 14 000 e 16 800 euros.

- **Despesas de saúde não reembolsadas do ano anterior:** a esta questão, 30% dos sujeitos referem despesas de saúde inferiores a 1000 euros, 20% menos de 500 euros. Os restantes responderam menos de 250 euros (10%), menos de 2 000 euros (10%), e acima de 2 000 euros (10%). Os restantes 20% pertencem à percentagem de sujeitos que não responde/não sabe.

Tabela 38– Frequências e percentagens de despesas de saúde não reembolsadas

	N	%
Não sabe / Não responde	4	20
Menos de 250 euros	2	10
Menos de 500 euros	4	20
Menos de 1000 euros	6	30
Menos de 2000 euros	2	10
Acima de 2000 euros	2	10

Tabela 39 – Estudo Descritivo do CHART-SF

	N	Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Independência funcional	17	4	100	92,71	23,590
Mobilidade	18	36	100	91,28	18,048
Ocupação	20	0	100	40,63	42,161
Integração social	19	25	99	59,32	19,342

Em síntese: os resultados encontrados na aplicação da Escala CHART-SF permitem-nos verificar valores médios de 40,63 para a ocupação, o que é indicador de nível de handicap. Realçamos também os valores mínimos e máximos que nos reportam para a presença de sujeitos com ausência de handicap nas restantes áreas avaliadas. O valor da integração social é baixo, mas acima da média (59,32), que nos remete para um handicap mais acentuado nesta área, em relação à independência funcional e mobilidade.

Tabela 40– Valores médios das sub-escalas do TAPES (totais), em função do tempo de uso da prótese

Tempo de uso da prótese	Ajustamento Psicossocial	Restrição Actividades	Satisfação com a Prótese
Menos de 1 ano	47,00	14,00	34,67
Entre 1 a 5 anos	52,82	9,09	36,18
Mais de 5 anos	45,60	11,00	29,60

Pela observação da tabela, observamos que no período entre 1-5 anos os sujeitos apresentam resultados mais elevados na Escala de Ajustamento Psicossocial (52,82), e na Escala de Satisfação com a Prótese (36,18), e mais baixos na Escala de Restrição de Actividades (9,09), revelando assim uma melhor adaptação nas 3 sub-escalas do TAPES.

Os sujeitos que têm prótese há menos de um ano revelam resultados que sugerem melhor ajustamento psicossocial e maior satisfação com a prótese em comparação com os sujeitos que utilizam a prótese há mais de 5 anos. Contudo, revelam resultados superiores na Escala de Restrição de Actividades.

Tabela 41– Valores médios do CHART, em função do tempo de uso da prótese

Tempo de uso da prótese	Independência Funcional	Mobilidade	Ocupação	Integração Social
Menos de 1 ano	98,67	83,67	27,50	55,00
Entre 1 a 5 anos	89,09	98,00	50,57	61,00
Mais de 5 anos	100,00	73,67	34,75	60,13

Os sujeitos com prótese há mais de 5 anos são os que apresentam melhores resultados na Independência Funcional (valor para um indivíduo sem qualquer handicap). As restantes sub-escalas tiveram valores mais elevados para utilizadores de prótese entre 1-5 anos.

Salientamos ainda que o valor da sub-escala Ocupação é negativo (34,75), para utilizadores de prótese há mais de 5 anos.

Tabela 42– Valores médios das sub-escalas do TAPES (totais), em função da experiência de dor fantasma

Experiência de Dor Fantasma	Ajustamento Psicossocial	Restrição Actividades	Satisfação com a Prótese
Não	53,40	6,00	39,20
Sim	47,67	12,07	32,53

Através da observação da tabela podemos constatar que os sujeitos com dor fantasma (n=15) apresentam valores mais baixos na escala de ajustamento psicossocial, e na escala de satisfação com a prótese, e um valor mais elevado na escala de restrição de actividades, em comparação com os sujeitos que não sentem dores fantasma.

Tabela 43- Valores médios do CHART, em função da experiência de dor fantasma

Experiência de Dor Fantasma	Independência Funcional	Mobilidade	Ocupação	Integração Social
Não	100,00	95,80	65,00	55,70
Sim	90,46	89,54	32,50	60,61

Os sujeitos que referem sentir dores fantasma (n=15) apresentam resultados no CHART inferiores aos sujeitos que referem não sentir dores fantasma (n=5) em todas as sub-escalas, excepto na integração social. Constata-se o valor negativo da sub-escala Ocupação (32,50) para os sujeitos que referem sentir dores fantasma. O valor de integração social para os indivíduos sem dores fantasma foi positivo, mas inferior (55,70) aos dos indivíduos que assumem sentir dores fantasma.

Acrescenta-se ainda que os sujeitos que têm dores fantasma apresentam valores no CHART inferiores aos valores médios em todas as sub-escalas do CHART-SF, excepto na Integração Social.

Tabela 44– Valores médios das sub-escalas do TAPES (totais), em função do tipo de amputação

Tipo de Amputação	Ajustamento Psicossocial	Restrição Actividades	Satisfação com a Prótese
Abaixo do joelho	48,29	10,57	34,29
Acima do joelho	55,33	8,67	37,33
Outro	46,67	12,33	30,67

Pela observação da tabela verificamos que os sujeitos com amputação acima do joelho apresentam resultados superiores na Escala de Ajustamento Psicossocial (55,33), e na Escala de Satisfação com a Prótese (37,33), e valor mais baixo na Escala de Restrição de Actividades (8,67), apresentando assim um melhor ajustamento em comparação com os sujeitos com amputação abaixo do joelho, e outro (biamputação abaixo do joelho, e amputação acima do joelho e do braço).

Tabela 45- Valores médios do CHART, em função do tipo de amputação

Tipo de Amputação	Independência Funcional	Mobilidade	Ocupação	Integração Social
Abaixo do joelho	99,67	89,25	40,18	60,12
Acima do joelho	100,00	95,67	34,58	52,00
Outro	40,00	95,00	48,75	63,17

Pela análise da tabela, constatamos que os sujeitos com amputação acima do joelho apresentam valores superiores nas sub-escalas Independência Funcional (100,00) e

Mobilidade (95,67), em comparação com os sujeitos com amputação abaixo do joelho e outro (bi)amputação abaixo do joelho, e amputação acima do joelho e do braço). Acrescenta-se que o valor de Independência Funcional para sujeitos com amputação acima do joelho corresponde ao valor para uma pessoa sem qualquer handicap (100,00). Contudo, os sujeitos com amputação acima do joelho apresentam resultados mais baixos nas sub-escalas Ocupação (34,58) e Integração Social (52,00), em comparação com os sujeitos com amputações abaixo do joelho e com outro tipo de amputações.

Pela observação da tabela, verificamos ainda que os sujeitos com outro tipo de amputação (bi)amputação abaixo do joelho, e amputação acima do joelho e do braço), apresentam valor inferior na sub-escala Independência Funcional, em comparação com os sujeitos com amputações acima/abaixo do joelho. Contudo, apresentam resultados superiores nas sub-escalas Ocupação (48,75) e Integração Social (63,17), em comparação com os sujeitos com amputações acima/abaixo do joelho.

CORRELAÇÕES

O presente estudo procura averiguar através do coeficiente de correlação de Pearson a associação entre as variáveis relacionadas com a adaptação e satisfação com a prótese e as variáveis que medem a desvantagem. Isto requer que se verifiquem correlações fortes, por forma a atingir significância. Salienta-se que dada a dimensão da amostra, não será provável encontrarmos correlações muito fortes.

Tabela 46– Correlação de Pearson entre as principais variáveis da Escala TAPES e Desvantagem

	Independência Funcional	Mobilidade	Ocupação	Integração Social
Ajustamento Psicossocial (T)	0.249	0.415	0.501*	0.444
Restrição Actividades (T)	-0.356	-0.616**	-0.434	-0.270
Satisfação com a Prótese (T)	0.451	0.571*	0.463*	0.267

(*) Significativo para $p \leq 0,05$

(**) Significativo para $p \leq 0,01$

Como se pode verificar na Tabela 46, os resultados sugerem correlação com significado estatístico entre o ajustamento psicossocial (total) e a ocupação ($r=0,501$, $p \leq 0,05$). Ou seja, quanto melhor estiver ajustado ao nível psicossocial, melhor estão na área da ocupação.

Verificou-se também correlação com significado estatístico entre a satisfação com a prótese (total) e as áreas de mobilidade ($r=0,571$, $p \leq 0,05$) e ocupação ($r=0,463$, $p \leq 0,05$). Isto significa que quanto mais satisfeitos os sujeitos estão com a sua prótese, melhores resultados têm na área da mobilidade e ocupação.

Os resultados sugerem ainda uma correlação negativa com significado estatístico entre a escala de restrição de actividades (total) e a mobilidade ($r=-0,616$, $p \leq 0,01$). Ou seja, uma maior restrição de actividades está associada a uma menor mobilidade.

Tabela 47 – Correlação de Pearson entre as sub-escalas Ajustamento Psicossocial da Escala TAPES e Desvantagem

Ajustamento Psicossocial	Independência Funcional	Mobilidade	Ocupação	Integração Social
Ajustamento Geral	0.114	0.595**	0.596**	0.249
Ajustamento Social	-0.144	0.457	0.240	0.545*
Ajustamento à limitação	0.503*	-0.008	0.287	0.377

(*) Significativo para $p \leq 0,05$

(**) Significativo para $p \leq 0,01$

Os resultados sugerem correlações com significado estatístico entre o ajustamento à limitação e a independência funcional ($r=0,503$, $p \leq 0,05$); entre o ajustamento geral e a mobilidade ($r=0,595$, $p \leq 0,01$); entre o ajustamento geral e a ocupação ($r=0,596$, $p \leq 0,01$), e entre o ajustamento social e a integração social ($r=0,545$, $p \leq 0,05$).

Tabela 48 - Correlação de Pearson entre as sub-escalas Restrição de Atividades da Escala TAPES e Desvantagem

Restrição de Atividades	Independência Funcional	Mobilidade	Ocupação	Integração Social
Competências atléticas	-0.295	-0.272	-0.370	0.046
Competências funcionais	-0.413	-0.408	-0.340	-0.489*
Competências sociais	-0.148	-0.850**	-0.359	-0.120

(*) Significativo para $p \leq 0,05$

(**) Significativo para $p \leq 0,01$

Pela observação da tabela constatamos uma correlação negativa com significado estatístico entre restrição de competências funcionais e integração social ($r=-0,489$, $p\leq 0,05$), e entre a restrição de competências sociais e mobilidade ($r=-0,850$, $p\leq 0,01$). Ou seja, quanto mais elevada é a restrição de actividades, mais dificuldades o sujeito revela nas áreas de mobilidade e integração social.

Tabela 49 - Correlação de Pearson entre as sub-escalas Satisfação com a prótese da Escala TAPES e Desvantagem

Satisfação com a Prótese	Independência Funcional	Mobilidade	Ocupação	Integração Social
Estética	0.497*	0.563*	0.421	0.053
Peso	0.496*	0.263	0.283	0.377
Funcional	0.373	0.554*	0.461*	0.325

(*) Significativo para $p\leq 0,05$

(**) Significativo para $p\leq 0,01$

Os resultados sugerem correlações com significado estatístico entre a satisfação estética e as medidas de independência funcional ($r=0,497$, $p\leq 0,05$), e mobilidade ($r=0,563$, $p\leq 0,05$), o que significa que quanto mais satisfeito o sujeito está com a estética da sua prótese, melhores resultados apresenta nas sub-escalas de independência funcional e mobilidade.

Encontramos ainda correlação com significado estatístico entre satisfação com o peso da prótese e independência funcional ($r=0,496$, $p\leq 0,05$). Constatamos também correlação com significado estatístico entre satisfação funcional e as sub-escalas de mobilidade ($r=0,554$, $p\leq 0,05$), e ocupação ($r=0,461$, $p\leq 0,05$).

Tabela 50 – Correlação de Pearson entre as sub-escalas do TAPES

	Escala Psicossocial (T)	Escala Restrição Actividades (T)	Escala Satisfação Prótese (T)
Escala Psicossocial (T)	1	-0,652**	0,692**
Escala Restrição Actividades (T)	-0,652**	1	-0,799**
Escala Satisfação Prótese (T)	0,692**	-0,799**	1

(*) Significativo para $p \leq 0,05$

(**) Significativo para $p \leq 0,01$

Os resultados sugerem correlação negativa com significado estatístico entre a Escala Psicossocial (total), e a Escala de Restrição de Actividades (total) ($r = -0,652$, $p \leq 0,01$). Ou seja, quanto melhor ajustado a nível psicossocial está o indivíduo, menos restrições apresenta nas actividades de vida diária.

Verificamos ainda uma correlação com significado estatístico entre a Escala Psicossocial (total) e a Escala de Satisfação com a Prótese (total) ($r = 0,692$, $p \leq 0,01$). Nesta perspectiva, o sujeito que está bem ajustado a nível psicossocial, é um indivíduo que está satisfeito com a sua prótese.

Os dados obtidos sugerem ainda uma correlação negativa com significado estatístico entre a Escala de restrição de actividades (total) e a Escala de Satisfação com a Prótese (total) ($r = -0,799$, $p \leq 0,01$). Desta forma, quanto mais satisfeito está o sujeito com a sua prótese, menos restrições apresenta nas actividades de vida diária.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dada a dimensão da amostra e o processo de amostragem utilizado nesta investigação, os nossos resultados não podem ser extrapolados para a totalidade da população, sendo apenas licito extrair conclusões formais para a amostra em estudo, que serão úteis ao fornecer indicações para futuras investigações.

Os soldados militares enfrentam desafios psicossociais, principalmente aqueles que estiveram expostos a experiências de combate. Estes factores associados à perda do membro, podem afectar de forma significativa o processo de ajustamento e aceitação da incapacidade física. A maioria dos militares amputados dos Estados Unidos estão a ser tratados neste centro para militares em Washington, o que tem permitido avanços nos cuidados médicos e cirúrgicos, constituindo uma oportunidade única para examinar e melhorar os resultados dos amputados traumáticos.

Uma mudança cultural recente no mundo militar ajudou a reter soldados com amputações, que desejam manter-se no activo, sendo reconhecido que os pacientes motivados recuperam de um modo mais eficaz, sendo claramente necessário desenvolver medidas específicas para a população de amputados militares.

Em Portugal, a ADFa presta apoio na área da saúde (serviços medico-sociais, com diversas consultas de especialidade), presta apoio associativo, social e jurídico, no âmbito de processos administrativos e recursos para os tribunais, a dinamização de actividades de carácter cultural, desportivo e de lazer. Desenvolve acções de formação profissional, com vista à integração laboral, bem como actividades gráficas na sua tipografia-escola, e de recuperação funcional com o fabrico e adaptação de próteses.

O Estado português reconhece o direito à plena reparação de consequências sobrevindas do cumprimento do serviço militar a quem foi chamado a servir o país em situação de perigo ou perigosidade. Estão em jogo valores morais estabelecidos na sequência do reconhecimento e reparação àqueles que no cumprimento do dever militar se

diminuíram, com consequências permanentes na sua capacidade geral de ganho, causando problemas familiares e sociais.

Desta forma, o Estado institui medidas e meios que, assegurando as adequadas reabilitação e assistência, concorrem para a integração social de jovens que na força da vida, se viram amputados, e com futuro incerto. O Artigo 14º refere-se aos direitos e regalias dos DFA e consiste num conjunto de direitos de natureza social e económica, na dependência da sua percentagem de incapacidade, como suporte de condições familiares e sociais mais adequadas à sua situação.

De acordo com Lin (1986), a participação individual em organizações voluntárias pode, dar-nos indicações mais precisas do modo como um sujeito se identifica e se constitui como membro activo da sociedade. Verificou-se que este tipo de patologias encerram muitos destes doentes em circuitos sociais fechados, que cortam com os sistemas anteriores de relação e suporte social.

Para Debray (1990), a vida associativa ajuda a re-encontrar o seu equilíbrio, para re-existir socialmente associam-se e participam activamente, porque a vida associativa lhes confere força, além de lhes proporcionar uma razão de viver, ajudando-se mutuamente, bem como as respectivas famílias.

Contrariamente, outros indivíduos retomam a sua vida profissional e isolam-se, tentando em certa medida esquecer, não querendo de forma nenhuma encontrar-se com outras pessoas que tenham vivido essa mesma experiência. Estes não fazem parte do estudo, uma vez que a amostra foi recolhida na ADFA.

Quanto á caracterização da amostra, verifica-se que a totalidade dos indivíduos (100%) são do sexo masculino, e 70% dos participantes do nosso estudo situam-se entre os 56 e os 60 anos de idade, sendo a média de idades da nossa amostra 57,35.

Quanto à **natureza da amputação**, verificou-se que todos os sujeitos da nossa amostra apresentam amputação por etiologia traumática, por rebentamento de minas, devido ao cumprimento do serviço militar. De acordo com Hoge e colaboradores (2004), as

amputações traumáticas correspondem a cerca de 8,8 pessoas por 100.000, sendo que 70% das amputações traumáticas ocorrem em pessoas com menos de 45 anos (Hoge et al, 2004).

Relativamente ao **tempo de uso de prótese**, verificamos que 55% dos sujeitos da nossa amostra usam a actual prótese entre 1-5 anos, 25% há mais de cinco e apenas 15% há menos de 1 ano. Uma vez que o que originou a amputação ocorreu há muitos anos por serem todos eles ex-combatentes na Guerra Colonial, todos os sujeitos da nossa amostra usam prótese há vários anos. Verifica-se, contudo, que a questão se refere ao uso da actual prótese, o que não foi claro para alguns dos sujeitos da amostra.

Pesquisas publicadas ao nível do uso de próteses em pessoas com amputação do membro inferior variam consideravelmente (Grise et al., 1993; Jones et al., 1993; Burger et al. 1997).

Quanto ao **tipo de amputação**, verifica-se que 70% dos sujeitos da nossa amostra são amputados abaixo do joelho, 15% acima do joelho, e os restantes 15% referem outro tipo de amputação. Destes, dois são biamputados abaixo do joelho, e o outro tem amputação acima do joelho e do braço.

Segundo Engstrom (1999), a preservação da articulação do joelho facilita a adaptação e permite uma maior percentagem de sucesso de uso de uma prótese funcional. Sabe-se que quanto maior o nível de amputação, mais difícil se torna o uso de prótese, uma vez que ficam menos articulações e músculos disponíveis para o controlo motor. É, portanto, consensual a preservação dos joelhos nos membros a amputar.

Verifica-se, pois, que as características da amostra têm uma explicação mais sociológica do que psicológica, na medida em que se trata de indivíduos que se deficientaram durante o cumprimento do serviço militar, durante a Guerra Colonial. Não podemos, então, deixar de pensar estes dados no contexto em que foi recolhida a amostra, na Associação dos Deficientes das Forças Armadas.

O primeiro instrumento aplicado foi o TAPES, que permite a avaliação dos processos psicossociais envolvidos no ajustamento a uma prótese, necessidades específicas do uso ou utilização de uma prótese e as potenciais fontes de um mau ajustamento, relacionados com o processo de adaptação protésica em amputações do membro inferior (M.I.).

A aceitação da prótese é uma das fases mais importantes para a reabilitação do paciente, no mundo social e laboral, pois com ela poderá retomar algumas das actividades que fazia antes da amputação. O **ajustamento psicológico** à amputação é também mediado pelo grau de desconforto social experienciado pelo indivíduo. O desconforto com o contacto social, envolvendo o reconhecimento da amputação ou prótese, parece ser um forte preditor de sintomatologia depressiva (Rybarczyc et al, 1992), mas tal não parece estar relacionado com aspectos funcionais ou estéticos das próteses, nem sequer com o grau de visibilidade da incapacidade (Rybarczyc et al., 1992).

Contudo, alguns autores salientam as questões estéticas (particularmente a semelhança da prótese com o membro verdadeiro); como prioritárias para os amputados (Kegel et al., 1977). Rybarczyk, Nyenhuis, Nicholas, Cash and Kaiser (1995) notaram uma relação entre uma imagem corporal negativa e um mau ajustamento psicológico à amputação da perna (Henker, 1979).

