

Dissertação de Mestrado

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**BARREIRAS E FACILITADORES NA  
ADAPTAÇÃO À PRÓTESE EM PESSOAS AMPUTADAS  
A MEMBROS INFERIORES**

Ana Isabel Barata Marques

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo Comportamental e Integrativa

2018/2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**BARREIRAS E FACILITADORES NA  
ADAPTAÇÃO À PRÓTESE EM PESSOAS AMPUTADAS  
A MEMBROS INFERIORES**

**Ana Isabel Barata Marques**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo Comportamental e Integrativa**

**2018/2019**

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram, nas suas mais variadas formas, para que esta dissertação pudesse ser concretizada.

- Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista, pelo acompanhamento e pela orientação, que me deu ao longo de todo esse processo. Sem a sua colaboração, devido à sensibilidade do tema, e dificuldade de acesso à população em estudo, a investigação não seria possível.

- À Direção do Alcoitão, por me permitir recolher na Instituição.

- À Doutora Elisabete Calisto, por prontamente, ter sido uma ponte de ligação entre mim, e as entidades responsáveis pela aprovação de estudos no centro de Alcoitão.

- À Doutora Cláudia Rodrigues, por ter sido incansável ao longo de todo o processo de aprovação do estudo, e pelo apoio dado ao longo de toda a recolha de dados no centro.

- Ao Engenheiro Tiago Robalo, por me ajudar em todo o processo de seleção de participantes.

- De uma forma geral, por não poder dirigir-me individualmente a cada um, gostaria de agradecer a todos os membros integrantes, da Unidade de Ortoprotesia do Alcoitão, e, às restantes pessoas com quem contactei dentro da instituição, pelo acolhimento, simpatia e disponibilidade em ajudar.

- Um agradecimento especial, a todos aqueles que despenderam um pouco do seu tempo, para participar neste estudo, partilhando um pouco da sua história, e das suas vivências, no processo de adaptação à prótese.

- Finalmente, gostaria de agradecer aos meus pais, por me terem apoiado nesta etapa do meu percurso académico, e por me transmitiram que, as ferramentas para o sucesso, são muita paixão e trabalho árduo.

## Resumo

O presente estudo pretende, investigar na perspetiva da pessoa amputada a membros inferiores, quais as principais barreiras e facilitadores, na adaptação ao uso da prótese.

É um estudo descritivo, de carácter exploratório, que segue uma abordagem qualitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas a dez pessoas amputadas a membros inferiores, e posteriormente, foi feita análise temática no *NVivo Pro 12*.

Os facilitadores mais identificados foram a motivação, a aceitação da condição, e o apoio, principalmente dos profissionais de saúde. As principais barreiras reportadas foram as variáveis técnicas da prótese, com especial destaque para as condições do coto e os materiais, o pensamento derrotista, o preconceito e a restrição de atividades.

Os resultados encontrados, foram todos de encontro a literatura já existente, embora, não se tenha encontrado estudos que, procurassem estudar diretamente, a relação entre barreiras e facilitadores, e adaptação à prótese. É este o carácter mais inovador do presente estudo.

**Palavras Chave:** Barreiras; Facilitadores; Adaptação; Prótese; Amputados; Membros Inferiores.

# Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	9
<b>1.1. Amputação a membros inferiores</b> .....	9
1.1.1. <i>Definição</i> .....	9
<b>1.2. Importância da adaptação à prótese</b> .....	9
1.2.1. <i>Crescente prevalência da amputação</i> .....	9
1.2.2. <i>Taxas de uso de prótese</i> .....	10
1.2.3. <i>Benefícios do uso de prótese</i> .....	10
<b>1.3. Fatores físicos e demográficos associados ao ajuste psicológico à amputação, e ao uso da Prótese</b> .....	12
1.3.1. <i>Dor (dor do membro fantasma e dor do coto)</i> .....	12
1.3.2. <i>Nível da amputação, co-morbilidades, e tempo após a amputação</i> .....	12
1.3.3. <i>Idade e género</i> .....	13
<b>1.4. Ajustamento psicológico à amputação</b> .....	13
1.4.1. <i>Mudança na imagem corporal</i> .....	13
1.4.2. <i>Depressão e ansiedade</i> .....	14
1.4.3. <i>Desconforto social e preconceito</i> .....	14
<b>1.5. Aspetos que dificultam o uso de prótese em pacientes amputados</b> .....	15
<b>1.6. Aspetos que facilitam o uso de prótese em pacientes amputados</b> .....	16
<b>2. Métodos</b> .....	19
2.1. <i>Guião da entrevista</i> .....	19
2.2. <i>Procedimento</i> .....	19
2.3. <i>Participantes</i> .....	20
2.4. <i>Análise de dados</i> .....	20
<b>3. Resultados</b> .....	21
<b>3.1. Barreiras</b> .....	21
3.1.1. <i>Prótese</i> .....	21
3.1.1.1. <i>Variáveis psicológicas negativas</i> .....	21
3.1.1.2. <i>Variáveis técnicas</i> .....	22

3.1.2. Ambientais.....	22
3.1.3. Sociais.....	23
3.2. Facilitadores.....	24
3.2.1. Psicológicos.....	24
3.2.2. Apoio.....	26
3.2.3. Prótese.....	27
3.2.3.1. Variáveis psicológicas positivas.....	27
4. Discussão.....	29
5. Limitações.....	36
6. Implicações clínicas.....	36
6.1. Implicações para a intervenção.....	36
6.1.1. Momentos para a intervenção.....	37
6.2. Treino de profissionais.....	37
7. Conclusão.....	38
8. Referências.....	40
9. Anexos.....	45
8.1. Anexo A- Tabela do Guião da Entrevista.....	46
8.2. Anexo B- Consentimento Informado entre aos participantes.....	49
8.3. Anexo C- Tabela de Dados Demográficos.....	51
8.4. Anexo D- <i>Verbatim</i> da Entrevista da Participante 9.....	54

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo A-</b> Tabela do Guião da Entrevista.....	41
<b>Anexo B-</b> Consentimento Informado entregue aos participantes.....	45
<b>Anexo C-</b> Tabela de Dados Demográficos.....	47
<b>Anexo D-</b> <i>Verbatim</i> da Entrevista da Participante 9.....	50

## Enquadramento Teórico

A amputação de membros, apesar de ser, uma das limitações mais prevalentes, tem sido largamente invisível ao público em geral, devido aos avanços tecnológicos nas próteses. (Rybarczyk, Behel & Szymanski, 2010). Embora tal tecnologia seja bem-vinda, e estimulante -devido ao seu potencial de reabilitação- é importante que seja dada atenção, aos problemas psicossociais que podem afetar a reabilitação física (Williamson, Schulz, Bridges & Behan, 1994, citado por Desmond & MacLachlan, 2002)

A amputação de um membro é um fenómeno físico irrevogável, que pode apresentar grandes desafios físicos, ou psicossociais, sendo o, desafio mais imediato a aquisição de um membro artificial, e a aprendizagem do seu uso (Gallagher & MacLachlan, 2000; 2001) Fatores físicos, como o nível da amputação, influenciam o uso da prótese, pois à medida que o nível da amputação aumenta, a força física necessária para manobrá-la aumenta também (Horgan & Maclachlan, 2004). Isto, acontece especialmente por duas razões: devido ao aumento do peso da própria prótese, e à diminuição de músculos e articulações, que por sua vez, dificultam o controlo motor. Da mesma forma, o aumento do nível de amputação diminui a utilidade da prótese (Hagberg, Berlin & Renstrom, 1992). Outros fatores, como os relacionados com a dor, ou o tempo após a amputação (Atherton, 2002; Horgan & Maclachlan, 2004; Rybarczyk et al., 2010) têm sido investigados, podendo também interferir com a adaptação física da pessoa à prótese.

A amputação, em contraste com outras doenças físicas, tem sido votada a uma quase insignificância, no que se refere ao estudo dos aspetos psicológicos (Oliveira, 2001). Assim, a grande maioria dos estudos estão preocupados com o ajustamento físico da prótese, e de fatores físicos, que impedem e facilitam o processo de ajustamento (Pernot, Witte, Lindeman & Cluitmans, 1997). Gallagher e MacLachlan (2001) alertam para o facto, de a pesquisa psicossocial existente, se encontrar apenas focada no impacto emocional negativo- depressão, ansiedade, luto, desconforto social e imagem corporal (Belon & Vigoda, 2014; Fisher & Hansplan, 1998; Flannery & Faria, 1999; Oliveira, 2001; Parkes, 1975; Shukla, Sahu, Tripathi & Gupta, 1982; Wald & Alvaro, 2004) - que a amputação tem na vida da pessoa. Ainda assim, alguns autores dão ênfase ao impacto positivo, como o caso de certas estratégias de *coping* (Oaksfoard, Cuddihy & Frude, 2005), e atributos de personalidade.

Bergo e Prebianchi (2018), consideram que a área de atuação da Psicologia, com pessoas amputadas, tornou-se uma procura crescente. Fishman (1977) enfatiza o facto de que muitas vezes, “uma adaptação bem-sucedida à prótese está mais ligada à psicologia de quem a usa do que a qualquer problema físico” que possa existir. Esta é uma questão bastante proeminente, e que merece ser mais investigado, uma vez que, as taxas de “uso bem-sucedido da prótese”, variam consideravelmente. Sendo que, a restrição de atividade e a depressão estão interligadas, o uso de uma prótese pode ser uma ferramenta importante para mediar a deficiência, e o bem-estar emocional. (Horgan & Machlachlan, 2004). Assim sendo, é necessário procurar soluções, e ter em conta que recentemente tem sido debatido, que apenas quando, os problemas psicológicos são resolvidos, é que os amputados são capazes de beneficiar completamente dos benefícios da prótese, e reconstruir a sua vida a partir desse ponto, recuperando autoestima. (English, 1989, citado por, Atherton, 2002)

Há semelhança de outros estudos, como é o caso de Gallagher e Maclachlan (2001), pretende-se investigar na perspetiva do próprio, quais as suas vivências relativamente ao processo de amputação e de adaptação à prótese. Embora existam estudos recentes acerca de barreiras e facilitadores (Batten, Lamontb, Kuysc, McPhailde & Mandrusiaks, 2019; Naidoo & Ennion, 2018), a grande maioria foca-se na temática da adesão e prática de atividades físicas em amputados. (Bragaru et al., 2013; Littman, Bouldin & Haselkorn, 2017; Washington & Williams, 2014) Assim, considera-se que existe pertinência, em estudar barreiras e facilitadores na adaptação à prótese, tendo em conta, os benefícios funcionais e psicológicos, que ela proporciona ao amputados.

# 1. Introdução

## 1.1. Amputação a membros inferiores

### *1.1.1. Definição*

A definição de amputação a membros inferiores pode ser entendida como congénita ou adquirida. (Oliveira, 2001) Assim sendo, na primeira o amputado já nasce sem parte ou a totalidade do membro, enquanto na segunda, refere-se à remoção completa- por trauma ou cirurgicamente (Silva, 2006) - e de forma permanente de parte dos membros inferiores. (Atherton, 2002)

A amputação pode ter múltiplas causas, no entanto, para Silva (2006) podemos caracterizar a sua etiologia dividindo em quatro grupos: 1) congénita; 2) derivadas de neoplasias, 3) provocada por doenças cardiovasculares e 4) traumáticas, sendo as doenças cardiovascular periférica, a causa primária de amputação em membros inferiores (Pernot et al., 1997)

A pessoa amputada pode ainda sofrer amputação a membros inferiores a diferentes níveis. A quantidade de membro que é amputada pode ser classificada como: acima do joelho, pelo joelho ou abaixo do joelho. (Gallagher & Maclachlan, 2001)

## 1.2. Importância da adaptação à prótese

### *1.2.1. Crescente prevalência da amputação*

Avaliar a prevalência desta problemática não é tarefa fácil, especialmente quando falamos de valores a nível nacional. Os autores Ziegler-Graham, MacKanzie, Ephraim, Trivison e Brookmeyer (2008), apontam a falta de um sistema nacional de vigilância para monitorizar a perda de membros, e as hospitalizações por amputação não identificadas, como dificuldades à estimação do incidente. Ainda assim, através da aplicação de um método, desenvolvido por Brookmeyer e Gary (2000), chegaram à conclusão que nos Estados Unidos da América, o número de pessoas a viver com a perda de um membro, vai aumentar de 1.6 milhões em 2005, para 3.6 milhões em 2050. Os autores concluem que, embora possa haver alguma incerteza associada à sua estimativa, é certo que o número de pessoas a viver com a perda de um membro, vai continuar a aumentar. Este aumento gradual da prevalência, é apoiado por outros autores (Grzebién et al., 2017; Schaffalitzky, Gallagher, Maclachlan & Ryall, 2011),

atribuindo-se a causa ao envelhecimento da população, e ao aumento das doenças relacionadas com o estilo de vida, como é o caso da diabetes e da doença vascular periférica. (Ziegler-Graham et al., 2008)

### ***1.2.2. Taxas de uso de prótese***

Após uma pessoa sofrer amputação de um membro inicia-se um processo de reabilitação, cujo um dos objetivos principais, é a adaptação bem-sucedida a uma prótese, e o uso da mesma para atingir mobilidade funcional. (Webster et al. 2012). No entanto, a reabilitação protésica é complexa e multifacetada, envolvendo tanto desafios físicos, como desafios psicossociais para o paciente, sendo que, nem todas as pessoas vão beneficiar de ter uma prótese e vão dominar o seu uso. (Schaffalitzky et al., 2011) Burger, Marincek e Isakov (1997), afirmam que as taxas de “uso bem-sucedido da prótese”, variam consideravelmente de quarenta seis, para noventa e seis por cento, sendo estas percentagens, semelhantes às apontadas por Schaffalitzky, Gallagher, Maclachlan e Ryall (2011), que reportam que o uso protésico, ronda variações na ordem dos quarenta e nove, e noventa e seis por cento. Collin e Collin (1995) vão mais longe, apontando para que apenas 31% dos amputados, devido a doenças vasculares, usem prótese em casa, ao final de cinco anos da amputação. Consequentemente, os resultados diferem de pessoa para pessoa, e não estão apenas focados nas horas de uso de prótese, ou outros indicadores físicos. (Schaffalitzky et al., 2011) Na realidade, uma determinada prótese pode funcionar para uma pessoa, pois, este sente que lhe permite manter certas funções corporais físicas, e papéis sociais, enquanto que a mesma prótese, pode criar incapacidade para outra, impedindo-o de completar as mesmas funções e papéis. (Desmond & Maclachlan, 2002)

### ***1.2.3 Benefícios do uso da prótese***

A amputação dos membros inferiores tem consequências extremas para o funcionamento diário. (Pernot et al., 1997) Embora, considerada como de bom prognóstico para o uso de prótese, o amputado pode apresentar importantes dificuldades de locomoção, transferência e trocas posturais, e ainda, presença de dor, no coto (membro residual) ou fantasma, baixa autoestima, medo e depressão. (Darnall et al., 2005; Pastre, Salioni, Oliveira, Micheletto & Júnior, 2005). Para além destas, surgem ainda outras problemáticas de caráter psicossocial, como a ansiedade (Horgan & Desmond, 2004), a vitimização (Rybarczyk et al., 2010), o isolamento (Belon & Vidoga, 2014), o luto (Shukla et al., 1982), as dificuldades matrimoniais e sexuais (Atherton, 2002; Rybarczyk, Behel & Szymanski, 2010), o desemprego (Atherton, 2002; Sinha, Heuvel & Arokiasamy, 2011), alterações em alguns parâmetros da

qualidade de vida (Adegoke, Kehinde, Okosile & Oyeyemi 2012; Sinha et al., 2011), estratégias de  *coping*  (Couture, Desrosiers & Caron, 2012) entre outras. A prótese, por sua vez, pode funcionar como ferramenta no melhoramento de alguns destes problemas.

Uma revisão de literatura de Horgan e Maclachlan (2004) destaca um estudo de Penninx, Leveille, Ferrucci, Eijk e Guralnik (1999), que afirma que a restrição de atividades e a depressão estão interligadas, enaltecendo que o uso da prótese pode ser uma ferramenta importante, e um mediador entre incapacidade, e bem-estar emocional. Também no ajustamento à alteração da imagem corporal após a amputação, a prótese pode agir como um apoio contra a ansiedade à imagem corporal. (Horgan e Maclachlan, 2004). Wittkower (1947, citado por Horgan e Maclachlan, 2004) sugeriu que, para além de necessidades funcionais, a prótese também atua como técnica, para esconder a amputação, e para restaurar sensação de um "normal", ou de imagem corporal "intacta" para a pessoa. Desmond e Maclachlan (2002), afirmam que os profissionais de saúde devem estar atentos, à potencial importância da relação de um amputado, com a sua prótese. Isto, porque, esta relação pode simbolizar como eles se relacionam com o mundo, uma vez que, a prótese pode ser vista, como um aspeto fisicamente investido, ou uma extensão do self.

Segundo Grzebién et al. (2017), a amputação de membros obriga o paciente a reconhecer o seu novo estilo de vida, a mudar de emprego, ou até a deixar de trabalhar por completo. Atherton (2002) afirma que a minoria que escapa ao desemprego, passa para empregos em que são necessárias menos capacidades, e conseqüentemente, o ordenado diminui. Segundo Sinha, Heuvel e Arokiasamy (2011) na sua investigação, cinquenta e dois por cento dos amputados, estiveram desempregados ao longo de todo o estudo, sendo que, oitenta estavam empregues antes da amputação, e oitenta e dois acreditavam esta ter sido a causa do despedimento. Isto pode dar início a problemas psicossociais, como pressão financeira, isolamento e perda de autoestima. (Atherton, 2002) Também Adegoke, et al., (2012) descobriram uma diferença significativa, entre os valores da perceção de qualidade de vida de amputados que usam prótese, e daqueles que não usam, nos domínios de saúde física, psicológica, ambiente, e saúde no geral. Assim, um melhor uso da prótese, tem sido associado a maiores níveis de funcionamento e independência, através do melhoramento do autocuidado e da mobilidade, assim como, perceção de melhor qualidade de vida e sucesso na empregabilidade. (Webster et al., 2012)

### **1.3. Fatores físicos e demográficos associados ao ajuste psicológico à amputação, e ao uso da Prótese**

#### ***1.3.1. Dor (dor do membro fantasma e dor do coto)***

A dor do membro fantasma pode ser definida como a sensação dolorosa na zona do membro amputado (Durmus et al., 2014). Nos adultos pode ser contínua ou episódica, sendo, mais frequentemente experienciada, nos primeiros 6 meses após a cirurgia, no entanto, nos casos em que se prolonga por mais tempo, torna-se crónica e particularmente difícil de tratar (Rybarczyk et al., 2010) Alguma investigação acerca da dor do membro fantasma e do sofrimento emocional, aponta para a ligação entre este primeiro e a ansiedade à imagem corporal. (Lindesay, 1985) Previsivelmente, a depressão é uma consequência emocional da dor no membro fantasma (Darnall et al., 2005; Rybarczyk et al., 2010).

O coto também denominado como membro residual, é considerado um novo membro, responsável pelo controle da prótese durante o ortostatismo e a deambulação (Pastre et al., 2005). Para tal, o coto deve ser adequado para a receção de prótese (Sinha, 2013). A dor no coto, ou dor residual, está relacionado com piores resultados na reabilitação e a sintomatologia depressiva (Rybarczyk et al., 2010). O impacto negativo da dor no coto na mobilidade, no processo de reabilitação, e na restrição de atividade, pode levar a que a pessoa fique frustrada, deprimida, e ou ansiosa. (Horgan & Desmond, 2004) Embora, nenhum estudo tenha examinado o efeito mediador da atividade, na dor do coto e na depressão, as descobertas acima parecem revelar que a dor no coto, restringe severamente a adaptação às novas limitações, e à mobilidade (Gallagher, Allen & Maclachlan, 2001).

#### ***1.3.2. Nível da amputação, co-morbilidades e tempo após a amputação***

Segundo Hagberg, Berlin e Renstrom (1992) o uso de prótese diminui à medida que o nível da amputação aumenta. Segundo os autores, uma amputação abaixo do joelho tem diversas facilidades de adaptação, nomeadamente a forma do coto permitir a suspensão simplificada da prótese, que consequentemente facilita a sua aplicação, comparativamente com próteses acima do joelho. Uma amputação de nível inferior também exige menos força, sendo esta a razão principal da sua relação com o uso de prótese. (Pinzur, Gold, Schwartz e Gross, 1992) Assim sendo, é consensual a importância da preservação do joelho nos membros a amputar, e do corte do mínimo de membro possível, para que fique o máximo de articulações, e músculos disponíveis para o controlo motor. (Silva, 2006) A reabilitação de amputações bilaterais a membros inferiores, é mais intensiva do que aquela dos amputados unilaterais.

(Pernot et al., 1997) A desarticulação do quadril, foi um nível imposto como, sendo, ineficiente para deambulação com prótese em termos de consumo de energia. (Umpierre & Tavares, 2017)

Segundo Umpierre e Tavares (2017) estudos qualificam a presença de inúmeras comorbidades, como um fator a ser analisado para a prescrição protética. Não é claro nos artigos, como as co-morbidades afetam negativamente na adaptação protética, embora, se saiba, que o índice de baixa adaptação está mais relacionado com pacientes comórbidos. Uma das relações mais estudadas, é entre a diabetes e a doença vascular periférica. Num estudo recente de Davie-Smith, Paul, Nicholls, Stuart e Kennon (2016), os resultados indicaram que, as amputações das pessoas com diabetes mellitus, ocorriam mais cedo, e eram mais prováveis de ser transtibiais, do que as dos participantes sem diabetes mellitus. Apesar destas diferenças, o sucesso no uso de prótese não diferenciava os dois grupos.

O fator menos citado, porém não menos importante, é o tempo desde a amputação. Este é preditivo de adaptação ao uso de prótese, quanto mais tempo passe desde a amputação, pois, diminui as chances de complicações de coto secundárias. (Umpierre & Tavares, 2017)

### ***1.3.3. Idade e gênero***

Um potencial fator mediador no ajustamento psicológico, é a idade da pessoa à data da amputação. (Horgan & Desmond, 2004) O fator idade avançada, foi relacionado a uma mais difícil adaptação a prótese, indicando também, uma menor probabilidade de prescrição protética (Umpierre & Tavares, 2017).

Sabe-se que existe um efeito do gênero nas taxas de amputação. Efetivamente, o sexo masculino, é mais provável de sofrer amputação. Um estudo de Davie-Smith et al. (2016) mostrou que o efeito de gênero ocorria tanto na amputação transfemoral como transtibial, sendo, o sexo masculino, com diabetes mellitus, mais prevalente em ambas as condições. Na meta análise de Umpierre e Tavares (2017), quatro pesquisas provaram este efeito de gênero, ainda que, o sexo masculino se adapte melhor à prótese comparativamente ao sexo feminino.

## **1.4. Ajustamento psicológico à amputação**

### ***1.4.1. Mudanças na imagem corporal***

Com exceção da amputação congênita, as pessoas estão habituadas a olhar para o espelho e a verem-se de uma determinada forma. (Belon & Vigoda, 2014) Após a amputação, a pessoa, muitas vezes, tem dificuldade em aceitar psicologicamente o coto, pois, a deficiência física altera a sua imagem corporal. (Pastre et al., 2005) Isto, pode levar a que o amputado sinta repulsa do seu desfiguramento (Burden, Simpson, Murray, Overton & Powell, 2018), e que já

não se sinta atraente, segundo os padrões da sociedade. (Belon & Vigora, 2014) A frequência de uso da prótese, e a satisfação com a mesma, segundo o estudo de Burden, Simpson, Murray, Overton e Powell (2018), parecem estar relacionados, com a diminuição da sensação de repulsa, relativamente à sua nova imagem corporal.

#### ***1.4.2. Depressão e ansiedade***

Atherton (2002) conclui da sua revisão acerca da depressão, que a maioria dos estudos, mesmo usando uma grande variedade de medidas diferentes, têm tido tendência para confirmar taxas de depressão consideravelmente mais elevadas em amputados, comparativamente com a população geral. Variáveis como a causa ou a idade, estão relacionadas com a incidência da depressão na população amputada. Segundo Darnall et al. (2005), os pacientes cujas amputações eram resultantes de causas traumáticas, apresentavam níveis de sintomatologia depressiva mais elevada. Também os amputados mais jovens têm sido associados a taxas mais elevadas de depressão. (Kashani, Frank, Kashani, Wonderlich & Reid, 1983) A depressão tem sido indicada como sendo a razão da pouca adesão ao uso da prótese, pouco tempo após a amputação. (Jones, Hall & Schuld, 1993) Mesmo as pessoas que não recebem um diagnóstico de depressão ou ansiedade, experienciam com frequência um período inicial de ajustamento, acompanhado por sentimentos de perda e vulnerabilidade. Segundo Skula et al. (1982) isto são reações normativas a qualquer perda ou mudança física. As observações clínicas nos estudos, e o facto de que a ansiedade tem sido menos estudada pelos investigadores (Horgan & Maclachlan, 2004), sugere que a ansiedade é menos comum de ocorrer depois da amputação do que a depressão. (Rybarczyk et al., 2011)

#### ***1.4.3. Desconforto social e preconceito***

Um outro mediador de ajustamento psicológico à amputação é o grau de desconforto social experienciado pelo indivíduo (Atherton, 2002). O sentimento de desconforto social está presente, na maioria das pessoas que sofrem amputações, e tem-se provado, estar associado com um pior ajustamento, maior restrição de atividade, depressão e ansiedade. (Horgan & Maclachlan, 2004) Para além disso, encontra-se muitas vezes associado, a distúrbios na imagem corporal, uma vez que, isto implica uma perceção negativa da sua aparência física. (Wald & Alvaro, 2004) Os resultados das experiências clínicas sugerem que amputados que mostram stress em conversas que envolvem referências às suas amputações ou próteses, parecem particularmente suscetíveis a problemas de ajustamento comparativamente a outros amputados. (Atherton, 2002) Senra, Oliveira e Vieira (2012) fazem uma distinção entre os seus

participantes que já aceitaram a sua condição de amputados e os que ainda estão em transição. Como tal, os participantes que já aceitaram, falam confortavelmente sobre si próprios como amputados. O corpo de literatura existente indica que os amputados, na interação com os outros, são mais prováveis de encontrar ao longo da sua vida, atitudes e comportamentos preconceituosos. (Atherton, 2002)