A **integração laboral** está dependente da localização e do nível da amputação. Neste sentido, no estudo realizado em 1985 por Millstein e colaboradores, verificou que 89% dos sujeitos amputados regressaram a uma actividade profissional. O regresso mais bem sucedido verificou-se nos amputados dos membros superiores (93% dos indivíduos), seguindo-se os amputados dos membros inferiores (87%). Os amputados múltiplos foram, de todos, os que maiores dificuldades enfrentaram (74%). (Millstein et al., 1985).

Enquanto que o amputado do membro inferior de etiologia vascular, regra geral de idade avançada e com limitações físico-funcionais anteriores à amputação, tem poucas probabilidades de voltar a exercer uma actividade profissional produtiva, o amputado traumático, mais jovem, consegue viver da sua actividade profissional, contribuindo activamente para o suporte financeiro da sua família (Millstein et al., 1985).

Contudo, diversos estudos referem elevadas incapacidades vocacionais em amputados traumáticos (Millstein et al., 1985; Curley et al., 1982; Sheik, 1985; Shepard & Caine, 1968). Kishbaugh e colaboradores (1995) usando dados de militares dos EUA, referem que apenas 2,3% dos soldados sujeitos a amputações traumáticas permaneceram no activo após a amputação.

Num estudo de amputados traumáticos realizado no Canadá por Millstein e colaboradores (1985), verifica-se que 75% de uma amostra de amputados traumáticos (N=1010), realizaram uma mudança de ocupação. Também Aires (1992) salienta que o doente fisiátrico no Hospital Militar Principal é um doente pós-traumático, com inaptidão profissional, relacionada com a incapacidade para prosseguir a profissão que vinha exercendo. Neste estudo, foi encontrada uma relação entre melhores resultados vocacionais e indivíduos sem dor no membro (Millstein et al., 1985).

Na nossa amostra verifica-se que os desvios padrão mais elevados correspondem aos itens relacionados com o Ajustamento à Limitação (*“Uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho”*) e Ajustamento Geral (*“Com o passar do tempo aceito mais a minha prótese”, “Sinto que lidei muito bem com este trauma na minha vida”*), o que vai no mesmo sentido dos dados encontrados, na medida em que o ajustamento geral varia grandemente entre os indivíduos.

Constata-se que a adaptação à incapacidade se constitui como um processo altamente individualizado, em que a gravidade da incapacidade não se assume como um factor que influencie a adaptação do indivíduo (Martin & Gandy, 1990). Apesar dos amputados se confrontarem com grandes ajustamentos físicos, sociais, e emocionais, a adaptação varia grandemente entre indivíduos (Williamson et al., 1994).

Os desvios padrão mais baixos verificaram-se nos itens relativos ao Ajustamento Social (*“Acho fácil falar sobre a minha prótese”, “Não me importa se alguém nota que estou a coxear”*), o que significa que não há grandes variações nos resultados nestes itens de ajustamento social. As respostas variam pouco, sobressaindo uma tentativa de ajustamento social, com aceitação da situação, negando quaisquer complexos em relação à amputação/uso da prótese.

Os valores médios mais elevados são evidentes nos itens: “*Acho fácil falar sobre a minha prótese*” (valor médio=4,15) (ajustamento social), e “*Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese*” (valor médio=4,05), “*Habituei-me a usar uma prótese*” (valor médio=3,80) (ajustamento geral).

As médias mais baixas verificam-se nos itens de ajustamento à limitação: “*Ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero*” (valor médio=2,45); “*Ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar*” (valor médio=2,60), “*Ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria*” (valor médio=2,65), o que confirma as dificuldades que na generalidade os sujeitos da amostra manifestam face à limitação. Trata-se de sujeitos que tinham uma vida normal (sem limitações), e no cumprimento do serviço militar, ainda jovens, tiveram que se adaptar a uma nova vida, com restrições físicas, e consequentemente psicológicas, sociais, laborais.

Da observação dos dados, verificamos que a sub-escala ajustamento geral teve um desvio-padrão mais elevado dos que as restantes escalas de ajustamento psicossocial, o que vai no sentido da grande variabilidade que existe na adaptação à situação de adaptação.

Na Escala Restrição de Actividades, os valores médios mais elevados situam-se nos itens: “*Actividades vigorosas como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos*” (valor médio=1,80); “*Correr para apanhar o autocarro*” (valor médio=1,75); e “*Praticar desporto e participar em actividades de diversão*” (valor médio=1,40), ou seja, as actividades em que os sujeitos da nossa amostra manifestam mais restrições são aquelas que implicam melhor condição física, tornando-se por isso complicadas ou mesmo impossíveis para alguns sujeitos.

As médias mais baixas situam-se nos itens: “*Fazer e manter amizades*” (valor médio=0,15); “*Visitar amigos*” (valor médio=0,15) (restrições actividades sociais), e “*Andar 100 metros*” (valor médio =0,45), que não constitui dificuldade para a maior parte dos sujeitos da amostra por se tratar de uma distância pequena.

Os desvios padrão mais elevados verificaram-se nos itens: “*Subir um lance de escadas*” (d.p.=0,875); “*Andar mais de 1Km*” (d.p.=0,826); e “*Praticar desporto e participar em actividades de diversão*” (d.p.=0,754), o que significa que há uma grande variação entre as capacidades dos sujeitos da amostra. Trata-se de actividades que constituem limitação para alguns sujeitos, mas não para outros. Desta forma, a Escala de Competências Funcionais é aquela que apresenta o valor de desvio padrão mais elevado (d.p.=2,373).

Os desvios padrão mais baixos ocorreram nos itens: “*Actividades vigorosas como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos*” (d.p.=0,410); que constitui limitação para a grande maioria dos sujeitos tendo em conta a sua condição física, e “*Fazer e manter amizades*” (d.p.=0,489); e “*Visitar amigos*” (d.p.=0,489), que não constituem qualquer tipo de limitação para os sujeitos da nossa amostra.

Na Escala de Satisfação com a Prótese, os valores médios mais elevados verificaram-se nos itens: *Utilidade* (valor médio=3.95), e *Confiança* (valor médio=3.70) (itens de satisfação funcional), e a média mais baixa ocorreu no item *Ruidos* (valor médio=2.75) (satisfação estética). A existência de ruídos causa incómodo ao próprio sujeito, à medida que anda e se movimenta, para além de chamar a atenção sobre a sua deficiência.

Verifica-se que 60% dos sujeitos da nossa amostra sentem-se satisfeitos com o peso da prótese. Quanto à Utilidade as respostas foram variadas, sendo que 45% referem estar satisfeitos, e 30% “muito satisfeitos”. Na categoria confiança, 55% dos indivíduos referem sentir-se satisfeitos com este aspecto da sua prótese, sendo de salientar que 15% sentem-se “muito satisfeitos”.

Quanto à Satisfação Global, metade da nossa amostra (50%) sente-se globalmente satisfeito com a prótese, e 15% dos sujeitos sente-se muito satisfeito. Contudo, pesquisas adicionais são necessárias para identificar outros aspectos que possam influenciar o sucesso do uso de uma prótese.

O valor mínimo foi registado na satisfação com o peso e o valor máximo na satisfação funcional. Tem sido sugerido que os amputados que expressam insatisfação com a sua

prótese podem fazê-lo como uma forma de negação ou como uma desculpa para uma incapacidade de lidar com a prótese (Deleharty & Trachell, 1995).

Os valores de desvio padrão mais elevados tiveram lugar nos itens: *Ruidos* (d.p.=1.209); e *Satisfação global* (d.p.=1.192), na medida em que existe uma grande variedade nas respostas relativamente à satisfação/insatisfação com estes aspectos da prótese. Os valores com desvios padrão mais baixos verificaram-se nos itens: *Cor* (d.p.=0.598), e *Forma* (d.p.=0.761) (itens de satisfação estética), em que os sujeitos demonstraram pouco interesse com estes aspectos da prótese.

Quanto á cor, metade dos sujeitos da nossa amostra (50%) deram a resposta “nem satisfeito, nem insatisfeito”, demonstrando uma não preocupação com esse aspecto da prótese. Contudo, 45% estão satisfeitos, o que provavelmente se deve ao desenvolvimento no fabrico das próteses, parecendo cada vez mais naturais.

Relativamente à forma, 65% dos indivíduos sentem-se satisfeitos. Quanto aos **ruidos**, as respostas variam entre “muito insatisfeito” (20% da amostra), “insatisfeito” (25%), e “satisfeito”, (40%). Os restantes 15% responderam “nem satisfeito nem insatisfeito”.

Relativamente á Aparência, verificamos que 60% sente-se satisfeito.

Verifica-se que, das três sub-escalas, a satisfação funcional com a prótese é a que apresenta um desvio padrão superior.

Verifica-se que o valor do desvio padrão foi superior na escala de ajustamento psicossocial, comparando com as restantes escalas do TAPES (Restrição de Actividades e Satisfação com a Prótese).

Os sujeitos da nossa amostra usam a prótese 13,70 (valor médio). Uma prótese pode ser somente percebida como útil para tarefas particulares (por exemplo para trabalhar ou actividades recreativas), o que significa que é usada somente durante parte do dia (Stein & Walley, 1983).

Relativamente à Saúde, 45% dos sujeitos da nossa amostra consideram que a sua saúde é boa. Apenas 2 indivíduos consideram a sua saúde como fraca (5%) e muito fraca (5%). As Capacidades Físicas são boas para 45% dos sujeitos da nossa amostra, para 35% são satisfatórias, e para 10% são muito boas.

A dor no coto é localizada na extremidade amputada, e surge frequentemente logo após a amputação, em mais de 50% dos indivíduos (Marshall et al., 1992). Na nossa amostra, 75% (15 sujeitos) da nossa amostra referem sentir dores no coto. Estas dores são sentidas durante segundo(s), minuto(s), e dia(s), sendo classificadas como intensa (26,7%), muito intensa (20%), moderada (6,7%) e ligeira (6,7%), influenciando moderadamente (40%), nada (6,7%), pouco (6,7%) e muito (6,7%), a vida dos sujeitos.

Pode evoluir através de crises dolorosas que se repetem várias vezes ao longo do dia (Ginies et al., 1996). A dor no membro amputado é frequentemente difícil de tratar, e por vezes resulta em maior incapacidade para o amputado (Sherman & Sherman, 1984, 1985).

As sensações fantasma ocorrem em todos os pacientes com perda traumática de um membro, apesar da sua duração e impacto no uso da prótese poder variar (Kohl, 1984). Na nossa amostra, 75% dos sujeitos (15 sujeitos) referem sentir dores fantasma. Contudo, 40% dos sujeitos da amostra que referiram sentir dores fantasma não respondem às questões seguintes sobre a mesma. Os restantes 60% referem ter sentido uma vez (13,3%), 3 vezes (6,7%), e 40% deram respostas vagas (“algumas”, “várias”, etc.).

Dos 15 sujeitos que responderam sentir dores fantasma, 7 sujeitos referem que as suas dores têm duração de segundo(s), minuto(s), hora(s). As dores foram classificadas como intensa (20%), muito intensa (13,3%), moderada (20%) e lancinante (6,7%). Para 60% as dores afectam entre moderadamente (46,7%), e nada (13,3%) o dia-a-dia da pessoa. Desta forma, verificamos que as experiências fantasma variam de forma significativa na intensidade, frequência, e no modo como é vivida a experiência (Jensen et al., 1983, 1984). Neste estudo, o membro fantasma verificou-se em cerca de 90% dos indivíduos: destes, surgiu em 33% nas primeiras 24 horas imediatamente após recuperarem da

anestesia, 37% durante o período entre o primeiro e o quarto dia, e 10% a partir do nono dia. A sua frequência e duração decresce de forma significativa, sobretudo durante os primeiros seis meses (Jensen et al., 1984).

De acordo com Sherman & Sherman (1984, 1985) muitos tratamentos falham na redução dos sintomas de dor fantasma associada a uma amputação. A dor pode ser incontrolável, e assim, capaz de comprometer a qualidade de vida (Turk & Melzack, 1992). Cerca de 70% dos amputados sofrem algumas sensações desagradáveis no membro fantasma, genericamente descritas como dolorosas (Shukla et al., 1982; Carlen et al., 1978; Jensen et al., 1983; Marshall et al., 1992; Melzack, 1992). Dois anos após a amputação, 60% dos indivíduos continuam a sofrer de dor no membro fantasma (Jensen et al., 1985), e mesmo sete anos após a amputação, 50% dos amputados continuam a ter estas dores (Melzack, 1990).

Esta dor pode ser sentida de diferentes modos, nomeadamente através de sensações de corte, queimadura, picada, corrente eléctrica, latejar, comichão, choque, entre outras (Carlen et al., 1978; Shukla et al., 1982; Jensen et al., 1983, 1985; Lundberg & Guggenheim, 1986; Ginies et al., 1996). Contudo, a resolução da dor fantasma tem sido necessária para atingir um óptimo funcionamento da prótese e a adaptação psicossocial (Brown, 1980).

Regra geral, a dor fantasma não é constante, para a maior parte dos indivíduos, os episódios de dor vão diminuindo de duração e frequência (Jensen et al., 1983, 1985). Embora a causa da dor seja polémica, de acordo com Melzack (1989) a sua etiologia e controlo permanecem controversos, sendo mais comum nos amputados traumáticos.

Parkes (1973) fez uma pesquisa onde 63% dos pacientes apresentavam dores fantasma médias ou severas imediatamente após a amputação do membro; após 13 meses somente 30% dos pacientes ainda apresentavam dor intensa. Num estudo de Sherman com 2694 pacientes amputados que apresentavam dor fantasma, 51% tem dor mais de 6 dias por mês e 44% notaram diminuição da dor durante 30 anos. Contudo, tem sido difícil determinar o curso temporal e estimar exactamente a incidência da persistência da dor fantasma.

Constatou-se que 55% dos sujeitos da nossa amostra referem ter outros problemas de saúde, como problemas de visão, diabetes, colesterol, etc. (queixas físicas, possivelmente relacionadas também com a idade, e 30% dos sujeitos (6 sujeitos) referem sentir outras dores: “problemas de coluna”, “problemas de ouvidos”, ocasionados pelo desnível entre a perna/membro protésico, e pelo rebentamento de minas (respectivamente).

Contudo, segundo Rybarczyk (1992) e Williamson (1994, 1996), a depressão desta população não parece estar relacionada com as diferentes condições médicas da doença ou com o tipo de amputação.

O facto de a dor fantasma ser um fenómeno não puramente físico, social ou psíquico, mas a integração destes três factores, remete-nos para a importância de um tratamento multidisciplinar.

A ESCALA CHART-SF permite a avaliação das desvantagens, resultantes de deficiência e/ou incapacidade, em seis áreas de vida: independência funcional, independência cognitiva, mobilidade, ocupação, integração social e auto-suficiência económica.

A Independência Funcional é entendida como a capacidade do sujeito para manter uma existência independente com a eficácia habitual, e é avaliada pelas horas de assistência paga e horas assistência não remuneradas. Verificamos que a totalidade dos sujeitos da nossa amostra que responderam à questão (90%) responderam 0 horas, demonstrando assim independência. Relativamente às horas de assistência não remuneradas, 70% dos sujeitos (14) responderam 0 horas. Verificamos que a maior parte dos sujeitos da nossa amostra são independentes funcionalmente.

A Mobilidade é definida como a capacidade do sujeito para se deslocar com eficácia no seu meio circundante. A falta de mobilidade tem duras implicações no dia-a-dia, chegando mesmo a impossibilitar a independência diária nas tarefas mais básicas do quotidiano. No entanto, verificamos que 60% da nossa amostra passam entre 13-18 horas fora da cama, e 70% saem de casa sete dias por semana (ou seja, todos os dias), não revelando dificuldades a este nível.

Quanto às noites passadas (no último ano), fora de casa, obtivemos apenas dois tipos de resposta: os sujeitos que passaram 5 ou mais noites fora de casa, que corresponde à maior parte (60%), e os que não passaram nenhuma noite fora de casa (40%), o que provavelmente estará mais relacionado com a personalidade, e não tanto com limitações.

A Ocupação é entendida como a capacidade do sujeito para ocupar o tempo de uma forma habitual para o seu género, idade e cultura. Verificou-se que a maior parte dos sujeitos da nossa amostra (70%), não têm nenhum trabalho remunerado, 95% da nossa amostra respondeu não gastar tempo nenhum no estudo para obtenção de grau académico ou programa de formação técnica acreditado, 60% da nossa amostra não gastam nenhuma hora por semana com actividades de manutenção do lar.

Verificamos que o trabalho remunerado assumiu o valor máximo (40 horas), e as horas de estudo ocupam menos tempo na nossa amostra (o valor máximo foi 14). O trabalho remunerado foi o factor que revelou um valor médio superior (9,63), e de seguida encontram-se as actividades recreativas com um valor médio de 6,65. Os desvios padrão mais elevados corresponderam a estes dois factores (trabalho remunerado e actividades recreativas), o que significa que há discrepâncias acentuadas entre os indivíduos, o que confirma as diferentes formas dos sujeitos reagirem à amputação, e a forma como reorganizam a sua vida.

Um estudo realizado com amputados de causa vascular (Garcia Viniegres et al, 1991), mostrou que a amputação restringiu parcial ou totalmente a realização das actividades domésticas em 61% dos indivíduos. Dos restantes, 12% estavam já incapacitados antes da cirurgia e 27% conseguiu manter os níveis de autonomia. Cerca de 75% dos indivíduos manteve a capacidade de auto-cuidado (higiene, vestuário, mobilidade, locomoção), de forma independente.

Regra geral, as pessoas tornam-se mais sedentárias, alterando ou anulando a maioria das actividades recreativas e de lazer em que participavam antes da amputação, mesmo aquelas não directamente relacionadas com a diminuição da mobilidade, tais como ver televisão, ouvir música e ler (Burger e Marineck, 1997).

A **Integração Social** é definida como a capacidade para participar e manter as relações sociais habituais. Para Ornelas (1994), a integração social remete para a possibilidade de proporcionar às pessoas com problemáticas físicas ou mentais, a participação em todos os aspectos da vida em comunidade (Ornelas, 1994).

Diversos estudos (Williamson, 1994, 1996, Codine, 1996), sobre múltiplas populações médicas, têm demonstrado que as restrições nas actividades normais da vida diária, como visitar amigos, ir às compras, ou ocupar-se com qualquer tipo de hobbies funcionam como um factor determinante, associado aos níveis de severidade do estado de saúde, e à sintomatologia psicológica (Oliveira, 2001).

Para alguns autores, o estado civil (casado ou vivendo como tal), é considerado a única variável demográfica protectora em relação à sintomatologia depressiva (Williamson & Walters, 1996). Os sujeitos casados são aqueles que apresentam resultados mais favoráveis (Oliveira, 2001). Verificamos que a totalidade dos sujeitos da nossa amostra que referem viver acompanhados, vivem com a companheira (cônjuge), além dos sujeitos que têm filhos ou outros familiares no seu agregado familiar.

Verificámos ainda que 40% dos sujeitos não contactam com colegas de profissão/sócios, não fazem visitas, não escrevem/telefonam (pelo menos uma vez por mês) a ninguém. Desta forma, os valores mínimos são 0, e os valores máximos foram 10, tanto para colegas de profissão/sócios, como para os amigos, não havendo, portanto, diferenças significativas entre as médias dos grupos de colegas e amigos.

Questionados acerca da quantidade de desconhecidos com quem iniciaram uma conversa no último mês, 52,6% dos sujeitos da nossa amostra referem não ter iniciado conversa com “nenhum” desconhecido no último mês.

Desta forma, verifica-se que a existência de uma deficiência tem um impacto profundo nas relações interpessoais. A readaptação às novas situações acaba frequentemente numa certa pobreza social, mesmo nos casos em que o sujeito parece ter-se adaptado à nova situação (Oliveira, 2001).

O isolamento é definido como uma falta de relações satisfatórias, onde existe uma discrepância entre a percepção dos recursos sociais e a situação pretendida ou idealizada, não podendo de forma alguma ser somente sinónimo de estar só (Samter, 1994).