#### **1.4. Aspetos que dificultam o uso de prótese em pacientes amputados**

A satisfação com a prótese é a avaliação subjetiva e emocional dos aspetos da prótese que são influenciados pela aparência, pelas propriedades, pelo encaixe, e pelo uso da prótese, assim como, os aspetos do membro residual. (Baars, Schrier, Dijkstra e Geezter, 2018)

Desta forma, grande parte das barreiras encontradas começam exatamente pelos problemas relacionados com o coto. A dificuldade de adaptação do paciente com a prótese, pode estar relacionado com a presença de deformidades, contraturas musculares, dificuldade de ajuste ao membro residual e à prótese, problemas de pele e problemas secundários relacionados à técnica cirúrgica (Umpierre & Tavares, 2017) Um estudo de Littman, Bouldin e Haselkorn (2017) acerca de barreiras à prática de atividade física, indicou que quando os participantes tinham próteses que lhes serviam de uma forma pobre, e quando lhes causavam ou exacerbavam as feridas e as dores, reduziam ou moderavam a sua atividade física. Na opinião dos participantes de um estudo de Gallagher e MacLachlan (2001) as dores, nomeadamente a dores do coto eram impeditivas de usar a prótese, sendo a causa comum mais reportada, o mau encaixe da prótese. Um outro estudo sobre barreiras ao caminhar na comunidade, incluiu também os desafios com o funcionamento da prótese, a integridade do membro residual comprometida, acrescentando, a dor fantasma e a co-morbilidade com outros problemas médicos (Batten et al., 2019)

Mesmo que a prótese funcione bem em certos ambientes, problemas provocados pelo calor ao encaixar a prótese aumentavam o risco de feridas devido à meia impedir a pele de respirar. (Littman et al., 2017) Gallagher e MacLachlan (2001) também apontam o tempo quente, acrescentando, a atividade física, como potenciadores de criar dores, sendo que, estas pioravam se o participante estava cansado, ansioso ou constipado.

Um estudo de Naidoo e Ennion (2018) tentou compreender as barreiras e os facilitadores na adesão à reabilitação. Assim perceberam que atender à reabilitação fazia com que os participantes sentissem dores, principalmente no coto, e no membro inferior. Esta dor tornava-os menos dispostos a continuar o processo de reabilitação. Não só, os autores concluíram que

as longas viagens, a falta de acesso de transportes e a falta de informação, eram consideradas como barreiras ao acesso de serviços de reabilitação, mas também, os custos envolvidos no processo de reabilitação. Estes limitam a habilidade de o participante atender a reabilitação em hospitais, e reforçam a perda de independência que o participante experiencia depois de uma amputação a membros inferiores. Batten, Lamontb, Kuysc ,McPhaield e Mandrusiakb (2019) e Gallagher e MacLachlan (2001), também concordaram que as capacidades financeiras eram vistas pelos seus participantes como barreiras.

Uma outra barreira apontada em alguns estudos foi a falta de apoio social. O baixo suporte familiar foi visto por alguns pacientes como uma barreira à pratica de exercício físico, assim como, a redução da atividade física por parte do parceiro ou o divórcio. (Littman et al., 2017) Batten et al. (2019) descobriram no seu estudo que se o apoio social era alto, mas os familiares eram demasiado protetores, também funcionava como barreira.

Aqueles que sofrem amputações formam por vezes medos. Estes temores podem funcionar como barreiras. (Littman et al., 2017) Pacientes com prótese com mau encaixe estavam preocupados acerca do seu equilíbrio, e com medo de cair. Consequentemente, superfícies irregulares, escadas, e montanhas eram barreiras quando se deslocavam na sua comunidade, ou em qualquer outro lugar, resultando em poucas oportunidades de realizar atividade física. se esses esforços resultassem em queda, existia perda de confiança e pouca motivação em participar em novas atividades físicas. (Gallagher e Maclachlan, 2001) O medo de cair levava a consequências como baixa mobilidade, aumento de incapacidade e perda de confiança.

Segundo Gallagher e MacLachlan (2001) o desejo de parecer e ser normal foi reiterado várias vezes pelos participantes. Assim sendo, alguns participantes mostraram-se também preocupados acerca da impressão que causam nos outros. (Batten et al., 2019) Também, Littman et al. (2017) afirmaram que participantes evitavam certas atividades físicas porque se sentiam muito conscientes de os outros verem a sua prótese ou o seu membro residual. Gallagher e MacLachlan (2001) introduziram que os participantes consideravam que os barulhos que a prótese faz na movimentação, poderia eliciar situações embaraçosas.

### **1.5. Aspetos que facilitam o uso de prótese em pacientes amputados**

Se por um lado um coto problemático pode ser percecionado como barreira, por outro lado, um coto saudável contribui para uma boa adaptação protética, funcionando como um facilitador ao uso da prótese. (Umpierre & Tavares, 2017)

Segundo Littman et al. (2017) o apoio de médicos, terapeutas, amigos e membros da família, eram também facilitadores, pois, funcionavam como fontes de ajuda para manter as pessoas amputados ativas. Ou seja, os médicos e os terapeutas ajudavam a apoiar a atividade física tendo expectativas altas e responsabilizando o paciente pela sua recuperação. Numa outra perspectiva, alguns familiares serviram mais de apoio instrumental. Segundo Naidoo e Ennion (2018) também o apoio familiar foi visto como um grande facilitador no seu estudo de adesão ao processo de reabilitação, uma vez que, muitos participantes mencionaram que os familiares insistiram para que a pessoa fizesse reabilitação e ajudavam em casa. O apoio familiar é um facilitador para o processo de independência do amputado, levando a adaptar-se melhor a prótese. (Umpierre & Tavares, 2017) Uma outra fonte de apoio mencionada, foi a de outras pessoas que também sofreram amputações. Os autores Littman et al. (2017) observaram que os participantes descreveram ter ganho perspectiva, através da interação com outros com incapacidades, que eram fisicamente ativos e tinham uma atitude positiva. Segundo eles, conhecer outros com incapacidades, levou a que os participantes refletissem acerca das suas próprias capacidades e limitações, servindo de modelos e apoio não intencional. No estudo de Gallagher e MacLachlan (2001) os participantes também destacavam a importância de contactar com outros amputados, pois consideravam que estes eram uma prova de que a reabilitação era possível. Naidoo e Ennion (2018) afirmam que os participantes que tinham boa referência, e experiência positiva, com os serviços de fisioterapia, tinham maior probabilidade de usufruir destes, e de aceitarem fazer reabilitação por mais tempo. Isto também se verificava, quando os participantes tinham mais informação acerca dos serviços de reabilitação que eram fornecidos pelo hospital.

Na parte dos facilitadores nos estudos de Naidoo e Ennion (2018) e de Gallagher e MacLachlan (2001), surgiu ainda uma vertente mais pessoal. No primeiro estudo os participantes mencionaram a sua auto motivação como um facilitador na adesão à reabilitação. No segundo, os autores falaram da importância da aceitação do que aconteceu, para o ajustamento. Esta aceitação era facilitada pela crença dos participantes de que havia sempre alguém que estava pior que eles. Também Littman et al. (2017) concluíram no seu estudo que é importante aceitar a perda do membro e concomitantemente as limitações que dessa perda advém, para que o amputado continuasse ativo. Estes autores prosseguiram ainda destacando a importância do sentimento de autoeficácia. Era fulcral que os pacientes tivessem confiança na sua habilidade de realizar atividades físicas, para que se mantivessem ativos e manifestassem vontade de experimentar novas tarefas. De uma forma geral, os fatores pessoais eram

considerados mais como facilitadores, tais como, capacidade de se ajustar à mudança, psicológica e fisicamente, e ter uma determinada atitude e propósito. (Batten et al., 2019)

## **2. Método**

### **2.1. Guião da entrevista**

Este é um estudo descritivo, de carácter exploratório que segue uma abordagem qualitativa. Os estudos desta natureza pretendem fomentar informações na perspetiva da pessoa, interpretando-a como um todo, tendo em conta as experiências subjetivas que esta retira do seu mundo.

Determinou-se que o melhor método para recolher a perspetiva subjetiva da pessoa amputada, seria através de um conjunto de perguntas abertas e pré-determinadas, que se estruturaram no formato de guião de entrevista (Anexo A). Para Schaffalitzky et al. (2011) usar métodos qualitativos assegura que os fatores e as áreas que são importantes para o participante são enaltecidas para o investigador, tornando possível, clarificar a linguagem e os significados atribuídos pelos participantes. Desta forma permitindo que falem na sua própria voz, em vez de, ficarem confinados a categorias que lhe são impostas pelos outros. As questões escolhidas basearam-se em literatura anterior, essencialmente naquela que recorreu a metodologia qualitativa. Foram elaboradas para abordar cinco blocos temáticos: a história envolvendo a perda do membro; o processo de amputação e ajustamento emocional à prótese; quais as maiores barreiras percecionadas na adaptação à prótese; quais os principais facilitadores percecionados na adaptação à prótese e a oportunidade de o sujeito amputado destacar algo que considere importante para si e ainda não tenha sido abordado. Antes de iniciar as entrevistas, as questões foram testadas com um informante, de modo a verificar a viabilidade das mesmas. Pretendia-se compreender junto de alguém que sofreu uma amputação, se as perguntas eram de fácil entendimento e se suscitavam a evocação de variáveis psicológicas.

Os dados recolhidos foram através de entrevistas semiestruturadas, realizadas pessoalmente, no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, entre seis de junho e vinte e dois de julho de 2019. Cada entrevista oscilou entre um mínimo de treze minutos e quinze segundos, e um máximo de duas horas, quarenta e seis minutos e quarenta e cinco segundos.

### **2.2. Procedimento**

Os 10 adultos participantes deste estudo estão a ser seguidos no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, na Unidade de Ortoprotesia, constituindo assim uma amostra de conveniência. Os critérios de inclusão para participar no estudo incluíam a necessidade de ser maior de idade, de ter sofrido uma amputação a pelo menos um membro inferior e utilizar

prótese. Foram convidados a participar catorze adultos dos quais dez foram selecionados. Dos restantes, um não preenchia os critérios supramencionados, e, portanto, foi excluído, enquanto três decidiram não fazer parte da investigação, por não quererem ser gravados. Foram identificados pelo serviço possíveis pacientes que preenchessem os critérios. Os pacientes selecionados frequentavam o centro para fazer consultas de seguimento ou revisões anuais da prótese. Assim, a médica do serviço ou os respetivos protésicos, reencaminhavam no final da consulta, ou num momento apropriado o paciente, caso este concordasse em participar da investigação. As entrevistas eram feitas na sala da própria consulta ou no gabinete de estudos clínicos, consoante a disponibilidade do participante. Nesse momento o participante recebia informação mais pormenorizada acerca do propósito da investigação, e procedia à leitura e assinatura de um consentimento informado (Anexo B). Foi requisitada autorização para gravar as entrevistas e assegurada confidencialidade dos dados partilhados.

### **2.3. Participantes**

Dos dez participantes, cinco participantes são do sexo feminino e cinco do sexo masculino. As suas idades variavam entre os trinta e três anos e os sessenta e quatro anos. Dos dez participantes, três usavam prótese à menos de um ano, sendo o participante mais recente usuário de prótese à um mês e meio. Os restantes usavam prótese há mais de um ano, até a um máximo de quarenta e nove anos de experiência de uso de prótese. Dos participantes, duas eram pessoas com amputação bilateral, sendo que, uma era abaixo do joelho e a outra a cima do joelho. Dos restantes participantes, seis tinham uma amputação abaixo do joelho, e duas amputação do membro inferior acima do joelho, sendo um destes desarticulação da anca. (Anexo C) As causas variavam, sendo cinco das amputações devidas a complicações resultantes de acidente. Dois dos participantes mencionaram os diabetes como causa da amputação, em que num dos casos havia co-morbilidade com problemas de circulação. Dos restantes três participantes, um disse que a perda do seu membro resultou de problemas cardiovasculares, outro de cancro e o último de uma septicemia.

### **2.4. Análise de Dados**

As entrevistas gravadas foram transcritas para *verbatim*. Com recurso ao *Nvivo 12 Pro*, o objetivo da análise era identificar temas descritos pelos participantes, dentro do assunto barreiras e facilitadores na adaptação à prótese, e descrever problemas e experiências dentro desses temas.

## 3. Resultados

### 3.1. Barreiras

#### 3.1.1. Prótese

##### 3.1.1.1. Variáveis psicológicas negativas

Houve oito participantes, que mencionaram o pensamento derrotista como uma das principais barreiras à adaptação protésica. Dentro desta temática destacavam-se subcategorias como, a necessidade de compreender que o uso da prótese é benéfico, não acreditar na sua reabilitação, ou sentimentos de maior vulnerabilidade.

*“Epá, é não termos pensamentos negativos. Eu penso, eu vou pôr a prótese, é para o meu bem. É para o meu bem, para poder ir a todo lado, para poder estar a conviver... Para poder continuar a viver, e ir a todo o lado, fazer o que eu quiser.”* (Participante 1)

*“...tens que te mentalizar que vais conseguir, não podes ser tão negativa, não podes pensar que corre sempre tudo mal, não podes pensar isso. Não me tenho dado assim muito mal, mas às vezes há certas situações que me revoltam, porque, gostava que fosse às vezes, mais positiva e não sou. Talvez porque me sinta cansada pelo que já passei.”* (Participante 5)

*“E ela (outra colega amputada) teve muita dificuldade, não queria, era muito piegas, e eu via, portanto, que não tinha nada disso, e, portanto, isso sim, é que eu vejo que ela teve dificuldade em adaptar-se à prótese.”* (Participante 10)

Seis dos participantes do estudo afirmaram que as expetativas que criaram sobre a prótese e o seu nível de funcionalidade, não eram ajustadas à realidade. Num dos casos o participante ficou surpreendido pela positiva, enquanto no outro, a participante sentiu que o desajuste foi uma desilusão.

*“E depois quando comecei a andar comecei a ver que conseguia fazer tudo normalmente, passou-me.”* (Participante 3)

*“Habitualmente andava em baixo, porque era eu a colocar expetativas e as expetativas saiam me furadas, não é? Que nunca se concretizava aquela expetativa que eu achava que ia acontecer, não é?”* (Participante 9)

Dos dez participantes, três mencionaram a mudança da imagem corporal como algo que foi uma barreira, referindo-se ao primeiro impacto ao olharem-se ao espelho usando a prótese, manifestando dificuldade em se reconhecerem.

*“(...) porque nos estamos ali a olhar-nos com calção com a prótese, nos achamos que não somos a mesma pessoa, mas é igual.”* (Participante 3)

*“Não fisicamente, você olha para o espelho, olha e não se reconhece não é, e embora tenha lá as próteses, (...) você olha para o espelho e pensa: “eh, aquela não sou eu...” e, portanto, é preciso nós termos alguma capacidade para aceitarmos que já não somos propriamente aquela pessoa que éramos (...)”* (Participante 9)

Três dos participantes mostraram também algumas incertezas acerca do que o futuro lhes reserva devido há sua condição de amputados.

*“(...) eu as vezes penso assim, eu tenho um pai que tem 90 anos que já precisa da minha ajuda, e que eu lhe ajudo mesmo assim... e eu penso assim, se eu algum dia chegar aos 60/70, já não digo os 90, aí é que eu vou ter problemas porque já não vou ter hipótese... não vou ter a energia que tenho hoje, para andar com uma prótese, se calhar não poderei ainda, terei que andar numa cadeira de rodas nessa altura...”* (Participante 2)

### *3.1.1.2. Variáveis técnicas*

Pelas experiências relacionadas com a recuperação do coto, de nove dos participantes, compreendeu-se que bolhas, feridas, inchaços, ou outros, como problemas provenientes do uso continuado da prótese, atrasavam o processo de adaptação à mesma, pois, provocavam a necessidade de parar a fisioterapia ou reduzir a intensidade do treino.

*“(...) eu por ter a bolha é que andei na cadeira de rodas, mas tinha a prótese (...)”* (Participante 4)

*“Se calhar, o que mais me custou foi a nível do coto, que me magoasse, portanto, isso eu sei de certeza que me magoou, de restou não tenho assim nada, porque aí de certeza que me fez bolhas, com certeza, que me fez... e aí esta zona de baixo (coto), de certeza que me magoou, isso aí magoou-me de certeza, mas que eu diga assim, olha foi mais alguma coisa, não me recordo.”* (Participante 10)

### **3.1.2. Ambiente**

Alguns dos participantes mencionaram o meio, como algo que não está preparado para acomodar alguém que sofra de uma incapacidade física. Sete participantes afirmaram ter algumas restrições de atividades. Para alguns isto era principalmente problemático quando envolvia subidas e descidas. Dentro da restrição de atividades destacaram-se: dois participantes que mencionaram não frequentar a praia; três participantes que enalteceram as suas dúvidas e

preocupações com a possibilidade de conduzir no futuro, e cinco participantes que mencionaram não fazer algumas tarefas diárias.

*“E depois é assim, há uma coisa que eu noto... é... dantes depois de jantar ia beber um café, ou estava um bocadinho com os amigos. Agora não, agora é, venho para casa, tomo banho (...) É assim... evito eu mais de sair à noite, porque eu ando, ando, ando, e chego à noite preciso daquele descanso. Habituei-me aquilo, habituei-me, e descanso... tiro a prótese e fico ali pronto, já não saio mais dali.”* (Participante 2)

*“Eu agora tenho de ir à escola de condução (...) porque eu tenho uma amiga que conduz o carro na mesma... tem uma prótese como a minha, era uma professora, e ela conduz na mesma, faz a vida dela normal.”* (Participante 4)

*“O ir à praia, também gostava muito de ir à praia, mas deixei de ir. Deixei de ir à praia. Hoje já se veem muitos amputados a irem à praia, naquele tempo não havia... Sabe havia poucos amputados.”* (Participante 10)

Dos dez participantes, sete destacaram como a sua nova condição de amputado, e de usuário de prótese, os obrigou a realizar novas aprendizagens, sendo a mais comum o reaprender a andar. Para os participantes estas aprendizagens apesar de difíceis, eram consideradas como normais do processo de reabilitação, após a amputação, não constituindo uma barreira. Eram etapas normais e necessárias para o retorno à vida quotidiana.

*“(...) logo no principio aquilo é como começar a andar, aprender a andar (...)”* (Participante 3)

*“(...) após a amputação, esta fase de uma pessoa se adaptar a nível de rotinas diárias adaptar-se, ter de se comportar de uma determinada maneira diferente a nível de, por exemplo, tomar banho, andar... a pessoa não se coloca... por exemplo, eu antes fazia uma coisa de determinada maneira, agora não posso porque não ando (...)”* (Participante 7)

### **3.1.4. Sociais**

Sete dos participantes relataram ainda ter sentido preconceito por parte da sociedade. Embora, muitos tenham relatado histórias de preconceito, a maior parte reconhecia que já não era algo que os afetava.

*“(...) eu acho que isto (prótese), mete impressão às crianças, e por isso, eu não ando de calção, só ando sempre de calças. Não vou à praia, evito-me dessas coisas porque... não mais por mim, é mais pelas outras pessoas, que olham e não sei quê... são pequenas coisas que eu deixei de... coisas que eu gostava e que não faço, né?”* (Participante 2)

*“(...) há sempre alguém que olha mais, alguém que visualiza mais, alguém que pode olhar com sentimento de pena, e ficar permanentemente a olhar para a pessoa... mas isso depois já parte do nosso psicológico, porque também se estivéssemos no lugar dessas pessoas e víssemos essa situação... a nossa situação noutra pessoa, provavelmente também olháriamos, ficaríamos um bocadinho petrificados (...)”* (Participante 7)

## **3.2. Facilitadores**

### **3.2.1. Psicológicos**

Os participantes de uma forma quase unânime - nove dos dez participantes- identificaram a força de vontade como um dos maiores facilitadores psicológicos na adaptação à prótese.

*“O que me fez adaptar? Força de vontade.”* (Participante 2)

*“Força, não desanimar, o psicológico o mais alto possível. Ter força de vontade e trabalhar.”* (Participante 3)

*“Acho que para você andar bem, com uma prótese, num amputado ele tem de ter muita força de vontade. Se ele não tiver força de vontade, ele pode colocar o melhor joelho, o melhor encaixe, que ele não vai andar. E psicológico.”* (Participante 6)

*Grande parte dos participantes também identificou a necessidade de aceitar o que se passou para que possa haver uma boa adaptação à prótese. Dos dez, nove consideraram ser algo importante.*

*“Epá, o que eu disse a mim foi... o que eu disse a mim foi parar é morrer. Enquanto eu não estiver morto tenho de ir a todo o lado, não é?”* (Participante 1)

*“(...) porque a verdade eu também sempre fui uma boa doente, e sempre aceitei o que me aconteceu, não tive problemas nenhuns. E até posso dizer-lhe, que durante o meu acompanhamento psicológico no hospital, eu dizia muitas vezes á psicóloga, eu aceito me como sou, não tenho qualquer problema.”* (Participante 5)

Alguns destacaram ainda a importância de aceitar as limitações e as diferenças que serão sentidas, assim como, a própria prótese.

*“E tem de se mentalizar, eu sei que não vai ser igual, mas é isto que eu tenho de fazer, se quiser retomar a minha vida normal, com as limitações, mas dentro dos possíveis, não é? E pronto, a adaptação as próteses, é possível, sim, é possível (...)”* (Participante 7)

*“Psicológico é aceitar que a sua vida, que aquilo não é seu, você tem de viver com uma coisa que não é sua. Você tem de se aceitar a si próprio. Agora tens isto, isto não é teu, é um*

*bocado que está aqui, mas é o que te ajuda a dar passos, é o que te ajuda a ir à janela. Porque a janela é alta e tu, se tiveres de cadeira à janela é alta, e não olhas lá para fora. E tens que aceitar que tens que andar com isso, e que é incomodo e dói, e não sei quê, mas que é o que te faz dar os passos, se não só podes andar de cadeira de rodas.”* (Participante 9)

Outra das razões destacadas como principais- sete dos participantes- numa boa adaptação à prótese, foi o estabelecimento de objetivos ao longo do percurso.

*“... uma pessoa quando está mentalizada de uma coisa, acho que nada lhe impede de fazer as coisas, e de atingir objetivos. O meu objetivo era sair daqui a andar... conseguir sair daqui a andar.”*(Participante 1)

*“Porque eu não tenciono ficar a minha vida numa cadeira de rodas, então, isso para mim é a força maior. Ter um objetivo... tenho de lutar para ele, o meu objetivo é aquele, tenho de ir ultrapassando. Vou passando pelos pingos da chuva como se costuma dizer, e cada vez, o vejo mais perto.”* (Participante 7)

*“Ok, agarre-se aos filhos, agarre-se aos seus objetivos e vá em frente. Se não puser objetivos, nada, uma meta para lá chegar, então aí... eu não sei se consegue.”* (Participante 9)

Quatro dos participantes falaram acerca de manter esperança, de lutar ou de se focar nas possibilidades futuras. Ao longo das entrevistas explicaram como era importante para um amputado focar-se nas suas expetativas futuras.

*“E quando me disseram que ia ser amputada, eu pensei logo...e o que vou fazer aos meus sapatos? (...) E depois vim a saber através de um póster que eles tinham na casa ortopédica, que era possível adaptar a prótese ao tamanho do salto que a pessoa quisesse. (...) Portanto, eu quando vi o dispositivo coloquei a questão se um dia mais tarde eu posso ter aquilo?”* (Participante 5)

Também foram destacadas por três participantes, as comparações com os outros, ou seja, as crenças de que existe sempre alguém que está pior. Isto ajuda a pessoa a aceitar melhor a sua condição e adaptar-se.

*“Não me queixo, como digo, todos os dias vejo coisas piores. Eu estou bem.”* (Participante 2)

*“Mas pronto, passado aí... e desde que cheguei a Alcoitão e vi pessoas 10 vezes piores que eu, animei um pouco.”* (Participante 3)

### 3.2.2. Apoio

Oito dos participantes identificaram o serviço do centro de Alcoitão, como facilitador do processo de adaptação à prótese, destacando a disponibilidade demonstrada e a esperança que lhes transmitiam.

*“Uma pessoa vir para cá e ficar internada aqui é melhor, porquê? Vai ter o médico, vai ter o rapaz na ortoprotesia, vai ter fisioterapeuta, vai ter psicólogo, então tudo isso esse conjunto vai te ajudar a sair daqui melhor... e também tem as rampas, as escadas, e você vai apanhar a prótese, e vai fazer toda essa trajetória, e são os problemas que você já vai encontrar lá fora, e também tem aqui dentro. Você vai encontrar coisas aqui dentro, para ter uma ideia do que é lá fora... não é a mesma coisa, mas você já tem uma noção... e isso é bom, muito importante estar aqui dentro.”* (Participante 6)

*“Aqui é só dizer bem deles, não posso dizer mal.”* (Participante 8)

*“Desde o médico, até auxiliar, senhora da limpeza e não sei quê, estão sempre dispostos a ajudá-lo e a fazê-lo acreditar que realmente há uma vida lá fora há sua espera. Isso é importante.”* (Participante 9)

Os participantes destacaram ainda o trabalho dos profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ou outros grupos de profissionais.

*“(...) e também tenho de ter fé no centro onde estou, como o centro me está a tratar, e nos profissionais tanto a nível de terapeutas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, protésicos, doutoras, enfermeiros, tudo... Também parte de uma fé, porque se eu não confiasse neles, ou no trabalho deles, também não confiaria na minha reabilitação, portanto, também tem de partir de fé minha, depositada no trabalho deles. Isto tudo acaba por ser um trabalho em equipa, não é? Tanto minha como deles, que também acreditam, e como acreditam também se empenham no trabalho. Isto ao fim e ao cabo é tudo um trabalho em conjunto.”* (Participante 7)

Dos oito que referenciaram a importância dos profissionais de saúde, sete enalteceram os fisioterapeutas, destacando, não só o apoio instrumental dado, mas também o apoio emocional, nomeadamente motivação para continuarem o processo, e confiança neles e nas suas capacidades.