O isolamento social é um aspecto central para o amputado (Thompson & Haran, 1983), desde logo porque a mobilidade física, ou a dificuldade neste campo se constitui como causa e argumento subjectivo para esse isolamento, mesmo quando utiliza uma prótese e, desse modo, consegue sair de casa ou manter algum grau de autonomia física. O medo do isolamento social surge directamente relacionado com a falta de mobilidade, mesmo quando os sujeitos utilizam próteses e conseguem sair de casa.

Num estudo realizado por Thompson e Haran (1983) verificou-se que as principais preocupações dos indivíduos amputados eram as questões relativas ao isolamento social e as questões económicas/financeiras.

A **Auto-suficiência económica** é entendida como a capacidade para manter a actividade e independência sócio-económica habituais. Os dados obtidos a partir da escala “auto-suficiência económica” do CHART-SF não foram convertidos num score de sub-escala, por falta de um dos indicadores de codificação (nível de pobreza), tendo sido apenas realizada uma descrição dos dados encontrados.

Quanto ao valor do rendimento familiar total no último ano, para todos os membros da família no agregado, podemos verificar que 30% dos sujeitos não responderam a essa questão. Verifica-se que estes entrevistados não demonstram capacidade ou vontade de divulgar informação acerca da sua situação financeira, o que se poderá dever a algum tipo de receio.

Nestes casos, foi perguntado aos entrevistados se estariam dispostos a indicar uma margem entre a qual se situa o seu rendimento anual, ao que os entrevistados disseram não saber. Dos sujeitos que responderam, não se verificam dificuldades significativas a este nível.

Realçamos também os valores mínimos e máximos que nos reportam para a presença de sujeitos, na amostra estudada, com elevado handicap a todos os níveis e sujeitos com ausência de handicap nas áreas avaliadas. Como a escala se lê no sentido em que 100 corresponde ao indivíduo sem qualquer desvantagem. Salientamos o valor médio mais baixo, situado ao nível da participação ocupacional, que nos remete para um handicap mais acentuado nesta área. Este resultado alerta-nos, uma vez mais, para o problema dos apoios e sucesso de regresso á vida activa e da necessidade emergente de ser dada atenção a esta realidade, no contexto das políticas gerais de formação profissional e de emprego.

Em síntese, os resultados encontrados na aplicação da Escala CHART-SF permitem-nos verificar valores médios de 40,63 para a **ocupação**, o que é indicador de nível de handicap. Realçamos também os valores mínimos e máximos que nos reportam para a presença de sujeitos com ausência de handicap nas restantes áreas avaliadas. O valor da **integração social** é baixo, mas acima da média (59,32), que nos remete para um handicap mais acentuado nesta área, em relação à independência física e mobilidade.

Mais uma vez verifica-se que a parte física é tratada, enquanto que a parte psicológica e social passa para segundo plano.

Pela observação da tabela, observámos que no período entre 1-5 anos os sujeitos apresentam resultados mais elevados na Escala de Ajustamento Psicossocial (52,82), e na Escala de Satisfação com a Prótese (36,18), e mais baixos na Escala de Restrição de Actividades (9,09), revelando assim uma melhor adaptação nas três sub-escalas do TAPES.

Tal poderá dever-se a um período de adaptação à actual prótese. Os sujeitos que têm prótese há menos de um ano revelam resultados que sugerem melhor ajustamento psicossocial e maior satisfação com a prótese em comparação com os sujeitos que utilizam a prótese há mais de 5 anos, o que poderá ser devido ao efeito da novidade e expectativas de utilização da nova prótese.

Contudo, revelam resultados superiores na Escala de Restrição de Actividades, possivelmente por ainda não estarem adaptados e haver algum tipo de receio.

Quanto ao tempo de uso da prótese, verificamos ainda que os utilizadores com mais de 5 anos, apresentam valor de Independência Funcional igual a 100, valor de uma pessoa sem qualquer desvantagem, revelando assim, grande à-vontade na utilização da prótese. Os utilizadores de prótese entre 1-5 anos, são os que têm um resultado inferior na Independência Funcional, mas mesmo assim demonstram grande independência (valor=89,09).

Os valores de mobilidade foram superiores nos utilizadores de prótese entre 1-5 anos, o que poderá ter a ver com o período de adaptação. Verifica-se ainda que na fase inicial (utilizadores da prótese há menos de um ano), têm melhores resultados do que os utilizadores da prótese há mais de 5 anos. Isto pode significar que no início há algumas restrições que são depois ultrapassadas com o uso, o sujeito entra numa fase de adaptação (entre 1 a 5 anos), e passados 5 anos, poderão eventualmente começar a surgir problemas com a prótese, devido ao desgaste, necessitando de ser substituída por uma prótese mais actual.

Os valores de Ocupação são positivos apenas para os utilizadores de prótese entre 1-5 anos. Contudo, trata-se de um valor médio baixo. Os utilizadores de prótese há menos de um ano e há mais de cinco anos, apresentam valores negativos, demonstrando assim existência de handicap nesta área.

Para a Integração Social, os resultados entre os três grupos são semelhantes, havendo contudo um valor superior para os sujeitos que têm a actual prótese entre 1-5 anos. Para os homens a satisfação estética demonstrou uma considerável correlação negativa com a duração do tempo que se tem a prótese, o que parece sugerir que as necessidades dos utilizadores podem variar com o passar do tempo, e por isso aquilo que era satisfatório num momento poderá não ser mais tarde.

As implicações desta teoria são que se estas necessidades não são controladas e satisfeitas, o uso de próteses pode diminuir e levar ao isolamento social e á depressão

descritas por Williamson et al (1994) em pessoas que não usam a sua prótese. Por fim, também as necessidades e expectativas dos utilizadores podem ser alteradas e por isso necessitarem de reavaliações com intervalos frequentes/regulares.

Quanto á existência de dores fantasma, podemos constatar que os sujeitos com dor fantasma (n=15) apresentam valores mais baixos na escala de ajustamento psicossocial, e na escala de satisfação com a prótese, e um valor mais elevado na escala de restrição de actividades, em comparação com os sujeitos que não sentem dores fantasma, o que vai de encontro aos dados disponíveis na literatura.

Os sujeitos que referem sentir dores fantasma (n=15) apresentam resultados no CHART inferiores aos sujeitos que referem não sentir dores fantasma (n=5) em todas as sub-escalas, excepto na integração social. Na Integração Social, constatou-se um valor ligeiramente superior para os indivíduos que sentem dores fantasma (60,61), em relação aos sujeitos que referem não sentir dores fantasma (55,70), ou seja, o valor de integração social para os indivíduos sem dores fantasma foi positivo, mas inferior (55,70) aos dos indivíduos que assumem sentir dores fantasma.

Constata-se ainda o valor negativo da sub-escala Ocupação (32,50) para os sujeitos que referem sentir dores fantasma. Acrescenta-se ainda que os sujeitos que têm dores fantasma apresentam valores no CHART inferiores aos valores médios em todas as sub-escalas do CHART-SF, excepto na Integração Social. Este aspecto não está de acordo com os dados existentes na literatura, mas poderão explicar-se em função da nossa amostra constituir um grupo especial, na medida em que pertencem a uma Associação (ADFA), e portanto estes sujeitos poderão, por acaso, estar melhor adaptados.

Pela observação da tabela verificamos que os sujeitos com amputação acima do joelho apresentam resultados superiores na Escala de Ajustamento Psicossocial (55,33), e na Escala de Satisfação com a Prótese (37,33), e valor mais baixo na Escala de Restrição de Actividades (8,67), apresentando assim um melhor ajustamento em comparação com os sujeitos com amputação abaixo do joelho, e outro (biamputação abaixo do joelho, e amputação acima do joelho e do braço). Estes dados vão contra os dados disponíveis na literatura, mas podem ser explicados, mais uma vez, em função da nossa amostra

constituir um grupo especial, na medida em que pertencem a uma Associação (ADFA), e portanto estes sujeitos poderão, por acaso, estar melhor adaptados do que seria de esperar tendo em conta o seu tipo de amputação, á partida mais limitativo.

Pela análise da tabela, constatamos que os sujeitos com amputação acima do joelho apresentam valores superiores nas sub-escalas Independência Funcional (100,00) e Mobilidade (95,67), em comparação com os sujeitos com amputação abaixo do joelho e outro (biamputação abaixo do joelho, e amputação acima do joelho e do braço). Acrescenta-se que o valor de Independência Funcional para sujeitos com amputação acima do joelho corresponde ao valor para uma pessoa sem qualquer handicap (100,00).

Estes dados voltam a ser surpreendentes, comparando com os dados disponíveis na literatura. Contudo, os sujeitos com amputação acima do joelho apresentam resultados mais baixos nas sub-escalas Ocupação (34,58) e Integração Social (52,00), em comparação com os sujeitos com amputações abaixo do joelho e com outro tipo de amputações.

Verificamos ainda que os sujeitos com outro tipo de amputação (biamputação abaixo do joelho, e amputação acima do joelho e do braço), apresentam valor inferior na sub-escala Independência Funcional, em comparação com os sujeitos com amputações acima/abaixo do joelho.

Contudo, apresentam resultados superiores nas sub-escalas Ocupação (48,75) e Integração Social (63,17), em comparação com os sujeitos com amputações acima/abaixo do joelho. Mais uma vez, estes dados não estão de acordo com os dados existentes na literatura, mas poderão explicar-se em função da nossa amostra constituir um grupo especial, e por acaso, estarem melhor adaptados.

Estes resultados alertam-nos, uma vez mais, para o problema dos apoios e sucesso no regresso á vida activa, e para a necessidade de ser dada atenção a esta realidade. As estruturas de apoio em reabilitação para pessoas com deficiência parecem mais vocacionadas para o auxílio assistencial ou médico, sem dúvida importante e não para a promoção de independência e formação profissional.

Nos estudos de Murray & Fox foram estudados aspectos como a satisfação com a prótese e distúrbios da imagem corporal (BID), o número de horas diárias de uso da prótese, dor fantasma e satisfação com a prótese e quantidade de tempo com a prótese. Verificou-se que o BID para o total da amostra está moderada a fortemente correlacionado com níveis de satisfação com a prótese (satisfação total, satisfação funcional, satisfação estética; satisfação com o peso).

O presente estudo procurou também averiguar através do coeficiente de correlação de Pearson a associação entre as variáveis relacionadas com a adaptação e satisfação com a prótese e as variáveis que medem a desvantagem. Salienta-se que dada a dimensão da amostra, não será provável encontrarmos correlações muito fortes.

Foi realizada a Correlação de Pearson entre as principais variáveis da Escala TAPES e Desvantagem. Os resultados obtidos sugerem correlação com resultado estatístico entre o ajustamento psicossocial (total) e a ocupação ($r=0,501$, $p \leq 0,05$) Ou seja, quanto melhor estiver ajustado ao nível psicossocial, melhor estão na área da ocupação. Verificou-se também associação entre a satisfação com a prótese (total) e as áreas de mobilidade e ocupação. Isto significa que quanto mais satisfeitos os sujeitos estão com a sua prótese, melhores resultados têm na área da mobilidade ($r=0,571$, $p \leq 0,05$) e ocupação ($r=0,463$, $p \leq 0,05$).

Millstein, Heger e Hunter (1986) propõem que para qualquer prótese ser aceite e usada deve ser confortável, funcional e ter uma aparência agradável. Uma prótese que se danifica frequentemente, obriga a constantes reparações, pode ser considerada como dando demasiado trabalho e por esse motivo ser rejeitada (Balance et al., 1989).

Os resultados sugerem ainda uma correlação negativa significativa entre a escala de restrição de actividades (total) e a mobilidade ($r=-0,616$, $p \leq 0,01$), o que significa que quando o valor de uma variável aumenta, o da outra diminui. Ou seja, uma maior restrição de actividades está associada a uma menor mobilidade.

Foi realizada a Correlação de Pearson entre as sub-escalas Ajustamento Psicossocial da Escala TAPES e Desvantagem. Os resultados sugerem correlações com significado estatístico entre o ajustamento à limitação e a independência física ($r=0,503$, $p\leq 0,05$); entre o ajustamento geral e a mobilidade ($r=0,595$, $p\leq 0,01$); entre o ajustamento geral e a ocupação ($r=0,596$, $p\leq 0,01$); e entre o ajustamento social e a integração social ($r=0,545$, $p\leq 0,05$).

Foi ainda efectuada a Correlação de Pearson entre as sub-escalas Restrição de Actividades da Escala TAPES e Desvantagem. Pela observação da tabela constatámos correlações negativas com significado estatístico entre a restrição de competências funcionais e integração social ($r=-0,489$, $p\leq 0,05$), e entre a restrição de competências sociais e mobilidade ($r=-0,850$, $p\leq 0,01$). Ou seja, quanto mais acentuada é a restrição de actividades, mais dificuldades o sujeito revela nas áreas de mobilidade e integração social.

A Correlação de Pearson entre as sub-escalas Satisfação com a Prótese da Escala TAPES e Desvantagem sugere correlações com significado estatístico entre a satisfação estética e independência funcional ($r=0,497$, $p\leq 0,05$), e entre satisfação estética e mobilidade ($r=0,563$, $p\leq 0,05$), o que significa que quanto mais satisfeito o sujeito está com a estética da sua prótese, melhores resultados apresenta nas sub-escalas de independência física e mobilidade.

Encontrámos ainda correlação com significado estatístico entre o peso da prótese e a independência funcional ($r=0,496$, $p\leq 0,05$). Constatamos também correlação significativa entre a satisfação funcional e as sub-escalas de mobilidade ($r=0,554$, $p\leq 0,05$), e ocupação ($r=0,461$, $p\leq 0,05$). Paralelamente um elevado grau de energia dispendido no uso da prótese frequentemente prejudica o seu uso habitual.

Os resultados da Correlação de Pearson entre as sub-escalas do TAPES sugerem correlação negativa com significado estatístico entre a Escala Psicossocial (total), e a Escala de Restrição de Actividades (total) ($r=-0,652$, $p\leq 0,01$). Ou seja, quanto melhor

ajustado a nível psicossocial está o indivíduo, menos restrições apresenta nas actividades de vida diária.

Verificamos ainda uma correlação com significado estatístico entre a Escala Psicossocial (total) e a Escala de Satisfação com a prótese (total) ($r=0,692$, $p\leq 0,01$). Nesta perspectiva, o sujeito que está bem ajustado a nível psicossocial, é um indivíduo que está satisfeito com a sua prótese. Ham e Cotton descobriram que poucos problemas emocionais e uma melhor integração social estavam associados com o uso mais adequado da prótese (Gallagher & McLaughlin, 1999).

Murray & Fox estudaram a relação entre a imagem corporal e satisfação com a prótese nos amputados de membro inferior, através de um questionário que foi desenhado com base em três questionários existentes: Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES) ; Amputee Body-image Scale (ABIS) (Breakey, 1997); e McGill Pain Questionnaire (MPQ), de Melzack.

Os dados que obtivemos nas Correlações de Pearson sugerem ainda uma correlação negativa com significado estatístico entre a Escala de Restrição de Actividades (total) e a Escala de Satisfação com a Prótese (total) ($r=-0,799$, $p\leq 0,01$). Desta forma, quanto mais satisfeito está o sujeito com a sua prótese, menos restrições apresenta nas actividades de vida diária.

O número de horas diárias de uso de prótese está relacionado com a satisfação total, satisfação funcional, satisfação com o peso; e BID, mas não estava relacionada com a satisfação estética ou com a dor. Porém, nessa pesquisa a satisfação funcional com a prótese também estava relacionada com uma auto-imagem corporal positiva nos participantes.

No Teste Projectivo “Desenho da Figura Humana”, aplicado a indivíduos amputados, verificou-se que nas pessoas com dificuldades de amputação, o desenho do membro em falta foi desenhado maior ou mais exagerado, do que nos indivíduos que estavam melhor adaptados à sua amputação (Noble et al., 1954).

Também Benedetto (2003) refere que a partir da análise dos sonhos e de desenhos de auto-representação corporal, verifica-se que os pacientes que se adaptaram bem à amputação retrataram-se no desenho da figura humana com o membro bem curto ou amputado, e incorporavam as próteses ou a falta do membro nos sonhos, enquanto que aqueles que estão mal adaptados se desenharam de forma intacta, sem a amputação, mostrando grande preocupação com o membro amputado durante o sonho.

Em síntese, diversos estudos sugerem que os pacientes que negam a sua amputação sofrem mais de dor no membro fantasma do que aqueles que puderam reintegrar a sua imagem corporal, aceitando a deficiência, e os limites impostos. Racy e Jimenez (1989) também referem que a sensação e/ou a dor fantasma não são observadas nos pacientes que nasceram com a falta de um membro, nem em sujeitos que tiveram a perda do membro ainda muito jovens. Nestes casos, a amputação não representa a perda da integridade corporal, por estes pacientes ainda não terem formado uma imagem corporal que integrasse o membro perdido.

Verifica-se que as pessoas mal adaptadas à sua amputação, desenharam o membro em falta maior ou mais exagerado do que os indivíduos melhor adaptados à sua amputação (Noble et al., 1954). Teixeira (1999) refere que a sensação e/ou dor fantasma não são observadas nos pacientes que nasceram com a falta de um membro, nem nos que sofreram a perda do membro ainda muito jovens.

Rybarczyk e colaboradores estudaram se a imagem corporal e o estigma social percebido eram importantes preditores do ajustamento psicossocial à amputação da perna numa amostra de sujeitos com idades entre os vinte e um e os oitenta e três ($N=112$), de cinco clínicas protésicas diferentes. A imagem corporal foi considerada um preditor independente da depressão, qualidade de vida e avaliação da prótese.

Breakey (1997) entrevistou pessoas com amputações do membro inferior para examinar a sua auto-percepção e bem-estar psicossocial. Foi encontrada uma correlação com significado estatístico entre imagem corporal e satisfação de vida, indicando que quanto mais negativa for a forma como o amputado sente a sua imagem corporal, menos satisfeito está com a sua vida.

Contudo, Fisher e Hanspal (1998) descobriram que ruptura da imagem corporal, a ansiedade e a depressão não eram comuns em utilizadores de próteses do membro inferior, excepto em pessoas jovens com amputações traumáticas. Para os participantes do sexo masculino a importância dos aspectos funcionais da prótese estavam relacionados com a capacidade de continuar sustentar a família a nível económico, e desenvolver actividades enérgicas.

As relações entre imagem corporal, aspectos motores e de bem-estar psicossocial são essenciais para se compreender a complexidade do universo da imagem corporal, auxiliando uma melhor compreensão do desenvolvimento desse fenómeno. Num estudo sobre prótese e imagem corporal em pacientes com amputações (Fisher & Hanspal, 1998) no Royal National Orthopedic Hospital Trust, Stanmore, UK, procurou-se estabelecer se a satisfação com o membro artificial e/ou imagem corporal está relacionada com a mobilidade conseguida após a amputação do membro inferior. Os participantes eram pacientes que vão a clínicas de provas protésicas (N=107, 62% do sexo masculino, com amputação há 13,9 anos, valor médio).

Os resultados mostraram que os pacientes estavam moderadamente satisfeitos com a prótese, tinham pouca experiência de disrupção da imagem corporal, e não foi encontrada uma relação entre estas variáveis e a mobilidade. Contudo, os que tinham uma imagem corporal mais negativa, estavam mais ansiosos e em pacientes mais jovens com amputações traumáticas a correlação entre imagem corporal e mobilidade é significativa (a ansiedade era maior e a satisfação com a prótese, menor).

CONCLUSÕES

*“(.) Talvez hoje eu me sinta fraco
Mas amanhã irei recomeçar,
nem que seja de uma maneira diferente;
Talvez eu não tenha motivo para grandes comemorações,
Mas não deixarei de me alegrar com as pequenas conquistas;
Talvez eu não seja exactamente quem eu gostaria de ser
Mas passarei a admirar quem sou
Porque no final saberei que,
mesmo com incontáveis dúvidas,
eu sou capaz de construir uma vida melhor
Porque no final não haverá nenhum “talvez”
e sim a certeza de que a minha vida valeu a pena
e eu fiz o melhor que podia”*

Amputações são condições incapacitantes que requerem serviços de reabilitação consideráveis para se atingir uma plena restauração funcional, uma vez que muitos factores podem complicar o uso protésico. O critério médico refere-se á saúde/doença, e por isso centra-se demasiado no corpo, que é uma condição necessária mas insuficiente, porque tem em conta uma realidade que em si mesma não considera o sujeito, por não levar em conta aspectos que lhe são inerentes.

Desta forma, responder apenas ao nível da amputação e substitutos protésicos, é responder apenas à reabilitação funcional do membro em falta, não tendo em conta a totalidade da pessoa que sofreu a perda. Este conhecimento é fundamental para a eficácia dos processos de reabilitação, entendidos cada vez mais como processos globais (médico-funcionais e psicossociais), onde os aspectos da avaliação e diagnóstico das reais necessidades do indivíduo são o suporte da planificação e programação

individualizada da intervenção, direccionada para todas as áreas da vida onde haja evidências de incapacidade, e para a promoção do desenvolvimento de novas competências no sentido de uma melhor utilização de recursos individuais e sociais.

De acordo com dados disponíveis na literatura, o acompanhamento dos sujeitos com incapacidades adquiridas tem deixado de ser exclusivamente um problema de foro médico. Oliveira (2001), salienta que actualmente a Psicologia aplicada à realidade da medicina física e de reabilitação ultrapassa o que caracteriza a perspectiva curativa, deixando de ser o restabelecimento anatomo-fisiológico e a irradiação da doença o objectivo único da abordagem proposta.

O ideal de formação de novos profissionais e novas formas de “olhar a deficiência” criou a necessidade de abordar este tema, ainda escasso na literatura nacional. Pretendeu-se com esta investigação dar um contributo para a extensão do conhecimento sobre este tema. Este trabalho teve como finalidade estudar a adaptação e satisfação com a prótese numa amostra de 20 sujeitos com amputação do(s) membro(s) inferior(es), ex-combatentes da Guerra Colonial, considerados de acordo com a Lei dos “Deficientes das Forças Armadas”.

Sem minimizar o peso das limitações decorridas da dimensão reduzida da amostra, constatámos no final deste estudo, que a metodologia escolhida (estudo exploratório e descritivo) e a operacionalização das variáveis permitiram abordar de forma adequada as questões colocadas. Contudo, dada a dimensão da amostra apenas é lícito extrair conclusões formais para a amostra em estudo.

Quanto à caracterização da amostra, verificou-se que a totalidade dos indivíduos (100%) são do sexo masculino, e 70% dos participantes situam-se entre os 56 e os 60 anos de idade, sendo a média de idades da nossa amostra 57,35. Quanto à natureza da amputação, verificou-se que todos os sujeitos da nossa amostra apresentam amputação por etiologia traumática, devido a rebentamento de minas, no cumprimento do serviço militar.

Relativamente ao tempo de uso de prótese, verificou-se que 55% dos sujeitos da nossa amostra usam a actual prótese há mais de 1 anos e menos de 5 anos (1-5 anos). Quanto

ao tipo de amputação, verificou-se que a maior parte dos sujeitos da nossa amostra têm amputações abaixo do joelho.

Verifica-se, portanto, que as características desta amostra têm uma explicação mais sociológica do que psicológica, na medida em que se trata de indivíduos que de deficientaram durante o cumprimento do serviço militar, durante a Guerra Colonial. Não podemos, pois, deixar de pensar estes dados no contexto em que foi recolhida a amostra, na Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA).

Os resultados da sub-escala de Ajustamento Geral do TAPES confirmam a grande variabilidade que existe na adaptação à situação de amputação. Verificou-se um valor médio mais elevado para a sub-escala Ajustamento Social, e um valor médio mais baixo para o Ajustamento à Limitação. Este último valor vai de encontro às dificuldades encontradas no CHART-SF para a área de Ocupação (valor indicador de handicap nesta área).

As actividades em que os sujeitos da nossa amostra manifestaram mais restrições foram aquelas que implicam uma melhor condição física. Contudo, verificou-se grande variação nas capacidades dos sujeitos da amostra. As “actividades vigorosas como correr, levantar objectos pesados, e participar em desportos enérgicos”, constituem limitação para a grande maioria dos sujeitos. Contudo actividades sociais como “fazer e manter amizades” e “visitar amigos” parecem não constituir qualquer tipo de limitação para os sujeitos da nossa amostra. No entanto, verificam-se ligeiras dificuldades na área de integração social do CHART-SF.

Quanto á Satisfação com a Prótese, verificou-se que a maior parte dos sujeitos estão satisfeitos com o peso da prótese, a forma e a aparência da prótese, pelo que esta é usada, em média, 13,70 horas/dia. Verifica-se, porém, que os sujeitos demonstraram pouco interesse com aspectos como a cor/forma da prótese.

No nosso estudo procurou-se também averiguar a existência de dores no coto/dores fantasma. Salienta-se que a maior parte dos sujeitos da amostra assumem dores no coto/dores fantasma. Acrescenta-se ainda o facto de 30% dos sujeitos referirem sentir

outras dores, nomeadamente na coluna, e ouvidos, que relacionam com o desnível entre a perna e o membro protésico, e pelo rebentamento de minas, respectivamente.

Verificámos ainda que os sujeitos da nossa amostra revelam resultados muito elevados na Independência Funcional e Mobilidade, não existindo portanto handicap nestas áreas. Contudo, revelam ligeiras dificuldades ao nível da Integração Social, em comparação com as áreas acima referidas, e handicap na área de Ocupação. Verifica-se, uma vez mais, que a parte física é tratada (reabilitação física), enquanto que a parte psicológica e social passa para segundo plano (em que conta mais a atitude e personalidade do sujeito).

Quanto à situação financeira da amostra, verificámos dificuldades devido à falta de capacidade/vontade em divulgar informações acerca da sua situação. Contudo, os sujeitos que responderam não apresentam dificuldades significativas a este nível.

Quanto ao tempo de uso da actual prótese, verificámos que os sujeitos que parecem estar melhor adaptados e com menor desvantagem são os utilizadores de prótese entre 1-5 anos.

Quanto à existência/ausência de dores fantasma verificámos, como seria de esperar, que os sujeitos com dor fantasma apresentam maiores dificuldades na adaptação à prótese, e maior desvantagem em todas as áreas, com excepção da Integração Social, apresentando mesmo valor de handicap para a área de Ocupação.

Quanto ao tipo de amputação, verificou-se que os sujeitos com amputação acima do joelho apresentavam melhor Ajustamento Psicossocial, e menor desvantagem nas áreas de Independência Funcional e Mobilidade. Acrescenta-se que o valor médio de Independência Funcional para os sujeitos com amputação acima do joelho corresponde a 100,00, valor indicativo de ausência de handicap. Estes resultados vão contra os dados disponíveis na literatura, mas podem ser explicados em função da nossa amostra constituir um grupo específico, de sujeitos que pertencem a uma Associação (ADFA), e poderão, ocasionalmente, estar melhor adaptados do que seria de esperar, tendo em conta o seu tipo de amputação, à partida mais limitativo, em comparação com os sujeitos que apresentam amputação abaixo do joelho.

Através do estudo do coeficiente de correlação de Pearson, verificou-se que quanto mais ajustados estão os sujeitos ao nível psicossocial, melhor se situam na área de ocupação. Da mesma forma quanto mais satisfeitos estão com a sua prótese, melhores resultados apresentam ao nível da mobilidade. Verifica-se também uma correlação negativa entre restrição de actividades e mobilidade. Verificou-se ainda que quanto melhor for o ajustamento á limitação, menor é o handicap nas áreas de independência funcional e mobilidade.

Da mesma forma, um melhor ajustamento social facilita o processo de integração social. Por outro lado, quanto mais acentuada é a restrição de actividades, mais dificuldades os sujeitos revelam nas áreas de mobilidade e integração social. Verifica-se ainda que menos restrições nas competências funcionais implicam uma melhor integração social, e que menos restrições nas competências sociais estão relacionadas com uma melhor mobilidade.

Quanto aos aspectos estéticos da prótese, verificou-se que uma maior satisfação está relacionada com menor handicap nas áreas de Independência Funcional e Mobilidade.

Verifica-se que grande parte dos resultados vão no mesmo sentido daqueles encontrados na literatura. Desta forma, apesar de certas dificuldades, uma percentagem significativa resolve satisfatoriamente as questões da deficiência e incapacidades físicas. No entanto, os resultados encontrados foram levantando questões que ficaram em aberto para futuras investigações nomeadamente a existência de sintomatologia depressiva e o grau de incapacidade.

Na verdade, os investigadores ainda possuem insuficientes conhecimentos sobre os factores associados ao sucesso/insucesso do ultrapassar das exigências colocadas pela situação de amputação por parte de cada indivíduo. Verifica-se que as estruturas de apoio em reabilitação para pessoas com deficiência continuam a ser mais vocacionadas para o auxílio assistencial ou médico, na medida em que a avaliação que é feita continua a valorizar critérios de natureza fisiológica.

Estes resultados alertam-nos para o problema dos apoios e sucesso no regresso à vida activa, e para a necessidade de ser dada atenção a esta realidade. De acordo com Oliveira (2001), constata-se que se continua a esquecer o que mais diferencia o ser-Humano, independentemente da sua situação: o seu psiquismo. O autor acrescenta que “as intervenções neste campo surgem ainda como rudimentares, desprezando uma realidade subjectiva ou simplesmente negando-a” (Oliveira, 2001, p 51).

Uma vez que a presença da amputação é óbvia, não oferecendo qualquer dificuldade de diagnóstico, o mais importante será a avaliação geral desse indivíduo e a sua motivação para a reabilitação. Acredita-se que o doente, com o seu empenho e esforço, desempenha um papel activo dentro das suas possibilidades. Desta forma, a reabilitação é entendida cada vez mais como um processo psicológico, necessitando os indivíduos de ajudas técnicas, como de ajudas psicológicas.

É por isso, essencial uma conjugação destas duas vertentes para que haja sucesso na reabilitação, uma vez que uma adaptação funcional pode não implicar uma consequente adaptação psicológica. Surge, assim, a necessidade de uma intervenção baseada na avaliação das necessidades e competências, no sentido da autonomia, passando pelo ensino e treino de competências adaptativas.

Nesta perspectiva, a Psicologia aplicada à realidade da Medicina Física e de Reabilitação deve centrar-se, na recuperação das funções perdidas, na procura de ganhos ao nível da independência funcional, e na inserção e integração na sociedade do sujeito com incapacidades adquiridas. Desta forma, uma das estratégias a consolidar para a resolução deste tipo de problemas, é uma actuação conjugada e complementar que aborde, globalmente, estes dois critérios: de natureza fisiológica e subjectiva.

De acordo com Benoit (1999), a lesão no corpo é um ataque à imagem corporal do corpo que tem (corpo biológico), e do corpo que é (corpo psicológico). Este corpo não é um corpo que pede prótese, mas que pede significação e sentido (Benoit, 1999).

A mudança de alguns valores internos já estabelecidos, referentes tanto à situação de perda como da auto-imagem e da auto-estima, deve ser trabalhada para propiciar melhor elaboração e aceitação da perda ocorrida, bem como enfrentar a depressão decorrente da situação. Salienta-se a necessidade de se criar e implementar um acompanhamento à população, após a amputação.

Em síntese, considera-se importante o sujeito fazer uso do suporte médico e social, ajustar-se dentro do possível ao declínio da força física e estado geral de saúde, saber lidar com possíveis alterações financeiras, cultivar uma maior independência, saber assumir novas responsabilidades, procurar a manutenção das relações, e lidar com perdas significativas (Oliveira, 2001).

Desta forma, “só a compreensão efectiva e efectiva do amputado, ressegurará o indivíduo das suas capacidades para lutar por uma adaptação a um mundo de onde saiu e ainda é preciso voltar, mas de outra maneira” (Lains & Paixão, 1989).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1984). *A Percepção da Morte na Criança e outros escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Adams, R. (1985). *Jogos, esportes para o deficiente físico*. São Paulo: Editora malone (3ª Edição).
- Aguirre, M.V.F., Cases, J.G., Chavero, J.M.F., Luna, Le (1997). *El campo de la rehabilitacion psicosocial de personas com transtornos mentales crónicos* (pp. 85-99). Madrid: Pirâmide.
- Aires, Q. (1992). O Doente Fisiátrico no Hospital Militar Principal. *Revista de Psicologia Militar*: 83-91.
- Angerami, V.A. (1998). *Urgências Psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneiras.
- Anzieu, D. (1985). *Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Araújo, L.; Araújo, V.L. (1995). *Clínica de Reabilitação*. São Paulo: Ed. Atheneu (1ª Edição).
- Areosa, J. (2003). Riscos e acidentes de trabalho: Inevitável fatalidade ou gestão negligente? *Sociedade e Trabalho*, 19/20, 31-44.
- Badley, E.M. (1993). An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Disabil. Rehabil.*, 15: 161-178.
- Balance, R.; Wilson, B.; Harder, J.A. (1989). Factors affecting myoelectric prosthetic use and wearing patterns in the juvenile unilateral below-elbow amputee. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 56 (3): 132-137.
- Barat, M. & Pierre, P. (1998). Le vécu du handicap par la personne handicapée. In Held, J-P- & Dizien, O. *Traité de médecine physique et de réadaptation*. Paris: Médecien – Sciences Flammarion.
- Bayle, G. (1986). Future, passée, présente: La douleur. *Rev. Franç. Psychanal.*, 2, 803-816.

- Baszanger, I. (1989). Douleur, travail medical et experience de la maladie. *Sciences Sociales et Santé*, 7 (2), 5-34.
- Benedetto, K.; Forgione, C.; Alves, L.V. (2003). Reintegração Corporal em pacientes amputados e dor fantasma. *Acta Fisiátrica*, 9 (2): 85-89.
- Benoit, P. (1999). *Psicanálise e Medicina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Bion, W. (1967). Comentário. *Estudos Psicanalíticos Revisados*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- Bond, M.R. (1984). *Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Bonica, J.J. (1953). *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Bradway, J.K. Malone, J.M., Ravy, J., Leal, J.M. & Poole, J. (1984). Psychological adaptation to amputation: na overview. *Orthotics and Prosthetics*, 38, 46-50.
- Breakey, J. (1997). Body-image: the lower-limb amputee. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9 (2): 58-66.
- Brown, W.A. (1980). Post-amputation phantom limb pain. *Dis. Nerv. Sys.*, 29 (5): 301-306, May.
- Burger, H.; Marineck, C. (1997). The life style of young persons after lower limb amputation caused by injury. *Prosthetics and Orthotics International*, 21, 35-39.
- Burger, H.; Marineck, C.; Isakov, E. (1997). Mobility of persons after traumatic lower limb amputation. *Disability and rehabilitation*, 19: 272-277.
- Compton, C.Y. (1973). War injury: Identity crisis for young men. *Nurs Clin. North. Am.*, 8 (1): 53-66, March.
- Cansever, A. (2003). Depression in men with traumatic lower part amputation: a comparison to men with surgical lower part amputation. *Military Medicine*, 168 (2), 106-109.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. (A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores (Obra original publicada em 1964).
- Cardoso, C. (1991). *Psicanálise e Estruturalismo*. Assírio e Alvim.
- Cardoso, J.M.S. (1996). Desempenho e satisfação sexuais em sujeitos traumatizados vertebro-medulares. *Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica*. Lisboa: Intituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).
- Cardoso, R. & Coelho, R.A. (1980). A relação médico-doentes nos diminuídos físicos. *Psiquiatria Clínica*, 1, Supl. (1), 65-68.

- Carlen, P.L.; Wall, P.D.; Nadvorna, H.; Steinbach, T. (1978). Phantom limbs and related phenomena in recent traumatic amputations. *Neurology*, 28, 211-217.
- Carvalho, J.A. (2003). *Amputações de Membros Inferiores: Em busca da plena reabilitação*. Editora Manole.
- Cash, T.; Pruzinsky, T. (1990). *Body-images: development, deviance, and change*. New York: The Guilford Press.
- Castelnuovo-Tedesco, P. (1981). Psychological consequences of physical defects: a psychoanalytic perspective. *Int. Rev. Psycho-Analises*, 8, 145-154.
- Chamie, M. (1990). The status and use of the International Classification of Impairments, disabilities and handicaps (ICIDH). *World Health Stat Q*, 43: 273-80.
- Churchman, A. (1992). As mulheres e a qualidade de vida urbana. *Jornal de Psicologia*, 10 (3): 2-9.
- Codine, P., Maitre, M., & Brun, V. (1996). Facteurs conditionnant a la reinsertion socio-professionnelle des amputés du membre inférieur. In P. Codine, V. Brun, & J.M. André (Eds.), *Amputation du membre inférieur appareillage et rééducation* (pp. 429-438). Paris: Masson.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cordeiro, J.D. (1994). *A Saúde Mental e a Vida – Pessoas e Populações em risco Psiquiátrico*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Craig Hospital (1996). *Introduction to the CHART*.
- Crawford; C. (2003). Contribuição para a validação cultural e adaptação de um instrumento de medida. *Monografia apresentada à Escola Superior de Saúde de Alcoitão*.
- Crawford, Pereira & Vieira (2005). *Escalas da Experiência Protésica e de Amputação de Trinity*.
- Curley, M.D.; Walsh, J.M. Triplett, R.G. (1982). Some adjustment indices of oral-maxillofacial war casualties, limb amputees, and noninjured veterans. *Mil Med*, 147 (July): 572-574.
- Cutson, T.M. & Bongiorno, D.R. (1996). Rehabilitation of the older lower limb amputee: a brief review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44 (11): 1388-1393.
- Dakof, G.A.; Taylor, S.E. (1990). Victims Perceptions of Social Support: What is Helpful from Whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.

- De Kleijn-de Vrankrifker, M.; Seidel, C.; Tscherner, U. (1989). The International Classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH): its use in rehabilitation. *World Health Stat Q*, 42: 151-6.
- Dean, A. (1986). Measuring Psychological Resources. In N. Lin, A. Dean, W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression* (pp 97-116). New York: Harcourt Brace Jovanovich Publisher, Academic press Inc.
- Debray, Q. & Plaisant, O. (1990). Les Greffes Pulmonaires. Aspects Psychologiques, Context Médical et indications. *Annales Medico-Psychologiques*, 148 (85), 105-116.
- Delehanty, R.; Traschell, L. (1995). Effects of short-term group treatment on rehabilitation outcome of adults with amputations. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 1 (2): 61-73.
- Delisa, J.A. (1993). *Rehabilitation Medicine: Principles and Practice*: 508-524.
- Desmond, D. & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial perspectives on postamputation rehabilitation: a review of disease, trauma, and war related literature. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine* 81(2): 77-93.
- Dijkers, M. (1991). Scoring CHART; Survey and sensitivity analysis. *J. Amer. Paraplegia Soc.*, 14: 85-86.
- Dolto, F. (2002). *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo; Perspectiva.
- Engstrom, B.; Vem, C. (1999). *Therapy for Amputees*. Churchill Livingstone.
- Farias, N. & Buchalla, C. M. (2005). A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (2), 187-193.
- Fenichel, O. (2000). *Teoria Psicanalítica das Neuroses*. São Paulo: Ateneu.
- Fernald, C.D.; Atkinson, D.; Keynes, M.; Hutchison, T. (1996). 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities, Helsinki.
- Fisher, K.; Hanspal, R. (1998). Body-image and patients with amputations: does the prosthesis maintain the balance? *International Journal of Rehabilitation Research*, 21: 355-363.
- Fishman, S. (1961). Amputation. In J. Garrett, E, Levine (Eds.), *Psychological Practices with the Physically Disabled* (pp. 21-42). New York: Columbia University Press.
- Fleming, M. (2003). *Dor sem nome: Pensar o Sofrimento*. Porto: Edições Afrontamento.
- Foort, J. (1974). How amputees feel about amputation. *Orthot. And Prost.*, 28: 21-27.