*“As fisioterapeutas, sim as fisioterapeutas... deram-me as dicas necessárias para cuidar disso, para ter isso (coto) sempre bom, para nunca ter problemas, porque como sou diabético não é... para não ter feridas e essas coisas...”* (Participante 1)

*“E hoje as próteses não estão bem, e vai-se aqui e tentasse que as coisas estejam ajustadas, e depois vai à fisioterapia e tem gente ótima que lhe diz você é capaz e consegue, e a gente vai fazendo... é assim a vida, mas é complicada.”* (Participante 9)

Para além dos fisioterapeutas, também os profissionais de saúde mental foram referidos por quatro dos participantes, como um facilitador no processo de adaptação à prótese.

*“De ter aqui a psicologia todas as semanas, é, eu ia falar com aquela psicóloga todos os dias (...)”* (Participante 4)

*“Até, porque eu comecei com acompanhamento psicológico, quando estava internada, e ainda hoje, porque à parte da amputação, tenho outras situações que me levam a ter esse apoio, e que me faz sentir muito bem.”* (Participante 5)

Os participantes destacaram também como fonte de apoio os seus familiares e amigos. Oito participantes consideraram que este era um facilitar importante na adaptação à prótese.

*“Depois eu tenho a família, amigos tudo a apoiar... é uma coisa fácil...”* (Participante 1)

*“(...) mas pronto ia à praia, mas não era assim, ia à praia, mas era só mais com ele (marido). Mas pronto, era só mais com ele, e era só mais com banhos de sol. Só comecei a ir mesmo à água, só mesmo depois de casada, com a minha cunhada, e depois mais tarde era piscina.”* (Participante 10)

### **3.2.3. Prótese**

#### **3.2.3.1. Variáveis psicológicas positivas**

Por outro lado, depois de começar a usar a prótese, houve oito participantes que mencionaram que esta ajudou a nível psicológico, e que isto, lhes deu mais força para continuar o processo. Três participantes referiram-se ao aumento da autoestima, dois à diminuição do estado depressivo e seis ao sentimento de independência ganho.

*“Mais livre, talvez, não sei. Mais liberdade, a cadeira prende-nos ali um bocadinho não é, e mesmo porque... sinto-me melhor, é mais... sei lá... não sei.”* (Participante 3)

*“(...) depois que eu comecei a usar esta prótese o meu psicológico também melhorou bastante, a autoestima... já consigo viver melhor.”* (Participante 6)

*“Não sabe o que é, é desconhecido, tem medos, tem receios da não adaptação, de não conseguir, de não se reabilitar, não voltar à vida normal que tinha... e sem dúvida antes de usar as próteses, é um estado muito depressivo, psicologicamente, fisicamente, emocionalmente, muito depressivo. Só após a confeção das próteses, e a reabilitação,*

*experimentação, é que depois a pessoa começa a ganhar mais a autoestima, é, sem duvida alguma.” (Participante 7)*

## 4. Discussão

Ao longo da revisão bibliográfica, pode-se compreender que nos últimos anos, o interesse nos fatores que contribuem para a restrição de atividade do amputado, tem aumentado. Nesta perspectiva, consegue-se fundamentalmente alguns estudos focados nas barreiras e nos facilitadores, à prática de atividade física em pessoas que sofreram amputação. A didática das barreiras e facilitadores na adaptação à prótese não parece ainda ter sido abordada, no entanto, pode-se concluir que os fatores impeditivos ou fomentadores de adaptação, mencionados no presente estudo pelos participantes, são semelhantes aos encontrados em outros estudos, sobre barreiras e facilitadores noutros domínios da adaptação ao dia-a-dia.

O principal fator psicológico a emergir como facilitador da adaptação à prótese foi a força de vontade. Os participantes consideravam-na como uma característica interna, psicológica, e como a peça chave para que a pessoa se adaptasse ao uso da prótese. Quando lhes era pedido que definissem força de vontade, as respostas variavam embora estivessem relacionadas entre si. Algumas das definições que surgiram foram: força de vontade de se querer voltar a andar, saber que se deseja pôr a prótese, vontade de viver, motivação, e não se limitar, e aspirar a fazer quase a totalidade do que faziam antes. Conseguimos perceber pelos relatos, que muitos consideravam que voltavam a viver quando retomavam alguma da sua mobilidade, sendo que isto, era conseguido através do uso da prótese, que lhes permitia andar novamente. Alguns dos entrevistados andavam antes de iniciarem o uso de prótese, com muletas, mas isso não era considerado como um resultado suficiente, ou desejável. Esta noção de força de vontade, como facilitador na adaptação à vida como amputado, também aparece em estudos como os de Naidoo e Ennion (2018) e Twillert, Stuive, Geertzen, Postema e Lettinga (2014), embora os autores tenham preferido o termo motivação. Neste estudo, os participantes tinham diferentes motivadores, no entanto, alguns eram comuns às definições anteriores. Muitos dos participantes do estudo de Naidoo e Ennion (2018), acreditavam que o que os motivava a ir à reabilitação, era a crença de que o exercício iria proporcionar o uso da prótese, que por sua vez, permitiria que andassem novamente e se tornassem independentes. De certa forma, em ambos os casos, surge a ideia de uma força interna que nasce para atingir determinado objetivo.

O segundo fator psicológico a surgir foi a aceitação, não só física, mas também emocional, do que se passou, da nova condição do participante enquanto amputado, e das possíveis complicações ou limitações que daí adviriam. Este resultado não é uma novidade surgindo também em estudos como os de Naidoo e Ennion (2018), os de Gallagher e MacLachlan (2001), ou de Littman et al. (2017). Washington e Williams (2014), referiram que

no caso dos seus participantes, estes não aceitarem a sua condição e o impacto que a sua incapacidade tem no seu desempenho desportivo, pode levar a que cessem a prática. Nesta perspetiva, parece-me que ajustamento psicológico, e físico, estão interligados, não se podendo dissociar, e que apenas quando o amputado aceita a sua condição, consegue iniciar o processo de reabilitação a cem por cento. Um dos fatores que aparenta facilitar esta aceitação da condição, é o sentimento de alívio reportado por estudos como o presente, ou os de Twillert et al. (2014), Senra et al. (2012) e Atherton (2002). No caso de amputação causadas por problemas cardiovasculares, a qualidade de vida pode melhorar após a amputação, especialmente naqueles que experienciaram anos de dores crónicas, ou que foram sujeitos a diversas intervenções cirúrgicas para tentar salvar a perna. (Rybarczyk et. al., 2010).

Outro tema identificado e que segue as conclusões de autores como Gallagher e Maclachlan (2001), é a comparação com os outros. Na grande maioria os participantes relatavam histórias de outras pessoas que tinham piores condições que as suas, e como isso, os fazia sentir melhor com a sua própria situação. Parece haver uma ligação entre o grau de aceitação da incapacidade, e a perceção pessoal de que “poderiam estar piores”. Quanto maior a crença, maior vai ser a aceitação da sua condição.

Uma das maneiras descrita pelos participantes do estudo, como forma de lidar melhor com o processo de adaptação à prótese, foi o estabelecimento de objetivos. O objetivo inicial, mais comum, era retomar a marcha, no entanto, com o passar do tempo aqueles que já eram usuários de prótese há mais tempo, tendiam a definir novos objetivos, novas formas de se desafiarem. Embora a literatura acerca de barreiras e facilitadores existente, não identifique especificamente o estabelecimento de objetivos como um facilitador, se entendermos este resultado como uma estratégia usada pelos participantes, podemos analisar alguns autores que investigaram o *coping* em amputados. No estudo de Oaksford, Frude e Cuddihy (2005), emergiram subcategorias da categoria *coping*, sendo elas: escapar psicologicamente, procura de apoio, humor, *appraisal* cognitivo e *coping* prático. Da subcategoria *appraisal* cognitivo derivou, entre outras, o planeamento e estabelecimento de objetivos, semelhante à variável encontrada neste estudo. De uma forma geral, se tivermos em conta este estudo, não só esta, mas também as variáveis supramencionadas, o apoio, e outras, poderiam ser consideradas estratégias de *coping*. Também Twillert et al. (2014), encontrou resultados semelhantes na sua categoria de estratégias de *coping*. No entanto, o foco da entrevista e as perguntas colocadas, não estiveram relacionadas com o uso de estratégias de *coping*, percecionadas pelos participantes, pelo que não as podemos assumir como tal.

No presente estudo, o apoio foi considerado um dos principais facilitadores na adaptação à prótese. A opinião dos participantes não foi completamente homogênea, sendo que, uns consideraram o apoio médico especializado, outros a família, os amigos ou pessoas próximas, e ainda o contacto com pessoas também elas incapacitadas devido a amputação. O destaque dado a cada uma destas partes ou ao conjunto de algumas, variava consoante a experiência do entrevistado. O apoio dos profissionais, e o apoio familiar e dos amigos era considerado fundamental, nomeadamente por oferecerem motivação que os encorajava a continuar o percurso. A importância do apoio dos profissionais é um resultado, que vai de encontro aos resultados de Littman et al. (2017). Alguns dos participantes reforçaram, dentro do apoio profissional recebido, o dos seus psicólogos ou psiquiatras, quando iniciaram o processo. Alguns atualmente ainda continuavam o processo, embora, o apoio recebido, já não fosse especificamente relacionado com as dificuldades da amputação. Darnall et al. (2005), afirma que aproximadamente quarenta e cinco por cento dos amputados com sintomatologia depressiva, reportavam ter recebido apoio dos serviços de saúde mental durante o ano do estudo. No entanto, era incerto se teriam recorrido aos mesmos devido ao aparecimento da sintomatologia depressiva, ou por outros problemas. Num estudo de Bragaru et al. (2013) acerca de barreiras e facilitadores em praticar desportos, também o ter apoio e encorajamento dos outros, permitia aos participantes sentirem-se importantes, motivados e apoiados nas suas ações. Também Felixon e Johansson (2019) no seu estudo acerca de fatores que afetam o nível de atividade em participantes, descreveram que estes relatavam a importância do apoio dos outros, tanto a nível emocional como financeiro. Washington e Williams (2014) concluíram que praticamente todos os participantes tinham uma boa rede de apoio, sendo esta valorizada pelos mesmos. No presente estudo, a vertente mais mencionada como importante, era o apoio emocional. Por sua vez, o apoio dos outros amputados, era não intencional e resultava da partilha de experiências, que proporcionava aos participantes do estudo perceção de que a reabilitação após a amputação é possível, indo isto, de encontro as conclusões de Gallagher e Maclachlan (2001) e Littman et al. (2017). Há luz do que foi dito, e tendo em conta os resultados encontrados noutros estudos, acerca de barreiras e facilitadores na adaptação à amputação, e à vida após a mesma, parece-me exequível considerar-se que o apoio é, não só, uma ferramenta importante na adaptação à prótese, mas sim, em todo o processo de adaptação da pessoa amputada ao longo da sua vida.

A perceção de preconceito pelos participantes também foi um tema bastante abordado ao longo das entrevistas. A grande maioria dos entrevistados, afirma ter sentido isto, por parte dos outros, no entanto, afirma nunca o ter incomodado, ou atualmente já ser algo que não

interfere, na sua atividade do dia-a-dia. A investigação apoia esta ideia, levando à constatação de que os amputados são prováveis de sofrer atitudes e comportamentos preconceituosos, ao interagir com pessoas não incapacitadas. (Atherton, 2002) Um dos participantes do presente estudo, partilhou também que ao receber a prótese, sentiu que havia menos julgamento por parte dos outros. Na sua perspetiva, o uso de prótese tornava difícil a identificação da incapacidade. Felixon e Johansson (2019) encontraram resultados semelhantes, e concluíram que, como os seus participantes não conheciam quem os julgava, podiam ser expostos às suas atitudes negativas e suposições, e que isto, reduzia a atividade. Ora, nalguns casos restringia-os de realizar algumas atividades como ir à praia, devido ao nível de exposição, e de choque, que podiam causar aos outros, e ao desconforto que esta situação lhes provocaria. Bragaru et al. (2013) conclui que deve ser dada especial atenção a este tema, e que se tem de providenciar aconselhamento adequado, no qual pessoas com amputações a membros inferiores aprendem a lidar com o estigma social.

Uma queixa de três dos dez participantes pendia sobre as questões climáticas, nomeadamente a chuva. Outros participantes referiram a transpiração em dias quentes, causada pelo uso da meia no coto como problemática, indo de encontro a resultados como os do estudo de Gallagher e Maclachlan (2001). Para eles, o clima pode afetar o membro residual, por exemplo, a transpiração pode impactar no conforto físico do membro, enquanto que, água, folhas ou neve no chão pode impactar a mobilidade e conseqüentemente restringir a atividade. Batten et al. (2019) também identificou o clima como uma barreira ambiental.

A própria prótese funcionava como facilitador ou como barreira na adaptação. Neste sentido podia ser pensada de duas formas: nas suas características técnicas e nas condicionantes físicas dos participantes, ou na satisfação dos amputados com ela e nos efeitos psicológicos que proporciona.