- Fowkes, F. (1997). Epidemiology of peripheral vascular disease. *Atherosclerosis*, 131 suppl. S-29-s-31.
- Frank, R.G. Kashani, S.R.; Wonderlich, S.A.; Umlauf, R.L.; Ashkanazi, G.S. (1984). Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation. *British Journal of Psychiatry*, 144, 493-497.
- Frazier, S.H. ; Kolb, L.C. (1970). Psychiatric aspects of phantom limb. *Orthop. Clin. North Am.*, 1, 481-495.
- Freud, S. (1917). *Luto e Melancolia*. Ed. Stand. Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923). *O Ego e o Id*. Ed. Stand. Brasileira. Rio de Janeiro: Imago.
- Friedman, L.W. (1978). *The Psychological Rehabilitation of the Amputee*. Illinois: Charles C. Thomas.
- Friedmann, W.L. (1994). *Tratado de Medicina Fisiátrica e Reabilitação de Krusen*. In Kottke, F. (Col.), Vol. 4. São Paulo: Editora Malone.
- Frierson, R.; Lippmann, S. (1997). Psychiatric consultation for acute amputees: report of a 10 year experience. *Psychosomatics*, 28: 183-189.
- Galhordas, J., Lima, P. (2004). Aspectos Psicológicos na Reabilitação. *Re(Habilitar)*, Número 0, Junho: 35-47. Edições Colibri.
- Galhordas, J., Lima, P., Ouakinin, S., & Silva, C. (2004). Luto e depressão na lesão vertebro-medular. *Cidade Solidária*, 11, ano VII, 122-125.
- Gallagher P, MacLachlan M.(1999).Psychological adjustment and coping in adults with prosthetic limbs. *Behavioral Medicine*, 25 (3): 117-124.
- Gallagher P, MacLachlan M.(2000). Development and psychometric evaluation of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES). *Rehabilitation Psychology*, 45: 130-154.
- García-Viniegres, C.R.V.; Blanco, N.R.; Martínez, O.M.; Fernández, N.S., Hernández, L.A.; Rodríguez, G.H. (1991). Características psicosociales del paciente amputado de causa vascular. Aspectos laborales, familiares y de la vida sexual. *Angiología*, 1, 26-29.
- Gathier, C.; Grise, M.; Martinlov (1993). Prosthetic profile of people with lower extremity amputation: conception and design of a follow-up questionnaire. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 74: 862-870.
- Gauthier, C.; Grisé, M. (1994). Prosthetic profile of the amputee questionnaire: validity and reliability *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 75, 1309-1314.

- Gill, K.M.; Keefe, F.J.; Crisson, J.E.; & Van Delfsen, P.J. (1987). Social support and pain behaviour. *Pain*, 29, 209-217.
- Ginies, P.; Kong, A.S.D.; Colson, P. (1996). Le Moignon Dououreux. Diagnostic, étiologies, traitement. In P. Codine, J. Brun, J.M. André (Eds.), *Amputation du membre inférieur – Appareillage et rééducation* (pp. 53-65). Paris: Masson.
- Goffman, E. (1999). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- Grinberg, L. (1964). Two kind of Guilt – Their Relations with Normal and Pathological Aspects of Mourning. *Int. J. Psychoanal.*, 45, 367-371.
- Grise, M.C.; Gauthier-Gagnon, C.; Martineau, G.G. (1993). Prosthetic profile of people with lower extremity amputation: Conception and design of follow-up questionnaire. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74: 862-870.
- Grzesiack, R.C.; Hicok, D.A. (1994). A brief history of psychoterapy and physical disability. *American Journal of Psychoterapy*, 48, 240-249.
- Hall, D.M.B. (1995). Commentary. *Archives Disab. Child*, 73: 94.
- Hall, K.M., Dijkers, M., Whiteneck, G., Brooks, C.A., Krause, J.S. (1998). The Craig Handicap assessment and reporting technique (CHART): metric properties and scoring. *Top Spinal Cord. Inj. Rehabil.*, 4 (1): 16-30.
- Hammell, K. W. (1995). *Spinal cord injury rehabilitation*. London: Chapman & Hall.
- Henker, F.O. (1979). Body-image conflit following trauma and surgery. *Psychosomatics*, 20: 812-820.
- Hodges, C.; Bender, L. (1994). Phantom-pain: a critical review of the proposed mechanisms. *British Journal of Occupational Therapy*, 57 (6), 209-212.
- Hoening, H.; Nusbaum, N; Brummel-Smith, K. (1997). Geriatric Rehabilitation: State of the Art. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 1371-1381.
- Humm, W. (1985). *Rehabilitación del amputado del miembro inferior* (L.M. Millán, Trad.). Barcelona: Editorial JIMS. (Obra original publicada em 1985).
- Hutchison, T. (1996). The evolution of acceptable language in the definition of disability. In: *10th World Congress of the International Association fot the Scientific Study of Intellectual Disabilities*. Helsinki: p. 61.

- Jensen, T.S.; Krebs, B.; Nielson, J.; Rasmussen, P. (1983). Phantom limb, phantom pain and stump pain in amputees during the first 6 months following limb amputation. *Pain*, 17: 243-256.
- Jensen, T.S.; Krebs, B.; Nielson, J.; Rasmussen, P. (1984). Non painful phantom limb phenomena in amputees: incidence, clinical characteristics and temporal course. *Acta Neurol. Scand.*, 70, 407-414.
- Jensen, T.S.; Krebs, B.; Nielson, J.; Rasmussen, P. (1985). Immediate and long-term phantom limb pain in amputees: incidence, clinical characteristics and relationships to pre-amputation limb pain. *Pain*, 267-278.
- Jiménez S. Lic L R (1997). Psicología Y sensación de miembro fantasma. *Rev. Med Interna*, 8 (2): 84-6.
- Jones, L.; Hall, M.; Schuld, W. (1993). Ability or disability? A study of the functional outcomes of 65 consecutive lower limb amputees treated at the Royal Sydney Hospital 1988-1989. *Disability and Rehabilitation*, 15: 184-188.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1984). *Compêndio de Psiquiatria Dinâmica*. Porto: Artes Médicas.
- Kashani, J.H.; Frank, R.G.; Kasheni, S.R. (1983). Depression among amputees. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44: 256-258.
- Katz, J.; Melzack, R. (1990). Pain "memories" in phantom limbs: review and clinical observations. *Pain*, 43: 319-336.
- Katz, S.; Florian, V. (1987). A comprehensive theoretical model of psychological reaction to loss. *Int. J. Psych. Med.*, 16, 325-345.
- Kegel, B.; Carpenter, M.K.; Burgess, E.M. (1977). Survey of lower-limb amputees: prostheses, phantom sensations, and psychosocial aspects. *Bull. Prosthet. Res.*, 10 (27), 43-60.
- Kishbaugh, D.; Dillingham, T.R.; Howard, R.S. et al. (1995). Amputee soldiers and their return to active duty. *Mil Med*, 160 (2): 82-84.
- Klein, M. (1946). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In Klein, M. et al., *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Kohl, S. (1982). Process of Psycho-social Adaptation to Traumatic Limb loss: a staged Analysis of the Rehabilitation Process. *Audio Visual project*. Houston: The Institute for Rehabilitation and Research.

- Kohl, S. (1984). *The Process of Psychological Adaptation to traumatic limb loss. Emotional Rehabilitation of Physical Trauma and Disability*, in Krueger, D.: 113-138. Spectrum Publication, Inc.
- Kolb, L.C. (1954). The painful phantom. *Psychology, physiology and treatment*. Illinois: Charles C. Thomas.
- Krueger, D.W. (1981-1982). Emotional Rehabilitation of the Physical Rehabilitation Patient. *Int. J. Psychiatry in Medicine*, 11 (2): 183-191.
- Kubler, R. (1997). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laíns, J.; Oliveira, R.; Caldas, J.; Azenha, A.; Guedes, A.; Paixão, R. (1998). A Sexualidade dos hemiplégicos – Um estudo sobre hemiplégicos de causa vascular. *Arq. Fisioterapia*, 5, 27-36.
- Laíns, J., & Paixão, R. (1989). Algumas considerações sobre os factores psicológicos da amputação. *Arq. Reumatol.*, 11, 393-402.
- Langer, K.G. (1994) Depression and denial in psychotherapy of persons with disabilities. *American Journal of Psychotherapy*, vol. 48, nº2, 181-191.
- Legro, M. & Gayle, R. (1998). Prosthesis Evaluation Questionnaire for persons with lower limb amputations: assessing prosthesis - related quality of life. *Archives Physical Medicine Rehabilitation*, 79: 931-938.
- Le Breton, D. (1995). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Ed. Métailié.
- Leonard, B. (1972). Body image changes in chronic illness. *Nurs Clin. North Amer.*, 7 (4): 687-695, December.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing Social Support. In N. Lin, A. Dean, W. Ensel (Eds.), *Social Support, life events, and depression* (pp. 17-30). New York: Harcourt Brace Jovanovich Publisher, Academic Press Inc.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management to acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Livneh, H. (1991). A unified approach to existing models of adaptation to disability: a model of adaptation. In Marinelli, R. & Orto, A.. *The Psychological and social impact of disability*. New York: Sringer Publishing Company.
- Lundberg, S.G.; Guggenheim, F.G. (1986). Sequels of limb amputation. *Adv. Psychosom. Med.*, 15, 199-210.
- MacLachlan, M. & Gallagher, P. (2004) *Enabling Technologies: Body Image and Body Function*. Edinburgh: Churchill Livingston.

- Maitre, M., Rouyer, A., Enjalbert, M., & Pélisier, J. (1996). Approche épidémiologique des amputés du membre inférieur. In P. Codine, V. Brun, & J.M. André (Eds.), *Amputation du membre inférieur appareillage et rééducation* (pp. 1-7). Paris: Masson.
- Marshall, M.; Helmes, E. & Deathe, A.B. (1992). A comparison of psychosocial functioning and personality in amputee and chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 8, 351-357.
- Martin, E.D. & Gandy, G.L. (1990). *Rehabilitation and disability*. Springfield: Charles & Thomas Publishers.
- Mellick, D. (2000). *The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique – Short Form*. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury.
- Mellick, D., Walker, N., Brooks, C.A., Whiteneck, G. (1999). Incorporating the cognitive independence domain into CHART. *J. Rehabil. Outcomes Meas.*, 3 (3): 12-21.
- Melzack, R. & Wall, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Vigot, 1989.
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *TINS*, 13 (3), 88-92.
- Melzack, R. (1992). Phantom limbs. *Scientific American*, April, 120-126.
- Mendieta, M.I.H. (1996). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Archidona: Ediciones Aljibe.
- Mikorey, M. (1959). Fantômes et doubles. *Doin*, 64.
- Milheiro, J. (1988). Identidade Sexual. *Jornal de Psicologia*, 7, 1: 3-9.
- Millstein, S.; Bain, D.; Hunter, G.A. (1985). A review of employment patterns of industrial amputees: factors influencing rehabilitation. *Prosthet Orthot Int*, 9: 69-78.
- Millstein, S.G.; Heger, H.; Hunter, G.A. (1986). Prosthetic use in adult and upper limb amputees: a comparison of the body powered and electrically powered prostheses. *Prosthetics and Orthotics International*, 10: 27-34.
- Mimoso, I. (2001). Atualização sobre protetização pós-amputação de causa vascular. *Arquivos de Fisiatria*, 8: 57-64.
- Ministério da Defesa Nacional. *Decreto-Lei nº43/76 de 20 Janeiro, I Série*: 97-103.
- Morgan, M.; Patrick, D.L. & Charlton, J.R. (1984). Social networks and psychosocial support among disabled people. *Soc. Sci. Med.*, 19 (5), 489-497.

- Murray (2002). *Disability and Rehabilitation*, vol. 24, nº4, Março:219-225.
- Nagler, W. (1976). *Manual de Fisioterapia*. São Paulo: Edt. Universidade de São Paulo.
- Noble, D.; Price, D.; Gilder, R. (1954). Psychiatric disturbance following amputation. *American Journal of Psychiatry*, 110: 609.
- Okamoto, G. (1990). *Medicina Física e Reabilitação. Princípios básicos*. Editora Manole.
- Oliveira, R. A (1994). Transformar o impossível: contributo para o estudo dos factores psicológicos dos doentes hemiplégicos vítimas de acidente vascular cerebral. *Dissertação de Mestrado não publicada*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, R.A. (1998). Do Vínculo ao Suporte Social. Aspectos Psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas. *Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, R. A (2000). *Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas*. *Análise Psicológica*, 4 (XVIII), 437-453.
- Oliveira, R. A (2001). *Psicologia Clínica e reabilitação física – uma abordagem psicoterapêutica da incapacidade física adquirida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).
- Oliveira, R.A. (2002). Para pensar... A dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. *Análise psicológica*, 3 (XX): 471-478.
- Oliveira, R.A. (2005/2006). Projecto “A reintegração sócio-profissional das pessoas com deficiências adquiridas por acidente de trabalho”.
- Organização Mundial de Saúde (1976). CID-IX Revisão da Classificação Internacional de Doenças. Porto Alegre: Sagra.
- Organização Mundial de Saúde (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *CID-10. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português*, 9ª Ed. Rev. São Paulo: EDUSP.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional da Funcionalidade*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 333-339.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária. Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3: 375-388.
- Orr, E.; Thein, R.D., & Aronson, E. (1995). Orthopaedic disability, conformity and social support. *The Journal of Psychology*, 129 (2), 203-219.
- Osório, L.C. (1992). *Adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas (2ª Edição).
- Parkes, C.M. (1973). Factors determining the persistence of phantom pain in the amputee. *J. of Psychosomatic Research*, 17 (2): 97-108, March.
- Parkes, C.M. (1975). Psycho-Social transitions: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *British J. of Psychiatry*, 127: 201-210, September.
- Pereira, B.P.; Kour, A.K.; Leow, E.L.; Pho, R.W.H. (1996). Benefits and use of digital prostheses. *Journal of Hand Surgery*, 21 (2): 222-228.
- Pierre, P. (1992). Troubles psychiques des amputés des membres. *Journal Réadapt. Méd.*, 12, 26-30.
- Pierre, P. (1996). Aspects psychologiques et psychiatriques de l'amputation du membre inférieur et de sa prise en charge. In P. Codine, V. Brun, & J.M. André (Eds.), *Amputation du membre inférieur appareillage et rééducation* (pp. 443-450). Paris: Masson.
- Pimenta, C.A.M. (1995). A avaliação da experiência dolorosa. *Revista de Medicina*. Dor, edição especial: 69-75.
- Pohjolainen, T.; Alaranta, H. (1999). Epidemiology of lower limb amputees in Southern Finland in 1995 and trends since 1984. *Prosthetics and Orthotics International*, 23: 88-92.
- Pontalis, J.-B. (1999). *Entre o Sonho e a Dor*. Lisboa: Fenda Ed.
- Racy, J.R. (1989). Psychological aspects of amputation. In Moore W.S., Malone, J.M. *Lower extremity amputation*. Philadelphia: Saunders.
- Reinstein, L., Ashley, J., and Miller, K.H. (1978). Sexual adjustment after lower extremity amputation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 59 (11), November: 504-514.
- Ribas, J.-B. C. & Figueiredo, A.M. (1999). *As pessoas deficientes num país que ainda não aceita diferenças*. São Paulo: IDAC.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*.

- Ribeiro, J.L.P (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Rieser, R. (1995). The social modal of disability. Invisible children. In: *Joint Conference on Children, Images and Disability*: 55-56.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rohlfs, A., Moreira, L., Alves, R., Vasconcelos, M., Malland, M. (2000). 3º Período de Medicina da UFMG, 2º semestre, sob coordenação Maria Carolina Dorreto e Marcio Flávio Dutra. *Seminário Dor Fantasma*. Minas Gerais: UFMG.
- Roye, D.P. (1988). Amputation and the reconstruction of congenital lesions. *Loss, Grief and Care*, 2 (3-4): 23-25.
- Rybarczyk, B.D.; Nyenhuis, D.L.; Nicholas, J.J.; Cash, S.M.; Kaiser, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation Psychology*, 40 (2): 95-110.
- Rybarczyk, B.D.; Nyenhuis, D.L.; Nicholas, J.J.; Schulz, R.; Alioto, R.J.; Blair, C. (1992). Social discomfort and depression in a sample of adults with leg amputations. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 73 (12): 1169-1173.
- Safilio-Rothschild, C. (1970). *The sociology and social psychology of disability and rehabilitation*. New York: Random House.
- Samter, W. (1992). Unsupportive relationships: deficiencies in the support-giving skills of the lonely person's friends. In B. R. Burleson, T.L., Albrecht & I.G. Sarason (Eds.); *Communication of social support: messages, interactions, relationships and community*, pp. 195-214. London: Sage Publications.
- Schilder, P. (1981). *A Imagem do Corpo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes. Editora LTDA (Pub. Orig. 1950).
- Secretariado Nacional de Reabilitação (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): Um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID)*. Lisboa: SNR/OMS.
- Sequeira, A. (2002). Nota de Abertura. *Análise Psicológica Série XX*, 277-279.
- Sheik, K. (1985). Return to work following limb injuries. *J Social Occup Med*, 35: 114-117.
- Shepherd, W.G.; Caine, D. (1968). Vocational end results following rehabilitation of upper-extremity amputees. *Med J Ajust*, 2 (4): 167-169.

- Sherman, R.A.; Sherman, C.J. (1985). A comparison of phantom sensations among amputees whose amputations were of civilian and military origins. *Pain*, 21: 91-97.
- Sherman, R.A.; Sherman, C.J.; Parker, L. (1984). Chronic phantom and stump pain among American veterans: results of a survey. *Pain*, 18: 83-95.
- Shontz, F.C. (1978). Psychological adjustment to physical disability: Trends in theories. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 59: 251-254.
- Shontz, F.C. (1990). Body-image and physical disability. In Cash, Thomas, F.; Pruzinsky, T. (Ed.). *Body-images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press: 149-168.
- Schulz, R., & Rau, M.T. (1985). Social support through the life course. In S. Cohen, & L. Syne (Eds.), *Social support and health* (pp. 129-149). New York: Academic Press.
- Shukla, G.D., Sahu, S.C., Tripathi, R.P., & Gupta, D.K. (1982). Phantom limb: a phenomenological study. *British Journal of Psychiatry*, 141, 54-58.
- Schultz, R., & Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1162-1172.
- Schulz, R. & Thompkins, C. (1990). Life events and changes in social relationships: examples, mechanisms, and measurement. *Journal Social Clinical Psychology*, 9 (1), 69-77.
- Spence, A. (1991). *Anatomia Humana Básica*. São Paulo: Summus.
- Stein, R.B.; Walley, O.T. (1983). Functional comparison of upper extremity amputees using myoelectric and conventional prostheses. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 64: 243-248.
- Stephens, D.; Héту, R. (1991). Impairment, disability and handicap in audiology: towards a consensus. *Audiology*, 30: 185-220.
- Stewart, C.P.U.; Jain, A.S.; Ogston, S.A. (1992). Lower limb amputee survival. *Prosthetics and Orthotics International*, 16: 11-18.
- Tavares, M.C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole.
- Teixeira, M.J. (1999). Dor fantasma no coto da amputação. *Revista de Medicina*.

- Thompson, D.M., Haran, D. (1983). Living with an amputation: the patient. *International Rehabilitation Medicine*, 165-169.
- Tomeno, B. (1996). Amputations pour tumeurs: particularités techniques, aspects psychologiques et psychosomatiques. In P. Codine, V. Brun, & J.M. André (Eds.), *Amputation du membre inférieur appareillage et rééducation* (pp. 41-48). Paris: Masson.
- Trincão, J.C. (1983). Para uma introdução ao estudo do narcisismo. *Análise Psicológica*, 4 (III), 395-408.
- Turk, D.C.; Melzack, R. (1992). *Handbook of Pain Assessment*. New York: The Guilford Press.
- Unwin, N. (2000). Epidemiology of lower extremity amputation in centers in Europe, North America and East Asia. *British Journal of Surgery*, 87, 328-337.
- Vaida, G.; Friedmann, L.W. (1991). Post amputation phantoms: a review. *Phys Med Rehabil Clin N Amer*, 2 (2): 325-353.
- Varni, J.W., Setoguchi, Y., Rappaport, L.R., Talbot, D. (1992). Psychological adjustment and perceived social support in children with congenital/acquired limb deficiencies. *Jour. Behavioural Medicine*, vol. 15, nº 1, 31-44.
- Wade, D.T. (1992). *Measurement in neurological rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press.
- Whiteneck, G.G., Charlifue, S.W., Gerhart, K.A., Overhosler, J.D., Richardson, G.N. (1992). Quantifying handicap: a new measure of long-term rehabilitation outcomes. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 73: 519-526.
- Who (1948). Constitution of the world Health Organization. In *Basic Documents, World Health Organization*.
- Williamson, G.M. (1995). Restriction of normal activities among older adult amputees: the role of public self-consciousness. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 229-242.
- Williamson, G.M.; Schulz, R.; Bridges, M.W.; Behan, A.M. (1994). Social and psychological factors in adjustment to limb amputation. *Journal of social Behavior and Personality*, 9: 249-268.
- Williamson, G.M., & Walters, A. (1996). Perceived impact of limb amputation on sexual activity: a study of adult amputees. *The Journal of Sex Research*, 33 (3), 221-234.

-
- Wood, I.K. (1980). Appreciating the consequences of disease: the International Classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Who Chron*, 34:376-380.
- Zereu, A.; Furlan, A.D.; Carneiro, A.P.; Santos, A.C.; Terreri, ASA P.; Santos, C.A. et al. (1995). Avaliação fisiátrica do Amputado. *Acta Fisiátrica*, 2 (2): 3-6.
- Zola, P.H.N. (1993). Self, identity and the naming question: reflections on the language of disability. *Soc. Sci. Med*, 36: 167-73.

ANEXOS

ANEXOS

Questionário aplicado, constituído pelo TAPES e CHART-SF

Escalas da Experiência Protésica e de Amputação de Trinity

Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES): Gallagher & MacLachlan (2000); Versão Portuguesa: Crawford, Pereira, & Vieira (2005)

Isto é um questionário destinado a investigar diferentes aspectos da posse de uma prótese.

Por favor, responda a cada item o mais honestamente possível. Não há respostas certas ou erradas.

As suas respostas serão confidenciais.

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Qual é a sua idade? _____ anos

3. Há quanto tempo tem a sua actual prótese? _____ anos _____ meses

4. Que tipo de amputação tem? (Por favor assinale o quadrado apropriado)

Abaixo do joelho

Desarticulação do joelho

Acima do joelho

Outro (por favor especifique) _____

5. Qual a causa da sua amputação? (Por favor assinale o quadrado apropriado)

Vascular

Congénita

Tumoral

Traumática

Outra (por favor especifique) _____

PARTE I

Abaixo encontram-se escritas uma série de afirmações referentes ao uso de uma prótese. Por favor leia cada afirmação cuidadosamente. Seguidamente **assinale o quadrado** ao lado de cada afirmação que mostre o quanto concorda ou discorda desta.

	Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
Habituei-me a ter uma prótese					
Com o passar do tempo, aceito mais a minha prótese					
Sinto que lidei muito bem com este trauma na minha vida					
Apesar de ter uma prótese, a minha vida está preenchida					
Habituei-me a usar uma prótese					
Não me importa se alguém olhar para a minha prótese					
Acho fácil falar sobre a minha prótese					
Não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese					
Em conversas, tenho dificuldade em falar sobre a perda do meu membro					
Não me importa se alguém nota que estou a coxear					
Uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho					
Ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria					
Ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar					
Ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero					
Ter uma prótese limita a quantidade de trabalho que posso executar					

As perguntas seguintes são sobre actividades que poderia executar durante um dia típico. Ter uma prótese limita-o nestas actividades? Se sim, quanto? *Por favor assinale o quadrado apropriado.*

	Sim, limita muito	Limita um pouco	Não, sem qualquer limitação
Actividades vigorosas, tais como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos			
Subir vários lances de escadas			
Correr para apanhar o autocarro			
Praticar desporto e participar em actividades de diversão			
Subir um lance de escadas			
Andar mais de 1 km			
Andar 500 m			
Andar 100 m			
Fazer e manter amizades			
Visitar amigos			
Ter actividades de tempos livres			
Ir trabalhar			

Por favor **assinale o quadrado** que represente até que ponto está satisfeito ou insatisfeito com **cada** um dos diferentes aspectos da sua prótese abaixo mencionados:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Cor					
Forma					
Ruídos					
Aparência					
Peso					
Utilidade					
Confiança					
Ajuste					
Conforto					
Satisfação global					

PARTE II

Para as seguintes questões, por favor assinale os quadrados apropriados

1. Em média, **quantas horas por dia** usa a sua **prótese**? _____ horas

2. No geral, diria que a **sua saúde** é:

Muito fraca Fraca Satisfatória Boa Muito boa

3. No geral, diria que as **suas capacidades físicas** são:

Muito fracas Fracas Satisfatórias Boas Muito boas

4. (a) Sente **dores no coto** (dores na parte que restou do seu membro amputado)?

Não (Se **não**, passe para a pergunta 5)

Sim (Se **sim**, responda às alíneas (b), (c), (d) e (e))

(b) Durante a última semana, quantas vezes sentiu **dores no coto**? _____

(c) Em média, quanto tempo durou cada **episódio de dor**? _____

(d) Por favor, indique o nível médio de **dor do coto** sentido durante a última semana na escala abaixo, assinando o quadrado apropriado:

Lancinante Muito intenso Intenso Moderado Ligeiro

(e) Em que medida é que a **dor no coto** interferiu com o seu estilo de vida normal (i.é. trabalho, actividades sociais e familiares) durante a última semana?

Muito Bastante Moderadamente Pouco Nada

5. (a) Sente **dores fantasmas** (dores na parte do membro que foi amputada)?

Não (Se **não**, passe para a pergunta 6)

Sim (Se **sim**, responda às alíneas (b), (c), (d) e (e))

(b) Durante a última semana, quantas vezes sentiu **dores fantasmas**? _____

(c) Em média, quanto tempo durou cada **episódio de dor**? _____

(d) Por favor indique o nível médio de **dor fantasma** sentida durante a última semana na escala abaixo, assinalando o quadrado apropriado:

Lancinante Muito intenso Intenso Moderado Ligeiro

(e) Em que medida é que a **dor fantasma** interferiu com seu estilo de vida normal (i.é. **trabalho, actividades sociais e familiares**) durante a última semana?

Muito Bastante Moderadamente Pouco Nada

6. (a) Tem **outros problemas médicos** além de dor no coto ou dor fantasma?

Não

Sim (Se **sim**, responda às alíneas (b), (c), (d), (e), (f) e (g))

(b) Por favor, especifique os **problemas** que tem _____

(c) Durante a última semana, **quantas vezes** sofreu destes **problemas médicos**? _____

(d) Em média, quanto tempo durou cada **problema**? _____

(e) Por favor indique o **nível médio de dor** como resultado destes **problemas** durante a última semana na escala abaixo, assinalando o quadrado apropriado:

Lancinante Muito intenso Intenso Moderado Ligeiro

(f) Em que medida é que estes **problemas médicos** interferiram com o seu estilo de vida normal (i.é. **trabalho, actividades sociais e familiares**) durante a última semana?

Muito Bastante Moderadamente Pouco Nada

g) Tem **alguma outra dor** que não tenha mencionado previamente?

Não

Sim (Se **sim**, por favor especifique) _____

Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas.
Obrigado pela sua ajuda.

Questionário de medida de Handicap para pessoas com Deficiência Física

Craig Handicap Assessment and Reporting Technique – Scoring Short Form (CHART – SF)

Versão Portuguesa: R. A. Oliveira, 2005

1. Quantas horas, nas 24 horas de um dia normal, tem alguém consigo que forneça **assistência física em actividades de cuidados pessoais** como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, cuidados de higiene, e mobilidade?

Horas de assistência paga _____ (de 0 a 24)

Horas não remuneradas (família, ou outros) _____ (de 0 a 24)

2. Num dia normal, **quantas horas passa fora da cama?** _____ horas.

3. Numa semana normal, **quantos dias sai de casa e vai a algum lado** (sair para o próprio jardim, ou quintal não conta)? _____ dias.

4. No último ano, **quantas noites passou fora de casa** (excluindo os internamentos)?

Nenhuma Uma a duas Três a quatro Cinco ou mais noites

5. Quantas horas por semana passa a trabalhar num **trabalho remunerado?** _____ horas.

(ocupação: _____)

6. Quantas horas por semana passa numa escola, a **estudar** para obter um grau académico, ou num programa de formação técnica acreditado (incluindo as horas de aulas e de estudo)? _____ horas.

7. Quantas horas por semana passa em **actividades domésticas**, incluindo, cuidar dos filhos, tratar da lida da casa, e preparar refeições? _____ horas.

8. Quantas horas por semana passa em **actividades de manutenção do lar** como, jardinagem, reparações domésticas, ou melhoramentos em casa? _____ horas.

9. Quanto tempo por semana passa em **actividades recreativas como desportos, exercício, jogar às cartas, ir ao cinema?** (Por favor não incluir o tempo que passa a ver televisão ou a ouvir rádio) _____ horas

10. Com quantas pessoas vive? _____

11. Alguma delas é seu companheiro(a)/cônjuge?

Sim Não Não aplicável (vive só)

12. Das pessoas com quem vive quantas são seus parentes? _____

13. A quantos colegas de profissão ou sócios, faz visitas, escreve ou telefona, pelo menos uma vez por mês? _____

14. A quantos amigos (sem relação de parentesco e contactados fora do ambiente profissional) faz visitas, telefona ou escreve, pelo menos uma vez por mês? _____

15. Com quantos desconhecidos iniciou uma conversa no último mês (por exemplo para pedir uma informação ou para ser atendido)?

Nenhum Um ou dois Três a cinco Seis ou mais vezes

16. Aproximadamente qual foi o valor do rendimento familiar total, no último ano, para todos os membros da família no seu agregado? (Considere todas as fontes, incluindo salários, e ganhos, benefícios por incapacidade, pensões e reformas, rendimentos de decisões do tribunal, investimentos e fundos de garantia, abonos de família, contribuições de parentes, e qualquer outra fonte).

Menos de 4200 euros por ano	<input type="checkbox"/>	De 4200 a 6000 euros por ano	<input type="checkbox"/>
De 6000 a 8400 euros por ano	<input type="checkbox"/>	De 8400 a 9000 euros por ano	<input type="checkbox"/>
De 9000 a 1050 euros por ano	<input type="checkbox"/>	De 1050 a 14000 euros por ano	<input type="checkbox"/>
De 14000 a 16800 euros por ano	<input type="checkbox"/>	Acima de 16800 euros por ano	<input type="checkbox"/>

17. Aproximadamente quanto gastou no ano passado em despesas de saúde não reembolsadas (Considere as quantias pagas por si, ou membros do seu agregado familiar, não reembolsadas) **“Diria que as minhas despesas de saúde não reembolsadas foram...”**

Menos de 250 euros	<input type="checkbox"/>	Menos de 500 euros	<input type="checkbox"/>
Menos de 1000 euros	<input type="checkbox"/>	Menos de 2000 euros	<input type="checkbox"/>
Acima de 2000 euros	<input type="checkbox"/>		

ANEXOS

Outputs dos resultados

Frequencies

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Statistics

		sexo	idade	tempoprótese	tipoamputação	especifique	causamputação
N	Valid	20	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	20	100,0	100,0	100,0

idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	46	1	5,0	5,0	5,0
	50	1	5,0	5,0	10,0
	54	1	5,0	5,0	15,0
	56	1	5,0	5,0	20,0
	57	4	20,0	20,0	40,0
	58	6	30,0	30,0	70,0
	59	2	10,0	10,0	80,0
	60	1	5,0	5,0	85,0
	61	2	10,0	10,0	95,0
	65	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

tempoprótese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não responde	1	5,0	5,0	5,0
	menos de um ano	3	15,0	15,0	20,0
	de um a 5 anos	11	55,0	55,0	75,0
	5	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

tipoamputação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	abaixo do joelho	14	70,0	70,0	70,0
	acima do joelho	3	15,0	15,0	85,0
	outro	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

especifique

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	17	85,0	85,0	85,0
	acima joelho + braço	1	5,0	5,0	90,0
	biamputado abaixo joelho	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

causamputação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	traumática	20	100,0	100,0	100,0

Descriptives

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade	20	46	65	57,35	3,951
Valid N (listwise)	20				

Frequencies

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Statistics

		habituei-me a ter uma prótese	com o passar do tempo aceito mais a minha prótese	sinto que lidei muito bem com este trauma na minha vida	apesar de ter uma prótese, a minha vida está preenchida	habituei-me a usar uma prótese
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		não me importa se alguém olhar para a minha prótese	acho fácil falar sobre a minha prótese	não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese	em conversas, tenho dificuldade em falar sobre a perda do meu membro	não me importa se alguém nota que estou a coxear	uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho
N	Valid	20	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

		ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria	ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar	ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero	ter uma prótese limita a quantidade de trabalho que posso executar
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

habituei-me a ter uma prótese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo fortemente	3	15,0	15,0	15,0
	discordo	2	10,0	10,0	25,0
	nemconcordo nem discordo	2	10,0	10,0	35,0
	concordo	13	65,0	65,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

com o passar do tempo aceito mais a minha prótese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	discordo fortemente	3	15,0	15,0	15,0
	discordo	4	20,0	20,0	35,0
	nemconcordo nem discordo	1	5,0	5,0	40,0
	concordo	10	50,0	50,0	90,0
	concordo fortemente	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

sinto que lidei muito bem com este trauma na minha vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	5,0	5,0	5,0
	discordo fortemente	2	10,0	10,0	15,0
	discordo	4	20,0	20,0	35,0
	nemconcordo nem discordo	1	5,0	5,0	40,0
	concordo	11	55,0	55,0	95,0
	concordo fortemente	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

apesar de ter uma prótese, a minha vida está preenchida

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid discordo fortemente	1	5,0	5,0	5,0
discordo	5	25,0	25,0	30,0
nemconcordo nem discordo	1	5,0	5,0	35,0
concordo	11	55,0	55,0	90,0
concordo fortemente	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

habituei-me a usar uma prótese

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid discordo	3	15,0	15,0	15,0
concordo	15	75,0	75,0	90,0
concordo fortemente	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

não me importa se alguém olhar para a minha prótese

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid discordo fortemente	1	5,0	5,0	5,0
discordo	2	10,0	10,0	15,0
nemconcordo nem discordo	4	20,0	20,0	35,0
concordo	11	55,0	55,0	90,0
concordo fortemente	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

acho fácil falar sobre a minha prótese

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nemconcordo nem discordo	1	5,0	5,0	5,0
concordo	15	75,0	75,0	80,0
concordo fortemente	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

não me importa que as pessoas façam perguntas sobre a minha prótese

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nemconcordo nem discordo	3	15,0	15,0	15,0
concordo	13	65,0	65,0	80,0
concordo fortemente	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

em conversas, tenho dificuldade em falar sobre a perda do meu membro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid concordo	4	20,0	20,0	20,0
nem concordo nem discordo	3	15,0	15,0	35,0
discordo	10	50,0	50,0	85,0
discordo fortemente	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

não me importa se alguém nota que estou a coxear

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid discordo	1	5,0	5,0	5,0
nem concordo nem discordo	4	20,0	20,0	25,0
concordo	14	70,0	70,0	95,0
concordo fortemente	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

uma prótese interfere com a capacidade de executar o meu trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1	5,0	5,0	5,0
concordo fortemente	3	15,0	15,0	20,0
concordo	6	30,0	30,0	50,0
discordo	10	50,0	50,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

ter uma prótese torna-me mais dependente dos outros do que eu gostaria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid concordo fortemente	1	5,0	5,0	5,0
concordo	12	60,0	60,0	65,0
nem concordo nem discordo	1	5,0	5,0	70,0
discordo	5	25,0	25,0	95,0
discordo fortemente	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

ter uma prótese limita o tipo de trabalho que posso executar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid concordo fortemente	2	10,0	10,0	10,0
concordo	9	45,0	45,0	55,0
nem concordo nem discordo	3	15,0	15,0	70,0
discordo	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

ter uma amputação significa que não posso fazer aquilo que quero

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid concordo fortemente	2	10,0	10,0	10,0
concordo	13	65,0	65,0	75,0
discordo	4	20,0	20,0	95,0
discordo fortemente	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

ter uma prótese limita a quantidade de trabalho que posso executar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid concordo fortemente	2	10,0	10,0	10,0
concordo	9	45,0	45,0	55,0
nem concordo nem discordo	2	10,0	10,0	65,0
discordo	6	30,0	30,0	95,0
discordo fortemente	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Frequencies

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Statistics

	actividades vigorosas, tais como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos	subir vários lances de escadas	correr para apanhar o autocarro	praticar desporto e participar em actividades de diversão	subir um lance de escadas	andar mais de 1 Km
N Valid	20	20	20	20	20	20
Missing	0	0	0	0	0	0

Statistics

	andar 500 m	andar 100 m	fazer e manter amizades	visitar amigos	ter actividades de tempos livres	ir trabalhar
N Valid	20	20	20	20	20	20
Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

actividades vigorosas, tais como correr, levantar objectos pesados, participar em desportos enérgicos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	limita um pouco	4	20,0	20,0	20,0
	sim, limita muito	16	80,0	80,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

subir vários lances de escadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	3	15,0	15,0	15,0
	limita um pouco	11	55,0	55,0	70,0
	sim, limita muito	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

correr para apanhar o autocarro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	1	5,0	5,0	5,0
	limita um pouco	3	15,0	15,0	20,0
	sim, limita muito	16	80,0	80,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

praticar desporto e participar em actividades de diversão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	3	15,0	15,0	15,0
	limita um pouco	6	30,0	30,0	45,0
	sim, limita muito	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

subir um lance de escadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	9	45,0	45,0	45,0
	limita um pouco	5	25,0	25,0	70,0
	sim, limita muito	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

andar mais de 1 Km

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	6	30,0	30,0	30,0
	limita um pouco	7	35,0	35,0	65,0
	sim, limita muito	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

andar 500 m

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	9	45,0	45,0	45,0
	limita um pouco	8	40,0	40,0	85,0
	sim, limita muito	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

andar 100 m

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	11	55,0	55,0	55,0
	limita um pouco	9	45,0	45,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

fazer e manter amizades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	18	90,0	90,0	90,0
	limita um pouco	1	5,0	5,0	95,0
	sim, limita muito	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

visitar amigos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não, sem qualquer limitação	18	90,0	90,0	90,0
	limita um pouco	1	5,0	5,0	95,0
	sim, limita muito	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

ter actividades de tempos livres

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não, sem qualquer limitação	10	50,0	50,0	50,0
limita um pouco	8	40,0	40,0	90,0
sim, limita muito	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

ir trabalhar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não, sem qualquer limitação	12	60,0	60,0	60,0
limita um pouco	6	30,0	30,0	90,0
sim, limita muito	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Frequencies

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Statistics

	cor	forma	ruídos	aparência	peso	utilidade	confiança
N Valid	20	20	20	20	20	20	20
Missing	0	0	0	0	0	0	0