Primeiramente focar-nos-emos nas características técnicas. Esta ideia da prótese como uma ajuda ou um obstáculo também surge nos estudos de Batten et al. (2019). Para os autores, um funcionamento protésico adequado, e um bom encaixe da prótese, eram percebidos como facilitadores para as pessoas funcionarem na comunidade. Muitos dos participantes do presente estudo, falaram acerca dos materiais utilizados na confecção da prótese, reforçando que se deve optar pelos mais leves. Outros fatores facilitadores mencionados, foram a necessidade de a prótese proporcionar conforto e segurança a quem a utiliza.

Relativamente às barreiras técnicas da prótese, pode-se perceber que a grande maioria dos participantes mencionou ter tido feridas, bolhas, dores, dificuldade de uso de prótese derivado de comorbilidades com outras doenças, entre outros fatores, que interferiam

negativamente com a adaptação à prótese. Nada disto é uma novidade, pois a vertente mais investigada é as determinantes físicas na adaptação à prótese. Estudos recentes como os de Batten et al. (2019), Twillert et al. (2014) e Davie-Smith et al. (2016), ou antigos como os de Geertzen et al. (2001) e Pernot, Witte, Lindeman e Cluitmans (1997) investigaram a fundo estas questões. Twillert et al. (2014) menciona como as feridas no coto, os problemas de pele, ou outras condições como as doenças cardiovasculares, impactam na perna não amputada. Também mencionam como as co-morbilidades no geral afetam o funcionamento de forma negativa. No presente estudo, os pacientes também reportavam feridas no coto, e como isso atrasava o processo de reabilitação. Um dos participantes que sofreu amputação devido a problemas de circulação, à semelhança dos participantes do estudo supramencionado, também indicou má circulação sanguínea na sua perna não amputada. Estes problemas agravavam as dificuldades de locomoção, pois causavam-lhe dor na perna. Pernot et al. (1997) também reportou estas condições especiais, de complicações no membro oposto à amputação, quando se fala de doenças cardiovasculares. As co-morbilidades são uma barreira mencionada pelos participantes, no entanto, tal como nos estudos de Davie-Smith et al. (2016) e Geertzen et al. (2001), a diabetes é uma das mais referidas. Segundo Geertzen et al. (2001) pessoas amputadas por razões vasculares apresentam altas taxas de diabetes mellitus, no entanto, neste estudo isso não se verificou. Apenas um dos participantes apresentava co-morbilidade entre estas duas doenças. Também Geertzen et al. (2001) apontou a influência que a dor fantasma, pode ter no processo de reabilitação, estando isto em consonância com os resultados deste estudo.

Ainda dentro das barreiras relacionada com a prótese, existem as condicionantes físicas da pessoa associadas à amputação. Quando mais tardia a amputação, ou de outra forma, quando mais idade a pessoa tinha à data da amputação, menor a probabilidade de reabilitação segundo os participantes do presente estudo. Esta ideia de pior reabilitação quanto mais idade o sujeito amputado tem, já foi confirmada por diversos estudos (Umpierre & Tavares, 2017). Uma outra condicionante já bastante conhecida e estudada, como impactante no processo de reabilitação e de prescrição do uso de prótese, é o nível da amputação. Assim, quanto mais membro for amputado maior a dificuldade de reabilitação. (Hagberg et al., 1992) Da mesma forma, o tipo de amputação está muito relacionada com uma pior ou melhor adaptação. É mais fácil reabilitar uma pessoa quando esta sofreu apenas amputação a um membro. (Pernot et al., 1997; Umpierre & Tavares, 2017). Há semelhança do que os estudos mostram, os participantes também consideravam que amputações de apenas um membro, em que se preservava a articulação e realizadas em jovens, eram melhores preditores na reabilitação protésica.

Relativamente aos efeitos psicológicos positivos que o uso de prótese proporciona, os participantes falaram na redução dos sintomas depressivos, que surgiam logo após a amputação, no aumento da sensação de independência e na restauração da autoestima. Sabe-se que o uso de prótese está relacionado com a diminuição da depressão (Horgan & Maclachlan, 2004), sendo, estes resultados congruentes com investigações anteriores. Para Senra et al. (2012) e Webster et al., (2012) a liberdade também foi um resultado encontrado no seu estudo. Com exceção, dos participantes que ainda estavam a aprender a utilizar a prótese, os restantes associavam-na a aumento de autonomia na sua vida diária. Finalmente, houveram participantes que mencionaram a expectativa de voltar para casa, como algo que aumentava a sua dedicação à fisioterapia, e consequentemente ajuda na adaptação protésica.

Uma outra barreira psicológica do presente estudo, foi o impacto da mudança da imagem corporal. Por muitas vantagens que a prótese traga, autores como Gallagher e Maclachlan (2001), chamaram a atenção para o impacto negativo da prótese. Segundo eles a reação inicial à prótese pode ser de choque e desilusão. Atherton (2002) afirma que a discrepância entre o estado físico percebido, e uma imagem corporal previamente estabelecida ou idealizada, pode criar stress emocional. Assim sendo, para a autora a remoção de um membro representa a perda do normal, do corpo perfeito, ao qual os amputados consideram ter direito. As observações de autores como Belon e Vigora (2014) e Pastre, Salioni, Oliveira, Micheletto e Júnior (2005) vão de encontro ao relatado pelos participantes deste estudo. Realmente alguns dos participantes relataram ter sentido que eram pessoas diferentes, quando inicialmente se olharam ao espelho, no entanto, contrariamente à ideia de Pastre et al. (2005), foi a prótese que lhes causou sensação de estranheza, e não o coto.

Por outro lado, alguns participantes mostraram-se preocupados ou incertos acerca do futuro que os aguardava, ponderando quais seriam as consequências a longo prazo da sua condição, ou especulando sobre formas de preencher as lacunas que a amputação trouxe à sua vida. Estas preocupações com os efeitos a longo prazo estão de acordo com o estudo de Gallagher e Maclachlan (2001). Estes autores mencionaram que as suas participantes do sexo feminino, tinham expressado preocupações com a dificuldade em usar saias ou saltos altos. No presente estudo, também houve participantes que expressaram estas inquietações, no entanto, a perspectiva de usar saltos no futuro não era vista como uma preocupação, mas sim, como uma esperança nas possibilidades futuras.

Uma outra variável psicológica que gostaria de mencionar é as expectativas relativamente à prótese. Esta foi uma realidade para alguns dos participantes do estudo, que ficaram desiludidos quando descobriram a realidade funcional, e estética das suas próteses. Atherton (2002) divide

as expectativas criadas pelos amputados em duas categorias: expectativas relacionadas com o funcionamento e os aspetos estéticos do membro artificial, ou a capacidade de imitar um membro real. Neste caso, há que ter em conta que, enquanto alguns dos participantes do presente estudo ficaram desiludidos, um deles ficou agradavelmente surpreendido. O participante reportou ter ganho alento quando ao usar a prótese percebeu que conseguia atingir um nível de funcionalidade desejado.

Relativamente à temática das questões financeiras, alguns participantes partilharam o seu descontentamento com a sua nova situação de desemprego ou reforma. Infelizmente, a relação entre amputação e desemprego é grande (Sinha et al., 2011; Atherton, 2002), principalmente, quando os participantes não concluíram cursos superiores.

Um outro problema identificado pelas pessoas amputadas deste estudo foi, o acesso à reabilitação e a boas próteses. Em temáticas anteriores, mencionaram o papel fundamental que um bom processo de reabilitação tem na adaptação à prótese, assim como, as principais características de uma boa prótese. Ainda assim, alguns participantes reconheceram a dificuldade de acesso a ambas, quando existem obstáculos financeiros. Naidoo e Ennion (2017), realizaram um estudo exatamente acerca de barreiras e facilitadores no acesso à reabilitação, e uma das suas descobertas foi que as limitações financeiras eram obstáculos. Em relação as próteses, os participantes consideravam que materiais melhores e próteses mais avançadas, eram mais caros, e, portanto, não acessíveis a todos os amputados. Uma participante referiu como barreira, a necessidade de ter mais do que uma prótese, pois torna todo o processo mais dispendioso, uma vez que, a maioria das próteses não é impermeável ou adaptada para praticar desporto. Um estudo de Batten et al. (2019), também reportou que os participantes mencionaram próteses impermeáveis, mas como facilitadores, pois permitir-lhes-ia andar na praia. O que se pode assumir é que, enquanto, a própria prótese funcionaria como uma ajuda, o custo associado pode funcionar como um obstáculo.

Relativamente à demográfica do estudo, a maior causa de amputação foi devido a acidente, ou em alguns casos a complicações após o acidente. Para Paste (2005) a maioria das amputações transtibiais por condições traumáticas, é observada em adultos jovens, devido a maior exposição ao trabalho e trânsito. Dos participantes deste estudo mais de metade das amputações traumáticas ocorreram antes dos 35 anos de idade, verificando-se maioritariamente em homens. Apenas um dos casos de amputação por acidente era do sexo feminino. Segundo os resultados de Davie-Smith et al. (2016), a amputação é mais comum em homens, algo que o presente estudo parece também demonstrar. Apesar de, a amostra do estudo ser homogénea relativamente ao sexo dos participantes, na fase de recrutamento os três participantes que

recusação participar, e o que foi excluído por não preencher os critérios, eram todos do sexo masculino.

## **5. Limitações**

O presente estudo apresentava uma população muito heterogénea, em quase todas as características demográficas, não possibilitando a análise de intersecções cruzadas no *NVivo*. O facto de a amputação ser um processo, dificulta que haja uma distinção clara dos vários momentos da reabilitação, e do que influencia cada variável. Isto, pode explicar que os resultados encontrados, sejam muito semelhantes a outros estudos, sobre adaptação à amputação. Outra forma de justificar isto, é que, as perguntas não tenham sido suficientemente claras em alguns momentos.

## **6. Implicações para a prática clínica**

### **6.1. Implicações para a intervenção**

A partir dos resultados encontrados, parece-me importante, que o psicólogo ao recolher a história clínica, do paciente amputado, explore bem a rede de apoio, a motivação para o processo, e as expectativas que o paciente tem relativamente à sua recuperação, e à funcionalidade e estética da prótese. No presente estudo, o apoio social foi visto como uma ajuda fulcral na adaptação à prótese. O apoio funcional e emocional, fornecido pela família, amigos ou mesmo fisioterapeutas, constitui um recurso, sendo assim, prognóstico de bom ajustamento à prótese. Embora, no presente estudo o apoio deficitário não tenha sido considerado uma barreira, especulo pela literatura encontrada, que possa dificultar a adaptação à prótese. Carece, esta ideia, de mais investigação. A motivação para o processo, é um outro tópico que deve ser abordado e trabalhado em psicologia. A força de vontade, foi considerada como a maior razão para um bom ajustamento à prótese. Esta na minha perspetiva, está interligada às expectativas do paciente. Muitas das pessoas amputadas, não tinham noção de como era uma prótese, e assim, o primeiro contacto, por vezes, era um choque. É importante que o psicólogo compreenda quais são as expectativas, e ajude o paciente a reajustá-las caso necessário. Da mesma forma, o estabelecimento de objetivos como estratégia de coping, pode ser motivador, no entanto, também pode desmotivar o participante caso as metas, sejam muito desajustadas ao nível de funcionalidade atual.

Tendo presente as descobertas acerca da importância da aceitação da problemática, e da sua relação, com a comparação social e com a partilha de experiências com outros amputados, considera-se pertinente a dinamização de sessões grupais que permitam isso mesmo. Estas sessões deveriam ser constituídas por pessoas amputadas em diferentes níveis de reabilitação, de modo a, motivar e perpetuar esperança na reabilitação, através daqueles que já têm maior autonomia. O centro do Alcoitão não necessita deste tipo de dinamização, pois a prevalência de doentes com amputação é elevada. No entanto, a grande maioria dos hospitais e centros de reabilitação, não é tão direccionada para esta problemática, tornando-se mais complicado que haja oportunidade de contacto com outros pacientes amputados.

### *6.1.1. Momentos para a intervenção*

Como refleti nas limitações, não parece existir uma distinção clara, entre ajustamento à amputação e ajustamento à prótese, pois os resultados obtidos em ambos os tipos de investigação são semelhantes. Devemos pensar a problemática como um contínuo, e assim, a intervenção psicológica deve começar ainda antes da amputação, se possível. Dos resultados, parecem existir três grandes etapas neste processo de adaptação à prótese: a aceitação da problemática, o processo de reaprendizagem e a reinserção na sociedade, na condição de pessoa amputada.

Assim, a intervenção deve-se centrar primeiro na aceitação, pois não se consegue fazer reabilitação antes que a pessoa aceite o que se passou, a sua nova condição e as limitações que daí advém.

Posteriormente, é necessário apoiar, motivar para a reabilitação, e preparar a pessoa amputada para a realidade do mundo exterior. Aqui, numa nota especial, volto a reforçar a ideia de Bragaru et al. (2013) sobre facultar aconselhamento a pessoas amputadas, para que possam ter ferramentas para lidar com o preconceito. No presente estudo, isto está associado a restrição de atividade, principalmente quando relacionado a maior exposição e visibilidade do membro artificial ou residual, como, ir à praia.

A etapa conclusiva será a reinserção social da pessoa, no final, ou depois do processo de reabilitação física terminar, apoiando-a no retomar à sua vida pessoal e profissional, e nos ajustes necessários.