Statistics

	ajuste	conforto	satisfação global
N Valid	20	20	20
Missing	0	0	0

Frequency Table

cor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid insatisfação	1	5,0	5,0	5,0
nem satisfeito nem insatisfeito	10	50,0	50,0	55,0
satisfeito	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

forma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	insatisfeito	2	10,0	10,0	10,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	4	20,0	20,0	30,0
	satisfeito	14	70,0	70,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

ruídos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito insatisfeito	4	20,0	20,0	20,0
	insatisfeito	5	25,0	25,0	45,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	4	20,0	20,0	65,0
	satisfeito	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

aparência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito insatisfeito	1	5,0	5,0	5,0
	insatisfeito	2	10,0	10,0	15,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	4	20,0	20,0	35,0
	satisfeito	13	65,0	65,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

peso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito insatisfeito	1	5,0	5,0	5,0
	insatisfeito	4	20,0	20,0	25,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	4	20,0	20,0	45,0
	satisfeito	11	55,0	55,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

utilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	insatisfeito	2	10,0	10,0	10,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	3	15,0	15,0	25,0
	satisfeito	9	45,0	45,0	70,0
	muito satisfeito	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

confiança

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito insatisfeito	1	5,0	5,0	5,0
	insatisfeito	1	5,0	5,0	10,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	3	15,0	15,0	25,0
	satisfeito	12	60,0	60,0	85,0
	muito satisfeito	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

ajuste

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito insatisfeito	1	5,0	5,0	5,0
	insatisfeito	3	15,0	15,0	20,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	5	25,0	25,0	45,0
	satisfeito	8	40,0	40,0	85,0
	muito satisfeito	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

conforto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito insatisfeito	1	5,0	5,0	5,0
	insatisfeito	5	25,0	25,0	30,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	4	20,0	20,0	50,0
	satisfeito	9	45,0	45,0	95,0
	muito satisfeito	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

satisfação global

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito insatisfeito	2	10,0	10,0	10,0
	insatisfeito	3	15,0	15,0	25,0
	nem satisfeito nem insatisfeito	2	10,0	10,0	35,0
	satisfeito	10	50,0	50,0	85,0
	muito satisfeito	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Frequencies

Frequency Table

quantas horas por dia usa a sua prótese

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7	2	10,0	10,0	10,0
	12	6	30,0	30,0	40,0
	14	1	5,0	5,0	45,0
	15	3	15,0	15,0	60,0
	16	7	35,0	35,0	95,0
	17	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

no geral, diria que a sua saúde é

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito fraca	1	5,0	5,0	5,0
	fraca	1	5,0	5,0	10,0
	satisfatória	5	25,0	25,0	35,0
	boa	9	45,0	45,0	80,0
	muito boa	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

no geral, diria que as suas capacidades físicas são

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muito fracas	1	5,0	5,0	5,0
	fracas	1	5,0	5,0	10,0
	satisfatórias	7	35,0	35,0	45,0
	boas	9	45,0	45,0	90,0
	muito boas	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

dores no coto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	5	25,0	25,0	25,0
	sim	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

na última semana quantas vezes sentiu dores no coto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	10	50,0	50,0	50,0
	1	1	5,0	5,0	55,0
	2	2	10,0	10,0	65,0
	4	7	35,0	35,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

quanto tempo durou cada episódio de dor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	11	55,0	55,0	55,0
segundo(s)	3	15,0	15,0	70,0
minuto(s)	2	10,0	10,0	80,0
dia(s)	1	5,0	5,0	85,0
outras respostas	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

nível médio de dor no coto sentido durante a última semana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	10	50,0	50,0	50,0
ligeiro	1	5,0	5,0	55,0
moderado	1	5,0	5,0	60,0
intenso	5	25,0	25,0	85,0
muito intenso	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

em que medida é que a dor no coto interferiu com o estilo de vida durante a última semana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	10	50,0	50,0	50,0
nada	1	5,0	5,0	55,0
pouco	1	5,0	5,0	60,0
moderadamente	6	30,0	30,0	90,0
bastante	1	5,0	5,0	95,0
muito	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

dores fantasma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	5	25,0	25,0	25,0
sim	15	75,0	75,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

na última semana quantas vezes sentiu dores fantasma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	11	55,0	55,0	55,0
uma vez	2	10,0	10,0	65,0
3 vezes	1	5,0	5,0	70,0
outras respostas	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

quanto tempo durou cada episódio de dor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	13	65,0	65,0	65,0
segundo(s)	2	10,0	10,0	75,0
minuto(s)	2	10,0	10,0	85,0
hora(s)	2	10,0	10,0	95,0
outras respostas	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

nível médio de dor fantasma sentido durante a última semana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	11	55,0	55,0	55,0
moderado	3	15,0	15,0	70,0
intenso	3	15,0	15,0	85,0
muito intenso	2	10,0	10,0	95,0
lancinante	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

em que medida é que a dor fantasma interferiu com o estilo de vida durante a última semana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	11	55,0	55,0	55,0
nada	2	10,0	10,0	65,0
moderadamente	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

outros problemas médicos, além da dor no coto ou dor fantasma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	9	45,0	45,0	45,0
sim	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

especifique os problemas que tem

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	9	45,0	45,0	45,0
visão	1	5,0	5,0	50,0
diabetes	1	5,0	5,0	55,0
outros problemas	5	25,0	25,0	80,0
respostas diversas	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

na última semana quantas vezes sofreu destes problemas médicos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	10	50,0	50,0	50,0
1 vez	1	5,0	5,0	55,0
outras respostas	9	45,0	45,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

quanto tempo durou cada problema

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	12	60,0	60,0	60,0
segundo(s)	1	5,0	5,0	65,0
outras respostas	7	35,0	35,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

nível médio de dor como resultado destes problemas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	13	65,0	65,0	65,0
moderado	2	10,0	10,0	75,0
intenso	3	15,0	15,0	90,0
muito intenso	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

em que medida é que estes problemas médicos interferiram com o seu estilo de vida normal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	9	45,0	45,0	45,0
nada	3	15,0	15,0	60,0
pouco	2	10,0	10,0	70,0
moderadamente	2	10,0	10,0	80,0
bastante	3	15,0	15,0	95,0
muito	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

se tem alguma outra dor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	12	60,0	60,0	60,0
sim	6	30,0	30,0	90,0
não responde	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

se sim, por favor especifique

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não responde	15	75,0	75,0	75,0
coluna	3	15,0	15,0	90,0
ouvidos	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Descriptives

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std.
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
quantas horas por dia usa a sua prótese	20	7	17	13,70	,649	2,904
Valid N (listwise)	20					

Frequencies

Statistics

	horas assistência paga	horas assistência não remuneradas	num dia normal, quantas horas passa fora da cama	numa semana normal, quantos dias sai de casa e vai a algum lado	noites fora casa	no último ano, quantas noites passou fora de casa
N Valid	18	18	20	18	20	20
Missing	2	2	0	2	0	0

Statistics

		quantas horas por semana passa a trabalhar num trabalho remunerado	Ocupação	quantas horas por semana passa numa escola a estudar para obter um grau académico ou num programa de formação técnica acreditado	quantas horas por semana passa em actividades domésticas, incluindo cuidar dos filhos, tratar da lida da casa e preparar refeições	quantas horas por semana passa em actividades de manutenção do lar como jardinagem, reparações domésticas, ou melhoramentos em casa	quanto tempo por semana passa em actividades recreativas como desportos, exercício, jogar às cartas, ir ao cinema
N	Valid	20	6	20	20	20	20
	Missing	0	14	0	0	0	0

Statistics

		com quantas pessoas vive	alguma delas é companheiro (a)/cônjuge	das pessoas com quem vive, quantas são seus parentes	a quantos colegas de profissão ou sócios faz visitas, escreve ou telefona, pelo menos uma vez por mês	a quantos amigos faz visitas, telefona ou escreve pelo menos uma vez por mês
N	Valid	19	19	18	20	20
	Missing	1	1	2	0	0

Statistics

		com quantos desconhecidos iniciou uma conversa no último mês	valor do rendimento familiar total no último ano, para todos os membros da família no agregado	despesas de saúde não reembolsadas, do ano anterior
N	Valid	19	20	20
	Missing	1	0	0

Frequency Table

horas assistência paga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	17	85,0	94,4	94,4
	1	1	5,0	5,6	100,0
	Total	18	90,0	100,0	
Missing	System	2	10,0		
Total		20	100,0		

horas assistência não remuneradas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	14	70,0	77,8	77,8
	1	1	5,0	5,6	83,3
	3	1	5,0	5,6	88,9
	6	1	5,0	5,6	94,4
	24	1	5,0	5,6	100,0
	Total	18	90,0	100,0	
Missing	System	2	10,0		
Total		20	100,0		

num dia normal, quantas horas passa fora da cama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	5,0	5,0	5,0
	7	2	10,0	10,0	15,0
	8	1	5,0	5,0	20,0
	10	1	5,0	5,0	25,0
	12	2	10,0	10,0	35,0
	15	2	10,0	10,0	45,0
	16	8	40,0	40,0	85,0
	17	2	10,0	10,0	95,0
	18	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

numa semana normal, quantos dias sai de casa e vai a algum lado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	5,0	5,6	5,6
	2	1	5,0	5,6	11,1
	3	1	5,0	5,6	16,7
	6	1	5,0	5,6	22,2
	7	14	70,0	77,8	100,0
	Total	18	90,0	100,0	
Missing	System	2	10,0		
Total		20	100,0		

noitesforacasa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	7	35,0	35,0	35,0
20	13	65,0	65,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

no último ano, quantas noites passou fora de casa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nenhuma	8	40,0	40,0	40,0
cinco ou mais noites	12	60,0	60,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

quantas horas por semana passa a trabalhar num trabalho remunerado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	13	65,0	65,0	65,0
3	1	5,0	5,0	70,0
12	1	5,0	5,0	75,0
30	1	5,0	5,0	80,0
35	2	10,0	10,0	90,0
38	1	5,0	5,0	95,0
40	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Ocupação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid escritório	1	5,0	16,7	16,7
Banco	1	5,0	16,7	33,3
Professor	1	5,0	16,7	50,0
Ministério	1	5,0	16,7	66,7
Electricista	1	5,0	16,7	83,3
Técnico desporto	1	5,0	16,7	100,0
Total	6	30,0	100,0	
Missing System	14	70,0		
Total	20	100,0		

quantas horas por semana passa numa escola a estudar para obter um grau académico ou num programa de formação técnica acreditado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	19	95,0	95,0	95,0
14	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

quantas horas por semana passa em actividades domésticas, incluindo cuidar dos filhos, tratar da lida da casa e preparar refeições

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	65,0	65,0	65,0
	1	1	5,0	5,0	70,0
	2	1	5,0	5,0	75,0
	3	2	10,0	10,0	85,0
	5	1	5,0	5,0	90,0
	7	1	5,0	5,0	95,0
	16	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

quantas horas por semana passa em actividades de manutenção do lar como jardinagem, reparações domésticas, ou melhoramentos em casa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	60,0	60,0	60,0
	1	3	15,0	15,0	75,0
	2	1	5,0	5,0	80,0
	5	1	5,0	5,0	85,0
	8	1	5,0	5,0	90,0
	10	1	5,0	5,0	95,0
	24	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

quanto tempo por semana passa em actividades recreativas como desportos, exercício, jogar às cartas, ir ao cinema

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	45,0	45,0	45,0
	1	1	5,0	5,0	50,0
	2	1	5,0	5,0	55,0
	3	2	10,0	10,0	65,0
	6	1	5,0	5,0	70,0
	7	1	5,0	5,0	75,0
	8	1	5,0	5,0	80,0
	10	1	5,0	5,0	85,0
	12	1	5,0	5,0	90,0
	30	1	5,0	5,0	95,0
	51	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

com quantas pessoas vive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	5,0	5,3	5,3
	1	7	35,0	36,8	42,1
	2	5	25,0	26,3	68,4
	3	5	25,0	26,3	94,7
	7	1	5,0	5,3	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Missing	System	1	5,0		
Total		20	100,0		

alguma delas é companheiro(a)/cônjuge

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	19	95,0	100,0	100,0
Missing	System	1	5,0		
Total		20	100,0		

das pessoas com quem vive, quantas são seus parentes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	8	40,0	44,4	44,4
	2	7	35,0	38,9	83,3
	3	2	10,0	11,1	94,4
	7	1	5,0	5,6	100,0
	Total	18	90,0	100,0	
Missing	System	2	10,0		
Total		20	100,0		

a quantos colegas de profissão ou sócios faz visitas, escreve ou telefona, pelo menos uma vez por mês

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	8	40,0	40,0	40,0
	1	1	5,0	5,0	45,0
	2	2	10,0	10,0	55,0
	3	1	5,0	5,0	60,0
	4	1	5,0	5,0	65,0
	5	3	15,0	15,0	80,0
	6	1	5,0	5,0	85,0
	10	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

a quantos amigos faz visitas, telefona ou escreve pelo menos uma vez por mês

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	6	30,0	30,0	30,0
1	3	15,0	15,0	45,0
2	3	15,0	15,0	60,0
5	3	15,0	15,0	75,0
6	1	5,0	5,0	80,0
10	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

com quantos desconhecidos iniciou uma conversa no último mês

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nenhum	10	50,0	52,6	52,6
um ou dois	6	30,0	31,6	84,2
três a cinco	1	5,0	5,3	89,5
seis ou mais vezes	2	10,0	10,5	100,0
Total	19	95,0	100,0	
Missing System	1	5,0		
Total	20	100,0		

valor do rendimento familiar total no último ano, para todos os membros da família no agregado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não sabe/não responde	6	30,0	30,0	30,0
menos de 4200 euros por ano	2	10,0	10,0	40,0
de 8400 a 9000 euros por ano	1	5,0	5,0	45,0
de 10500 a 14000 euros por ano	5	25,0	25,0	70,0
de 14000 a 16800 euros por ano	1	5,0	5,0	75,0
acima de 16800 euros por ano	5	25,0	25,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

despesas de saúde não reembolsadas, do ano anterior

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não sabe/não responde	4	20,0	20,0	20,0
menos de 250 euros	2	10,0	10,0	30,0
menos de 500 euros	4	20,0	20,0	50,0
menos de 1000 euros	6	30,0	30,0	80,0
menos de 2000 euros	2	10,0	10,0	90,0
acima de 2000 euros	2	10,0	10,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
horas assistência paga	18	0	1	,06	,236
horas assistência não remuneradas	18	0	24	1,89	5,728
num dia normal, quantas horas passa fora da cama	20	5	18	13,55	3,993
numa semana normal, quantos dias sai de casa e vai a algum lado	18	0	7	6,06	2,100
quantas horas por semana passa a trabalhar num trabalho remunerado	20	0	40	9,63	15,655
quantas horas por semana passa numa escola a estudar para obter um grau académico ou num programa de formação técnica acreditado	20	0	14	,70	3,130
quantas horas por semana passa em actividades domésticas, incluindo cuidar dos filhos, tratar da lida da casa e preparar refeições	20	0	16	1,85	3,870
quantas horas por semana passa em actividades de manutenção do lar como jardinagem, reparações domésticas, ou melhoramentos em casa	20	0	24	2,60	5,789
quanto tempo por semana passa em actividades recreativas como desportos, exercício, jogar às cartas, ir ao cinema	20	0	51	6,65	12,634
a quantos colegas de profissão ou sócios faz visitas, escreve ou telefona, pelo menos uma vez por mês	20	0	10	3,15	3,602
a quantos amigos faz visitas, telefona ou escreve pelo menos uma vez por mês	20	0	10	3,50	3,846
Valid N (listwise)	15				

Statistics

		escalapsicos socialtotal	escalarestri çãoactivida destotal	escalasati sfaçãoprot esetotal
N	Valid	20	20	20
	Missing	0	0	0
Mean		49,10	10,55	34,20
Std. Deviation		9,689	5,042	7,396
Minimum		32	1	18
Maximum		66	20	43

escalapsicossocialtotal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	32	2	10,0	10,0	10,0
	35	1	5,0	5,0	15,0
	40	1	5,0	5,0	20,0
	41	1	5,0	5,0	25,0
	42	1	5,0	5,0	30,0
	46	1	5,0	5,0	35,0
	48	2	10,0	10,0	45,0
	49	1	5,0	5,0	50,0
	52	1	5,0	5,0	55,0
	53	2	10,0	10,0	65,0
	54	1	5,0	5,0	70,0
	56	2	10,0	10,0	80,0
	57	1	5,0	5,0	85,0
	61	2	10,0	10,0	95,0
	66	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

escalarestriçãoactividadestotal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	5,0	5,0	5,0
	3	1	5,0	5,0	10,0
	5	1	5,0	5,0	15,0
	6	1	5,0	5,0	20,0
	7	1	5,0	5,0	25,0
	8	2	10,0	10,0	35,0
	9	2	10,0	10,0	45,0
	10	1	5,0	5,0	50,0
	11	2	10,0	10,0	60,0
	13	4	20,0	20,0	80,0
	14	1	5,0	5,0	85,0
	18	1	5,0	5,0	90,0
	19	1	5,0	5,0	95,0
	20	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

escalasatisfaçãoprotresetotal

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18	1	5,0	5,0	5,0
19	1	5,0	5,0	10,0
24	1	5,0	5,0	15,0
28	1	5,0	5,0	20,0
30	1	5,0	5,0	25,0
31	2	10,0	10,0	35,0
34	2	10,0	10,0	45,0
35	1	5,0	5,0	50,0
37	1	5,0	5,0	55,0
38	1	5,0	5,0	60,0
39	2	10,0	10,0	70,0
40	1	5,0	5,0	75,0
41	4	20,0	20,0	95,0
43	1	5,0	5,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Statistics

	Ajustamen togeral	Ajustamen tosocial	Ajustamento limitação
N Valid	20	20	20
Missing	0	0	0
Mean	16,75	19,10	13,25
Std. Deviation	4,789	2,954	4,506
Minimum	7	13	6
Maximum	22	25	23

Statistics

	Competênci asatléticas	Competência sfuncionais	Competênci associais
N Valid	20	20	20
Missing	0	0	0
Mean	6,10	3,05	1,40
Std. Deviation	1,832	2,373	1,957
Minimum	1	0	0
Maximum	8	7	7

Statistics

	Satisfação estétic	Satisfação peso	Satisfação of uncional
N Valid	20	20	20
Missing	0	0	0
Mean	13,15	3,25	17,80
Std. Deviation	2,498	,967	4,549
Minimum	8	1	7
Maximum	16	4	23

Statistics

		Resultado i ndfísica	Resultado m obilidade	Cotação o upação	Resultado integ rações social
N	Valid	17	18	20	19
	Missing	3	2	0	1
Mean		92,71	91,28	40,63	59,32
Std. Deviation		23,590	18,048	42,161	19,342
Minimum		4	36	0	25
Maximum		100	100	100	99

Summarize

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Case Processing Summary^a

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
escalapsicossocialtotal * tempoprótese	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
escalarestriçãoactividades total * tempoprótese	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
escalasatisfaçãoproteseto tal * tempoprótese	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
Resultadoindfísica * tempoprótese	17	85,0%	3	15,0%	20	100,0%
Resultadomobibilidade * tempoprótese	18	90,0%	2	10,0%	20	100,0%
Cotaçãoocupação * tempoprótese	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
Resultadointegraçãoosocial * tempoprótese	19	95,0%	1	5,0%	20	100,0%

a. Limited to first 100 cases.