## **6.2. Treino de profissionais**

É necessário formar mais profissionais de saúde mental, familiarizados com as principais problemáticas psicossociais desta população, assim como, das dificuldades enfrentadas pelos mesmos.

Os instrumentos de avaliação específicos para pessoas amputadas são escassos. De entre os poucos desenvolvidos, destaca-se a *Trinity Amputation and Prosthesis Evaluation Scale* (TAPES) (Gallagher & Maclachlan, 2000), que mede três domínios: ajustamento psicossocial, restrição de atividade e satisfação com a prótese. É importante que os psicólogos que desejem trabalhar com esta população, dominem o aplicação e cotação da escala, de modo a poderem ter uma medida de avaliação mais objetiva. Atualmente não há uma versão adaptada à população português, embora, exista uma versão brasileira, em processo de revisão. (Matos, Naves e Araújo, 2018) Esta ferramenta poderia ainda ser usada, como meio de ligação com os médicos e protésicos, encarregues da confecção da prótese, e do processo de reabilitação física. É uma medida concreta, que pode ajudar a perceber de forma clara, quais as áreas da prótese que segundo o amputado, ainda podem ser melhoradas (por exemplo, aspetos a nível estético).

## 7. Conclusão

O estudo proporcionou perspectiva, sobre algumas das condicionantes e limitações, que surgem após a amputação. Nalguns casos, as novas adaptações não eram vistas como barreiras, mas sim, como parte do processo normal, de quem passa por uma amputação. Da mesma forma, foi possível dar voz aos participantes para que eles descrevessem, o que realmente consideram ajudar a sua adaptação à prótese. Os resultados encontrados, foram de encontro a literatura já existente, embora, não se tenha encontrado estudos que, procurassem estudar diretamente, a relação entre barreiras e facilitadores, e adaptação à prótese. Desta forma, o estudo tem o seu carácter mais inovador, por proporcionar perspectiva sobre o que pode, durante o processo de adaptação, ajudar ou dificultar as pessoas amputadas, a adaptarem-se à sua nova condição de usuário de prótese.

Parece-me que a temática das barreiras e facilitadores, pelo menos psicossociais, tem ganho mais relevância nos últimos anos, pois, os estudos são todos relativamente recentes. Isto aponta, para um interesse crescente nesta área, da adaptação à amputação, que carece ainda de alguma investigação, principalmente a nível nacional. As variáveis mais mencionadas como potenciadoras, de ajudar na adaptação, eram todas de carácter intrínseco ou social, sendo, a mais fulcral, na perspectiva dos participantes, a sua própria força de vontade, e a capacidade de se aceitarem, após a amputação. Da mesma forma, quando questionados sobre as maiores barreiras, destacavam-se os pensamentos derrotistas, o preconceito social, a restrição de atividades e as novas aprendizagens. Aqui, mais uma vez, se pode dar conta da atribuição

intrínseca, que os participantes fazem do sucesso ou insucesso, do seu processo de adaptação. Aqui surge também a ideia de estabelecer objetivos, desafiando-se à medida que a sua adaptação progride. Assim, pode-se compreender que a pessoa amputada se motiva, estabelecendo metas futuras, que lhe proporcionam esperança, responsabilizando-se pelo seu percurso de adaptação. Ora, desta forma, conclui-se, que na perspetiva dos participantes, a adaptação à prótese é extramente dependente da pessoa, e do seu estado psicológico.

O presente estudo parece ainda apontar para o carácter psicossocial, como fundamental na adaptação da pessoa amputada, tanto pela positiva, quando os participantes refletem na importância do apoio técnico e familiar, como, na negativa através do comportamento preconceituoso, sendo este, intencional ou não, dos outros membros da sociedade.

A psicologia tem aqui o seu papel fundamental, não só, em acompanhar a pessoa amputada, neste processo de aceitação da sua nova condição, motivando-a e apoiando-a na construção, e obtenção, dos objetivos propostos, mas também, na preparação para o novo mundo ambiental e social, que é muitas vezes visto, como desadaptado para pessoas com amputação.

## 8. Referências

- Adegoke, B. AO., Kehinde, A. O., Akosile, C. O., & Oyeyemi, A. L. (2012). Quality of life of nigerians with unilateral lower limb amputation. *Disability, CBR and Inclusive Development Journal*, 23(4), 76-88. doi: 10.5463/DCID.v23i4.192
- Atherton, R. J. (2002). Psychological Adjustment to Lower Limb Amputation. University of Leicester, Leicester, Reino Unido. Disponível em: <https://lra.le.ac.uk/handle/2381/31329>
- Batten, H., Lamont, R., Kuys, S., McPhail, S., & Mandrusiak, A. (2019). What are the barriers and enablers that people with a lower limb amputation experience when walking in the community? *Disability and Rehabilitation*, 1–7 . doi: 10.1080/09638288.2019.1597177
- Belon, H., & Vigoda, D. (2014). Emocional Adaptation to Limb Loss. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(1), 53-74. Doi: 10.1016/j.pmr.2013.09.010
- Bergo, M. F. C., & Prebianchi, H. B. (2018). Emotional aspects present in the lives of amputees: a literature review. *Psicologia - Teoria e Prática*, 20(1), 33-46. doi: 10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60
- Bragaru, M., Wilgen, C. P., Geertzen, J. H. B., Ruijs, S. G. J. B., Dijkstra, P. U., & Dekker, R. (2013). Barriers and Facilitators of Participation in Sports: A Qualitative Study on Dutch Individuals with Lower Limb Amputation. *PLOS ONE*, 8(3), e59881. doi: 10.1371/journal.pone.0059881
- Brookmeyer, R., & Gray, S. (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in ageing populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, 19(11-12), 1481–1493. doi: 10.1002/(sici)1097-0258(20000615/30)19:11/12<1481::aid-sim440>3.0.co;2-u
- Burden, N., Simpson, J., Murray, C., Overton, P. G., & Powell, P. A. (2018) Prosthesis use is associated with reduced physical self-disgust in limb amputees. *Body Image*, 27, 109–117. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.08.001
- Burger, H., Marincek C. R. T., & Isakov, E. (1997). Mobility of persons after traumatic lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation*, 19(7), 272-277. doi: 10.3109/09638289709166538
- Collin, C., & Collin, J. (1995). Mobility after lower-limb amputation. *British Journal of Surgery*, 82(8), 1010–1011. doi:10.1002/bjs.1800820803
- Couture, M., Desrosiers, J., & Caron, C. D. (2012). Coping with a Lower Limb Amputation due to Vascular Disease in the Hospital, Rehabilitation, and Home Setting. International Scholarly Research Network Rehabilitation, 1–9. doi:10.5402/2012/179878
- Darnall, B. D., Ephraim, P., Wegener, S. T., Dillingham, T., Pezzin, L., Rossbach, P., & MacKenzie, E. J. (2005). Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with limb loss: Results of a national survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(4), 650–658. doi:10.1016/j.apmr.2004.10.028

- Davie-Smith, F., Paul, L., Nicholls, N., Stuart, W. P., & Kennon, B. (2016). The impact of gender, level of amputation and diabetes on prosthetic fit rates following major lower extremity amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 41(1), 1-7. doi: 10.1177/0309364616628341
- Desmond, D., & Maclachlan, M. (2002). Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: a 25 year review of psychology in prosthetics and orthotics international. *Prosthetics and Orthotics International*, 26(3), 182-188. Doi: 10.1080/03093640208726646
- Durmus, D., Safaz, I., Adıgüzel, E., Uran, A., Sarısoy, G., Goktepe, A. S., & Tan, A. K. (2015). The relationship between prosthesis use, phantom pain and psychiatric symptoms in male traumatic limb amputees. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 45–53. doi:10.1016/j.comppsy.2014.10.018
- Felixon, L., & Johansson, M. (2019). Activity and participation in individuals who have received lower limb prostheses from exceed: a qualitative study conducted in cambodia. Jönköping University- School of Health and Welfare, Jönköping, Suécia. Disponível em: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1326976/FULLTEXT01.pdf>
- Fisher, K., & Hanspal, R. S. (1998). Phantom pain, anxiety, depression and their relation in consecutive patients with amputated limbs: case report. *BMJ*, 316(7135), 903-904. doi: 10.1136/bmj.316.7135.903
- Fishman, S. (1977). Education in prosthetics and orthotics. *Prosthetics and Orthotics International*, 1(1), 52-55. doi: 10.3109/03093647709164607
- Flannery, J. C., & Faria, S. H. (1999). Limb loss: alterations in body image. *Journal of Vascular Nursing*, 17(4), 100-106. doi: [https://doi.org/10.1016/S1062-0303\(99\)90036-5](https://doi.org/10.1016/S1062-0303(99)90036-5)
- Gallagher, P., & Maclachlan, M. (2000). Development and psychometric evaluation of the trinity amputation and prosthesis experience scale (TAPES). *Rehabilitation Psychology*, 24(2), 130-154. doi: 10.1037//0090-5550.45.2.130
- Gallagher, P., & Maclachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics*, 24(3), 196–204. doi: 10.1080/03093640008726548
- Gallagher, P., & Maclachlan, M. (2001). Adjustment to an artificial limb: A qualitative perspective. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 85-100. doi: 10.1177/135910530100600107
- Gallagher, P., Allen, D., Maclachlan, M. (2001). Phantom limb pain and residual limb pain following lower limb amputation: a descriptive analysis. *Disability and Rehabilitation*, 23(12), 522–530. doi:10.1080/09638280010029859
- Geertzen, J. H. B., Martina, J. D., & Rietman, H. S. (2001). Lower limb amputation Part 2: Rehabilitation - a 10 year literature review. *Prosthetics and Orthotics International*, 25(1), 14–20. doi:10.1080/03093640108726563
- Grzebień, A., Chabowski, M., Malinowski, M., Uchmanowicz, I., Milan, M., & Janczak, D. (2017). Analysis of selected factors determining quality of life in patients after lower limb amputation- a review article. *Polish Journal of Surgery*, 89(2), 57-61. doi: 10.5604/01.3001.0009.8980

- Hagberg, E., Berlin, O. K., & Renstrom, P. (1992). Function after through-knee compared with below-knee and above-knee amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 16, 168-173. doi: 10.3109/03093649209164336
- Horgan, O., & Maclachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower limb amputation: A review. *Disability & Rehabilitation*, 26(14-15), 837–850. doi: 10.1080/09638280410001708869
- Jones, L., Hall, M., & Schuld, W. (1993). Ability or disability? A study of the functional outcome of 65 consecutive lower limb amputees treated at the Royal South Sydney Hospital in 1988-1989. *Disability and Rehabilitation*, 15(4), 184–188. doi:10.3109/09638289309166010
- Kashani, J. H., Frank, R. G., Kashani S. R., Wonderlich, S. A., & Reid J. C. (1983). Depression among amputees. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44(7), 256-258
- Lindesay, J. E. B. (1985). Multiple Pain Complaints in Amputees. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78(6), 452–455. doi:10.1177/014107688507800606
- Littman, A. J., Bouldin, E. D., & Haselkorn, J. K. (2017). This is your new normal: A qualitative study of barriers and facilitators to physical activity in Veterans with lower extremity loss. *Disability and Health Journal*, 10(4), 600–606. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.03.004
- Matos, D. R., Naves, J. F., & Araujo, T. C. (2018) Adaptação transcultural da Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales: revised (TAPES-R): avaliação dos processos psicossociais envolvidos no ajuste à amputação e à prótese. *Acta. Fisioterapia*, 25 (3).
- Naidoo, U., & Ennion, L. (2018). Barriers and facilitators to utilisation of rehabilitation services amongst persons with lower-limb amputations in a rural community in South Africa. *Prosthetics Orthotics International*, 43(1), 95-103. doi: 10.1177/0309364618789457
- Oaksford, K., Frude, N., & Cuddihy, R. (2005). Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 266– 277. doi: 10.1037/0090-5550.50.3.266
- Oliveira, A. R. (2001). O sujeito amputado. In R. A. Oliveira (Eds). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física- uma abordagem Psicoterapêutica da Incapacidade Física Adquirida*, (32-39). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Parkes, C., M. (1975). Psychosocial Transitions: Comparison between Reactions to loss of a Limb and Loss of a Spouse. *British Journal of Psychiatry*, 127(3), 204–210. DOI: 10.1192/bjp.127.3.204
- Pastre, C. M., Salioni, J. F., Oliveira, B. A. F., Micheletto M., & Júnior, J. N. (2005). Fisioterapia e amputação transtibial. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(2), 120–4.
- Penninx, B. W., Leveille, S., Ferrucci, L., Eijk, J. T., & Guralnik, J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1346–1352. doi:10.2105/ajph.89.9.1346
- Pernot, H., Witte, L., Lindeman, E., & Cluitmans, J. (1997). Daily functioning of the lower extremity amputee: an overview of the literature. *Clinical Rehabilitation*, 11(2), 93–106. doi: 10.1177/026921559701100202