Case Summaries^a

				escalapsicos socialtotal	escalarestri çãoactivida destotal	escalasati sfaçãoprot esetotal
tempoprótese	não responde	1		32	14	34
		Total	N	1	1	1
			Mean	32,00	14,00	34,00
			Minimum	32	14	34
			Maximum	32	14	34
		Std. Deviation	.	.	.	
	menos de um ano	1		48	13	31
		2		53	10	43
		3		40	19	30
		Total	N	3	3	3
			Mean	47,00	14,00	34,67
			Minimum	40	10	30
			Maximum	53	19	43
		Std. Deviation	6,557	4,583	7,234	
	de um a 5 anos	1		52	13	31
		2		61	8	41
		3		57	6	39
		4		46	11	35
		5		54	9	41
		6		56	13	34
7			61	7	41	
8			41	18	19	
9			56	1	41	
10			49	5	37	
11			48	9	39	
Total		N	11	11	11	
	Mean	52,82	9,09	36,18		
	Minimum	41	1	19		
	Maximum	61	18	41		
	Std. Deviation	6,306	4,592	6,615		
5	1		53	8	38	
	2		66	3	40	
	3		32	11	28	
	4		35	13	24	
	5		42	20	18	
	Total	N	5	5	5	
		Mean	45,60	11,00	29,60	
	Minimum	32	3	18		
	Maximum	66	20	40		
	Std. Deviation	13,975	6,285	9,317		
Total	N		20	20	20	
	Mean		49,10	10,55	34,20	
	Minimum		32	1	18	
	Maximum		66	20	43	
	Std. Deviation		9,689	5,042	7,396	

Case Summaries^a

				Resultado i ndfísica	Resultado m obilidade
tempoprótese	não responde	1		.	93
		Total	N		1
			Mean		93,00
			Minimum		93
			Maximum		93
		Std. Deviation		.	
	menos de um ano	1		100	100
		2		96	100
		3		100	51
		Total	N	3	3
			Mean	98,67	83,67
			Minimum	96	51
		Maximum	100	100	
		Std. Deviation	2,309	28,290	
	de um a 5 anos	1		100	100
		2		100	97
		3		100	97
4			76	100	
5			100	100	
6			100	90	
7			100	100	
8			4	100	
9			100	97	
10			100	100	
11			100	97	
	Total	N	11	11	
		Mean	89,09	98,00	
		Minimum	4	90	
		Maximum	100	100	
		Std. Deviation	29,125	3,033	
5	1		.	85	
	2		.	100	
	3		100	.	
	4		100	.	
	5		100	36	
	Total	N	3	3	
		Mean	100,00	73,67	
		Minimum	100	36	
		Maximum	100	100	
		Std. Deviation	,000	33,471	
Total		N	17	18	
		Mean	92,71	91,28	
		Minimum	4	36	
		Maximum	100	100	
		Std. Deviation	23,590	18,048	

Case Summaries^a

				Cotaçãooc upação	Resultadointeg raçãosocial
tempoprótese	não responde	1		0	51
		Total	N	1	1
			Mean	,00	50,50
			Minimum	0	51
			Maximum	0	51
			Std. Deviation	.	.
	menos de um ano	1		15	54
		2		68	53
		3		0	58
		Total	N	3	3
			Mean	27,50	55,00
			Minimum	0	53
	de um a 5 anos	2		66	93
		3		3	84
		4		0	65
		5		100	64
		6		20	25
		7		8	74
		8		46	74
		9		100	50
10			18	38	
11			100	67	
Total		N	11	11	
	Mean	50,57	61,00		
	Minimum	0	25		
	Maximum	100	93		
	Std. Deviation	42,933	20,996		
5	1		100	51	
	2		74	99	
	3		0	38	
	4		0	53	
	5		0	.	
	Total	N	5	4	
	Mean	34,75	60,13		
	Minimum	0	38		
	Maximum	100	99		
	Std. Deviation	48,480	26,734		
Total	N		20	19	
	Mean		40,63	59,32	
	Minimum		0	25	
	Maximum		100	99	
	Std. Deviation		42,161	19,342	

a. Limited to first 100 cases.

Summarize

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Case Processing Summary^a

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
escalapsicossocialtotal * dores fantasma	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
escalarestriçãoactividades total * dores fantasma	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
escalasatisfaçãoproteseto tal * dores fantasma	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%

a. Limited to first 100 cases.

Case Summaries^a

			escalapsicos socialtotal	escalarestri çãoactivida destotal	escalasati sfaçãoprot esetotal	
dores fantasma	não	1	61	7	41	
		2	53	8	38	
		3	56	1	41	
		4	49	5	37	
		5	48	9	39	
	sim	Total	N	5	5	5
			Mean	53,40	6,00	39,20
			Minimum	48	1	37
			Maximum	61	9	41
			Std. Deviation	5,320	3,162	1,789
			1	52	13	31
			2	61	8	41
			3	57	6	39
			4	46	11	35
			5	54	9	41
			6	48	13	31
			7	56	13	34
			8	53	10	43
			9	41	18	19
			10	66	3	40
	11	32	11	28		
	12	35	13	24		
	13	40	19	30		
	14	32	14	34		
	15	42	20	18		
Total	Total	N	15	15	15	
		Mean	47,67	12,07	32,53	
		Minimum	32	3	18	
		Maximum	66	20	43	
		Std. Deviation	10,513	4,667	7,836	
Total	Total	N	20	20	20	
		Mean	49,10	10,55	34,20	
		Minimum	32	1	18	
		Maximum	66	20	43	
		Std. Deviation	9,689	5,042	7,396	

a. Limited to first 100 cases.

Summarize

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Case Processing Summary^a

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Resultado indfísica * dores fantasma	17	85,0%	3	15,0%	20	100,0%
Resultado mobilidade * dores fantasma	18	90,0%	2	10,0%	20	100,0%
Cotação ocupação * dores fantasma	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
Resultado integração so- cial * dores fantasma	19	95,0%	1	5,0%	20	100,0%

a. Limited to first 100 cases.

Case Summaries^a

			Resultado indfísica	Resultado mobilidade	Cotação ocupação	Resultado integração social	
dores não fantasma	1		100	100	8	74	
	2		.	85	100	51	
	3		100	97	100	50	
	4		100	100	18	38	
	5		100	97	100	67	
	Total	N	4	5	5	5	
		Mean	100,00	95,80	65,00	55,70	
		Minimum	100	85	8	38	
		Maximum	100	100	100	74	
	sim	1		100	100	96	38
		2		100	97	66	93
		3		100	97	3	84
		4		76	100	0	65
		5		100	100	100	64
		6		100	100	15	54
7			100	90	20	25	
8			96	100	68	53	
9			4	100	46	74	
10			.	100	74	99	
11			100	.	0	38	
12			100	.	0	53	
13			100	51	0	58	
14			.	93	0	51	
15			100	36	0	.	
Total	N	13	13	15	14		
	Mean	90,46	89,54	32,50	60,61		
	Minimum	4	36	0	25		
	Maximum	100	100	100	99		
Total	N	17	18	20	19		
	Mean	92,71	91,28	40,63	59,32		
	Minimum	4	36	0	25		
	Maximum	100	100	100	99		

a. Limited to first 100 cases.

Summarize

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Case Processing Summary^a

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
escalapsicossocialtotal * tipoamputação	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
escalarestriçãoactividades total * tipoamputação	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
escalasatisfaçãoproteseto tal * tipoamputação	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%

a. Limited to first 100 cases.

Case Summaries^a

			escalapsicos socialtotal	escalarestri çãoactivida destotal	escalasati sfaçãoprot esetotal	
tipoamputação	abaixo do joelho	1	52	13	31	
		2	57	6	39	
		3	54	9	41	
		4	48	13	31	
		5	61	7	41	
		6	53	10	43	
		7	56	1	41	
		8	48	9	39	
		9	66	3	40	
		10	32	11	28	
		11	35	13	24	
		12	40	19	30	
		13	32	14	34	
		14	42	20	18	
	Total	N	14	14	14	
		Mean	48,29	10,57	34,29	
		Minimum	32	1	18	
		Maximum	66	20	43	
		Std. Deviation	10,723	5,388	7,539	
	acima do joelho	1	61	8	41	
		2	56	13	34	
		3	49	5	37	
		Total	N	3	3	3
			Mean	55,33	8,67	37,33
			Minimum	49	5	34
	Maximum	61	13	41		
		Std. Deviation	6,028	4,041	3,512	
	outro	1	46	11	35	
		2	41	18	19	
		3	53	8	38	
		Total	N	3	3	3
			Mean	46,67	12,33	30,67
			Minimum	41	8	19
	Maximum	53	18	38		
		Std. Deviation	6,028	5,132	10,214	
Total		N	20	20	20	
		Mean	49,10	10,55	34,20	
		Minimum	32	1	18	
		Maximum	66	20	43	
		Std. Deviation	9,689	5,042	7,396	

a. Limited to first 100 cases.

Summarize

[DataSet1] C:\Programas\SPSS\mestrado corrigido.sav

Case Processing Summary^a

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Resultadoindfísica * tipoamputação	17	85,0%	3	15,0%	20	100,0%
Resultadomobildade * tipoamputação	18	90,0%	2	10,0%	20	100,0%
Cotaçãoocupação * tipoamputação	20	100,0%	0	,0%	20	100,0%
Resultadointegraçãoso cial * tipoamputação	19	95,0%	1	5,0%	20	100,0%

a. Limited to first 100 cases.

Case Summaries^a

			Resultado ndfísica	Resultado mobilidade	
tipoamputação	abaixo do joelho	1	100	100	
		2	100	97	
		3	100	100	
		4	100	100	
		5	100	100	
		6	96	100	
		7	100	97	
		8	100	97	
		9	.	100	
		10	100	.	
		11	100	.	
		12	100	51	
		13	.	93	
		14	100	36	
	Total	N	12	12	
		Mean	99,67	89,25	
		Minimum	96	36	
		Maximum	100	100	
		Std. Deviation	1,155	21,714	
	acima do joelho	1	100	97	
		2	100	90	
		3	100	100	
		Total	N	3	3
			Mean	100,00	95,67
			Minimum	100	90
		Maximum	100	100	
		Std. Deviation	,000	5,132	
	outro	1	76	100	
		2	4	100	
		3	.	85	
		Total	N	2	3
			Mean	40,00	95,00
			Minimum	4	85
		Maximum	76	100	
		Std. Deviation	50,912	8,660	
Total		N	17	18	
		Mean	92,71	91,28	
		Minimum	4	36	
		Maximum	100	100	
		Std. Deviation	23,590	18,048	

Case Summaries^a

			Cotação de upação	Resultado de integração social
tipo amputação abaixo do joelho	1		96	38
	2		3	84
	3		100	64
	4		15	54
	5		8	74
	6		68	53
	7		100	50
	8		100	67
	9		74	99
	10		0	38
	11		0	53
	12		0	58
	13		0	51
	14		0	.
Total	N	14	13	
	Mean	40,18	60,12	
	Minimum	0	38	
	Maximum	100	99	
	Std. Deviation	45,528	17,401	
acima do joelho	1		66	93
	2		20	25
	3		18	38
	Total	N	3	3
		Mean	34,58	52,00
		Minimum	18	25
	Maximum	66	93	
	Std. Deviation	27,453	36,097	
outro	1		0	65
	2		46	74
	3		100	51
	Total	N	3	3
		Mean	48,75	63,17
	Minimum	0	51	
	Maximum	100	74	
	Std. Deviation	50,047	11,857	
Total	N	20	19	
	Mean	40,63	59,32	
	Minimum	0	25	
	Maximum	100	99	
	Std. Deviation	42,161	19,342	

a. Limited to first 100 cases.

Correlations

Correlations

		escalapsicosocialtotal	escalarestriçãoactividadestotal	escalasatisfaçãoprotese total	Resultadoindfísica
escalapsicosocialtotal	Pearson Correlation	1	-,652**	,692**	,249
	Sig. (2-tailed)		,002	,001	,336
	N	20	20	20	17
escalarestriçãoactividadestotal	Pearson Correlation	-,652**	1	-,799**	-,356
	Sig. (2-tailed)	,002		,000	,161
	N	20	20	20	17
escalasatisfaçãoprotese total	Pearson Correlation	,692**	-,799**	1	,451
	Sig. (2-tailed)	,001	,000		,069
	N	20	20	20	17
Resultadoindfísica	Pearson Correlation	,249	-,356	,451	1
	Sig. (2-tailed)	,336	,161	,069	
	N	17	17	17	17
Resultadomobilidade	Pearson Correlation	,415	-,616**	,571*	-,162
	Sig. (2-tailed)	,086	,007	,013	,565
	N	18	18	18	15
Cotaçãoocupação	Pearson Correlation	,501*	-,434	,463*	-,003
	Sig. (2-tailed)	,024	,056	,040	,990
	N	20	20	20	17
Resultadointegraçãosocial	Pearson Correlation	,444	-,270	,267	-,255
	Sig. (2-tailed)	,057	,263	,269	,340
	N	19	19	19	16

Correlations

		Resultadomobidade	Cotaçãoocupação	Resultadointegração social
escalapsicossocialtotal	Pearson Correlation	,415	,501*	,444
	Sig. (2-tailed)	,086	,024	,057
	N	18	20	19
escalarestriçãoactividadestotal	Pearson Correlation	-,616**	-,434	-,270
	Sig. (2-tailed)	,007	,056	,263
	N	18	20	19
escalasatisfaçãoprotesetotal	Pearson Correlation	,571*	,463*	,267
	Sig. (2-tailed)	,013	,040	,269
	N	18	20	19
Resultadoindfísica	Pearson Correlation	-,162	-,003	-,255
	Sig. (2-tailed)	,565	,990	,340
	N	15	17	16
Resultadomobidade	Pearson Correlation	1	,355	,155
	Sig. (2-tailed)		,149	,553
	N	18	18	17
Cotaçãoocupação	Pearson Correlation	,355	1	,120
	Sig. (2-tailed)	,149		,625
	N	18	20	19
Resultadointegração social	Pearson Correlation	,155	,120	1
	Sig. (2-tailed)	,553	,625	
	N	17	19	19

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

Correlations

		Ajustamen togerai	Ajustamen tosocial	Ajustamento limitação	Competênci asatléticas
Ajustamentogeral	Pearson Correlation	1	,627**	,449*	-,387
	Sig. (2-tailed)		,003	,047	,092
	N	20	20	20	20
Ajustamentosocial	Pearson Correlation	,627**	1	,180	-,070
	Sig. (2-tailed)	,003		,448	,769
	N	20	20	20	20
Ajustamentolimitação	Pearson Correlation	,449*	,180	1	-,513*
	Sig. (2-tailed)	,047	,448		,021
	N	20	20	20	20
Competênciasatléticas	Pearson Correlation	-,387	-,070	-,513*	1
	Sig. (2-tailed)	,092	,769	,021	
	N	20	20	20	20
Competênciasfuncionais	Pearson Correlation	-,684**	-,489*	-,592**	,544*
	Sig. (2-tailed)	,001	,029	,006	,013
	N	20	20	20	20
Competênciassociais	Pearson Correlation	-,404	-,153	-,185	,355
	Sig. (2-tailed)	,077	,520	,435	,124
	N	20	20	20	20
Satisfaçãoestética	Pearson Correlation	,769**	,511*	,371	-,383
	Sig. (2-tailed)	,000	,021	,108	,096
	N	20	20	20	20
Satisfação peso	Pearson Correlation	,605**	,433	,263	-,342
	Sig. (2-tailed)	,005	,056	,263	,140
	N	20	20	20	20
Satisfação funcional	Pearson Correlation	,693**	,381	,342	-,414
	Sig. (2-tailed)	,001	,097	,141	,069
	N	20	20	20	20
Resultado ind física	Pearson Correlation	,114	-,144	,503*	-,295
	Sig. (2-tailed)	,663	,581	,040	,251
	N	17	17	17	17
Resultado mobilidade	Pearson Correlation	,595**	,457	-,008	-,272
	Sig. (2-tailed)	,009	,057	,975	,275
	N	18	18	18	18
Resultado integração socia l	Pearson Correlation	,249	,545*	,377	,046
	Sig. (2-tailed)	,304	,016	,112	,850
	N	19	19	19	19
Cotação ocupação	Pearson Correlation	,596**	,240	,287	-,370
	Sig. (2-tailed)	,006	,308	,219	,108
	N	20	20	20	20

Correlations

		Competência sfuncionais	Competênci associais	Satisfação estética	Satisfação peso
Ajustamentogeral	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,684** ,001 20	-,404 ,077 20	,769** ,000 20	,605** ,005 20
Ajustamentosocial	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,489* ,029 20	-,153 ,520 20	,511* ,021 20	,433 ,056 20
Ajustamentolimitação	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,592** ,006 20	-,185 ,435 20	,371 ,108 20	,263 ,263 20
Competênciasatléticas	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,544* ,013 20	,355 ,124 20	-,383 ,096 20	-,342 ,140 20
Competênciasfuncionais	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 ,008 20	,573** ,008 20	-,667** ,001 20	-,763** ,000 20
Competênciasassociais	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,573** ,008 20	1 ,008 20	-,540* ,014 20	-,362 ,117 20
Satisfaçãoestética	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,667** ,001 20	-,540* ,014 20	1 ,000 20	,725** ,000 20
Satisfação peso	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,763** ,000 20	-,362 ,117 20	,725** ,000 20	1 ,000 20
Satisfaçãofuncional	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,799** ,000 20	-,712** ,000 20	,735** ,000 20	,754** ,000 20
Resultadoindfísica	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,413 ,099 17	-,148 ,571 17	,497* ,042 17	,496* ,043 17
Resultadomobilidade	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,408 ,093 18	-,850** ,000 18	,563* ,015 18	,263 ,291 18
Resultadointegraçãosocia l	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,489* ,034 19	-,120 ,625 19	,053 ,831 19	,377 ,112 19
Cotaçãoocupação	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,340 ,143 20	-,359 ,120 20	,421 ,065 20	,283 ,226 20

Correlations

		Satisfaçãofuncional	Resultadoindfísica	Resultadomobibilidade
Ajustamentogeral	Pearson Correlation	,693**	,114	,595**
	Sig. (2-tailed)	,001	,663	,009
	N	20	17	18
Ajustamentosocial	Pearson Correlation	,381	-,144	,457
	Sig. (2-tailed)	,097	,581	,057
	N	20	17	18
Ajustamentolimitação	Pearson Correlation	,342	,503*	-,008
	Sig. (2-tailed)	,141	,040	,975
	N	20	17	18
Competênciasatléticas	Pearson Correlation	-,414	-,295	-,272
	Sig. (2-tailed)	,069	,251	,275
	N	20	17	18
Competênciasfuncionais	Pearson Correlation	-,799**	-,413	-,408
	Sig. (2-tailed)	,000	,099	,093
	N	20	17	18
Competências sociais	Pearson Correlation	-,712**	-,148	-,850**
	Sig. (2-tailed)	,000	,571	,000
	N	20	17	18
Satisfaçãoestética	Pearson Correlation	,735**	,497*	,563*
	Sig. (2-tailed)	,000	,042	,015
	N	20	17	18
Satisfação peso	Pearson Correlation	,754**	,496*	,263
	Sig. (2-tailed)	,000	,043	,291
	N	20	17	18
Satisfação funcional	Pearson Correlation	1	,373	,554*
	Sig. (2-tailed)		,141	,017
	N	20	17	18
Resultado indfísica	Pearson Correlation	,373	1	-,162
	Sig. (2-tailed)	,141		,565
	N	17	17	15
Resultadomobibilidade	Pearson Correlation	,554*	-,162	1
	Sig. (2-tailed)	,017	,565	
	N	18	15	18
Resultado integração social	Pearson Correlation	,325	-,255	,155
	Sig. (2-tailed)	,175	,340	,553
	N	19	16	17
Cotação ocupação	Pearson Correlation	,461*	-,003	,355
	Sig. (2-tailed)	,041	,990	,149
	N	20	17	18

Correlations

		Resultado integ ração social	Cotação oc upação
Ajustamento geral	Pearson Correlation	,249	,596**
	Sig. (2-tailed)	,304	,006
	N	19	20
Ajustamento social	Pearson Correlation	,545*	,240
	Sig. (2-tailed)	,016	,308
	N	19	20
Ajustamento limitação	Pearson Correlation	,377	,287
	Sig. (2-tailed)	,112	,219
	N	19	20
Competências atléticas	Pearson Correlation	,046	-,370
	Sig. (2-tailed)	,850	,108
	N	19	20
Competências funcionais	Pearson Correlation	-,489*	-,340
	Sig. (2-tailed)	,034	,143
	N	19	20
Competências sociais	Pearson Correlation	-,120	-,359
	Sig. (2-tailed)	,625	,120
	N	19	20
Satisfação estética	Pearson Correlation	,053	,421
	Sig. (2-tailed)	,831	,065
	N	19	20
Satisfação peso	Pearson Correlation	,377	,283
	Sig. (2-tailed)	,112	,226
	N	19	20
Satisfação funcional	Pearson Correlation	,325	,461*
	Sig. (2-tailed)	,175	,041
	N	19	20
Resultado indfísica	Pearson Correlation	-,255	-,003
	Sig. (2-tailed)	,340	,990
	N	16	17
Resultado mobilidade	Pearson Correlation	,155	,355
	Sig. (2-tailed)	,553	,149
	N	17	18
Resultado integração social	Pearson Correlation	1	,120
	Sig. (2-tailed)		,625
	N	19	19
Cotação ocupação	Pearson Correlation	,120	1
	Sig. (2-tailed)	,625	
	N	19	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).