- Pinzur, M. S., Gold, J., Schwartz, D., & Gross, N. (1992). Energy demands for walking in dysvascular amputees as related to the level of amputation. *Orthopedics*, 15(9), 1033-1037.
- Rybarczyk, B., Behel J., & Szymanski, L. (2010). Limb Amputation. In R. G. Frank, M. Rosenthal, & B. Caplan (Eds). *Handbook of Rehabilitation Psychology, American Psychological Association*, (29-42). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/15972-002
- Schaffalitzky, E., Gallagher, P., Maclachlan, M., & Ryall, N. (2011). Understanding the benefits of prosthetic prescription: exploring the experiences of practitioners and lower limb prosthetic users. *Disability and Rehabilitation*, 33(15-16), 1314–1323. doi: 10.3109/09638288.2010.529234
- Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I., & Vieira, C. (2011). Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 26(2), 180–191. doi:10.1177/0269215511410731
- Shukla, G. D., Sahu, S. C., Tripathi, R. P., & Gupta, D. K. (1982). A Psychiatric study of Amputees. *British Journal of Psychiatry*, 141(1), 50–53. doi: 10.1192/bjp.141.1.50
- Silva, A. (2006). Amputação e Reabilitação Estudo dos Aspectos Psico-Legais do Sujeito com Amputação. Instituto Superior de Psicologia Aplicada-ISPA, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/925>
- Sinha, R., Heuvel, W. J., & Arokiasamy, P. (2011). Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prosthetics and Orthotics International*, 35(1), 90–96. doi:10.1177/0309364610397087
- Twillert, S., Stuive, I., Geertzen, J., Postema, K., & Lettinga, A. (2014). Functional performance, participation and autonomy after discharge from prosthetic rehabilitation: Barriers, facilitators and outcomes. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(9), 915–923. doi: 10.2340/16501977-1846
- Umpierre, B. R., Tavares, E. S. (2017). Aspectos clínicos associados à dificuldade de adaptação à prótese de usuários amputados de membros inferiores: uma revisão bibliográfica. *Revista da Mostra de Trabalhos de Conclusão de Curso*, 1(1), 209-221. Disponível em: [revista.urcamp.tche.br/index.php/rcmtcc/article/view/1669/1076](http://revista.urcamp.tche.br/index.php/rcmtcc/article/view/1669/1076)
- Wald, J., & Alvaro, R. (2004). Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors. *Journal of Rehabilitation*, 70(4), 6-15.
- Washington, E. D., & Williams, A. E. (2014). An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being. *Prosthetics and Orthotics International*, 40(1), 44–50. doi: 10.1177/0309364614556838
- Webster, J. B., Hakimi, K. N., Williams, R. M., Turner, A. P., Norvell, D. C., & Czerniecki, J. M. (2012). Prosthetic fitting, use, and satisfaction following lower-limb amputation: A prospective study. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(10), 1493. doi:10.1682/jrrd.2012.01.0001

Ziegler-Graham, K., MacKenzie, E. J., Ephraim, P. L., Travison, T. G., & Brookmeyer, R. (2008). Estimating the Prevalence of Limb Loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(3), 422–429. doi: 10.1016/j.apmr.2007.11.0

## **ANEXOS**

**Anexo A-** Tabela do Guião da Entrevista

Tabela 1

**Guião para Entrevista Semiestruturada**

Blocos Temáticos	Objetivos	Questões Centrais	Observações
Legitimação da Entrevista	- Apresentação -Completamento do Consentimento Informado		
Dados Pessoais	- Idade - Saber o nível da amputação (acima, abaixo ou pelo joelho)		- Ignorar a questão do nível, caso seja visivelmente perceptível.  - Também se pretende saber o sexo do indivíduo, no entanto, isso é observável.
Perda do membro	- Saber qual a causa que levou à perda do membro -Conseguir distinguir entre perda traumática (ex.: acidente de carro) ou perda por doença prolongada (ex.:doença vascular, diabetes...)	1. Pode descrever-me como aconteceu a perda do seu membro?	

Tabela 1- Continuação

Blocos Temáticos	Objetivos	Questões Centrais	Observações
Processo de amputação e ajustamento emocional à prótese	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber as mudanças que ocorreram desde o momento da amputação até ao processo de reabilitação</li> <li>- Saber se a pessoa considera que existem variáveis psicológicas inerentes a este processo, e se sim, de que forma era o seu funcionamento psicológico antes da prótese e depois da mesma</li> <li>-Averiguar a situação atual, e comparar com a inicial. Perceber barreiras que persistam até aos dias atuais ou novas barreiras que surgem com a utilização prolongada da prótese.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como foi o processo desde a amputação até ao uso da prótese?</li> <li>2. Pode dizer-se que existem mudanças a nível psicológico depois de começar a usar a prótese? Se sim, quais?</li> <li>3. Como se sente agora? Está a ter algum problema ou dificuldade em particular com a prótese?</li> </ol>	

Tabela 1- Continuação

Blocos Temáticos	Objetivos	Questões Centrais	Observações
Barreiras	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber quais as principais barreiras percebidas pelo participante na adaptação à prótese.</li> <li>- Abordar os físicos, sociais e psicológicos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quais considera terem sido as maiores dificuldades na adaptação à prótese?</li> </ol>	
Facilitadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Saber quais os principais facilitadores percebidas pelo participante na adaptação à prótese.</li> <li>- Abordar os físicos, sociais e psicológicos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Considera que existiram fatores que o ajudaram a adaptar-se mais facilmente ao uso da prótese? Se sim, quais?</li> </ol>	
Oportunidade para outros temas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber de uma perspectiva individual, qual o aspecto que a pessoa considera como mais importante no processo de ajustamento à prótese. Avaliar se os aspectos mencionados são predominantemente psicológicos.</li> <li>-Dar ao participante oportunidade, depois de ouvir as perguntas, de expressar algo que considere importante e que não tenha sido abordado pela investigadora.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Tendo em conta a sua experiência, se pudesse dar um conselho a alguém, para o ajudar a lidar melhor com a prótese, qual seria?</li> <li>4. Gostaria de acrescentar algo que ache importante?</li> </ol>	

## Anexo B- Consentimento Informado entregue aos participantes



### Informação ao Participante e Formulário de Consentimento Informado do Estudo

#### “Barreiras e Facilitadores na Adaptação à Prótese em Pessoas Amputadas a Membros Inferiores”

##### Folha de Informação ao Participante

Este consentimento poderá conter palavras que não compreende. Por favor, peça ao responsável do estudo para lhe explicar quaisquer palavras ou informações que não compreenda claramente.

Emo. Sr. (a)

Eu, Ana Isabel Barata Marques, aluna do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, solicito a sua participação na investigação “Barreiras e Facilitadores na adaptação à Prótese em Pessoas Amputadas a Membros Inferiores”. Este projeto está a ser desenvolvido no âmbito da Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, orientado pelo Professor Doutor Telmo Mourinho Baptista, Professor Auxiliar da FPUL.

O presente estudo pretende conhecer as suas vivências relacionadas com o processo de amputação e de adaptação ao uso de prótese. Os participantes devem ter idade igual ou superior a dezoito anos, ter sofrido uma amputação a pelo menos um membro inferior e usar prótese à três ou mais anos.

Assim sendo, caso deseje participar no estudo, ser-lhe-á pedido que responda a algumas perguntas de dados sociodemográficos (por exemplo, idade e género) e a outras relacionadas com a sua experiência de amputação e ajustamento à prótese. A entrevista, que será gravada em formato áudio, não terá mais do que 30 minutos, sendo a sua participação completamente voluntária, podendo caso o deseje, desistir a qualquer momento sem que hajam consequências disso para si.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) e obedece às normas estabelecidas pela Comissão de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Assim os dados obtidos, apesar de não serem anónimos, são para uso exclusivo

Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa

Tel +351 217943655 Fax +351 217933408

[www.fp.ul.pt](http://www.fp.ul.pt) geral@fp.ul.pt

**Anexo B- Continuação de Consentimento Informado entregue aos participantes**

deste estudo, garantindo-se a confidencialidade dos mesmos. As gravações áudios serão apagadas após a conclusão da investigação.

Caso seja da sua vontade, poderá obter informações acerca dos resultados e conclusões da presente investigação, sensivelmente seis meses após a sua participação no estudo. Para isso poderá fazê-lo através do email [anaisabelmarques251@gmail.com](mailto:anaisabelmarques251@gmail.com) ou do número de telemóvel \_\_\_\_\_ ambos correspondentes à investigadora proponente.

Ao assinar, declara ter lido e compreendido este documento, bem como os esclarecimentos e as informações verbais que lhe foram transmitidas. Desta forma, aceita participar neste estudo e permite a utilização dos dados que de forma voluntária fornece, consoante a garantia de confidencialidade.

Obrigada pela sua colaboração!

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2019

\_\_\_\_\_  
(Participante)

Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2019

\_\_\_\_\_  
(Investigadora)

**Anexo C- Tabela de Dados Demográficos**

Tabela 2

**Tabela de Dados Demográficos**

	Idade	Género	Causa	Tipo de Amputação	Nível da Amputação	Tempo de uso de Prótese
Participante 1	Entre 20 e 30 anos	Masculino	Acidente	Um membro inferior	Abaixo do joelho	Menos de um ano
Participante 2	Entre 50 e 60 anos	Masculino	Problemas Cardiovasculares	Um membro inferior	Abaixo do joelho	Mais de um ano
Participante 3	Entre 40 e 50 anos	Masculino	Acidente	Um membro inferior	Abaixo do joelho	Mais de 20 anos
Participante 4	Entre 60 e 70 anos	Feminino	Diabetes e Problemas Cardiovasculares	Um membro inferior	Abaixo do joelho	Menos de um ano

Tabela 2- Continuação

Participante 5	Entre 50 e 60 anos	Feminino	Diabetes	Um membro inferior	Abaixo do joelho	Mais de um ano
Participante 6	Entre 40 e 50 anos	Masculino	Acidente	Um membro inferior	Acima do joelho	Mais de um ano
Participante 7	Entre 30 e 40 anos	Feminino	Septicemia	Biamputação	Abaixo do joelho	Menos de um ano
Participante 8	Entre 50 e 60 anos	Masculino	Acidente	Um membro inferior	Abaixo do joelho	Mais de um ano

Tabela 2- Continuação

Participante 9	Entre 50 e 60 anos	Feminino	Acidente	Biamputação	Acima do joelho	Mais de um ano
Participante 10	Entre 60 e 70 anos	Feminino	Cancro	Um membro inferior	Acima do joelho (desarticulação da anca)	Mais de 20 anos

**Anexo D- Verbatim da Entrevista da Participante 9**

**Dona X, primeiro gostava de lhe perguntar que idade é que tem?**

Cinquenta e cinco.

**Corrija-me se estiver errada, o nível da sua amputação é acima do joelho?**

**Correto?**

É, é transfemural.

**Então se calhar começava por lhe pedir, para me contar como é que aconteceu perder as suas pernas...**

Eu perdi as pernas num acidente de viação. Ou seja, eu estou a trabalhar, estou a descarregar um carro... estou na bagageira do carro, num sábado à tarde, numa rua de X, praticamente sem movimento... duas faixas, sentido único... e vai um autocarro... e pura e simplesmente, fiquei entre os dois carros... entre o carro e o autocarro, portanto é... pronto, e a perna esquerda já nem sequer chegou ao hospital porque foi amputada imediatamente com o embate... e a perna direita, portanto, quando acordei de tudo, também já não tinha. Mas tive sempre consciente, até chegar ao hospital X estive sempre consciente, eu tive sempre a noção do que se iria passar. Quer dizer, não sei... na altura não pensei vou ficar sem as duas pernas, ok. Uma tinha quase a certeza, porque, olhei e a massa que eu vi do lado esquerdo, fiquei logo com a sensação de que era a minha perna que estava ali ao lado. A outra ainda tinha alguma esperança, mas quando chegou o INEM, faz o garrote e não sei quê... foi a primeira coisa que eu perguntei à enfermeira, quando acordei, foi saber se tinha pernas. E ela disse: “não, não tem”.

**Ok, e consegue-me descrever também como é que foi esse processo, ou seja, desde que ficou amputada até começar a usar uma prótese?**

Foi um processo... são processos que eu acredito muito complicados, e que psicologicamente nós passamos por todas as fases e mais algumas, e continuamos a passar por elas, não é? Você não está preparada para de repente não ter pernas... portanto eu, se ao princípio... nós, ao princípio acho que nem damos muito por aquilo que nos está a acontecer, porque é uma coisa tao rápida, que você nem tem muita noção do que é que vai ser a sua vida daqui para a frente. Porque (não foi compreensível) uns dias, tive que fazer uma série de

operações, tinha a bacia também concretamente desfeita... tinha os ossos partidos, fiquei com umas cicatrizes, tenho aqui umas placas, e tudo isso. Não foi só amputação. Você não sabe muito bem o que vai acontecer a seguir. Se bem que eu tenho um espírito mais ou menos positivo e realmente foi importantíssimo tudo o que eu tive à volta, desde a família, aos amigos... o acompanhamento a nível hospitalar, que X foi fantástico, e aquela equipe realmente é maravilhosa. Que me apoiou imenso, dois dias depois eu tinha uma psicóloga comigo, que tentou dar apoio às minhas filhas. Tenho X, mas duas delas viviam comigo, viviam e vivem comigo. Os outros já são mais velhos, mas elas realmente ultrapassaram. Ultrapassaram realmente, não quiseram esse acompanhamento psicológico, do psicólogo... mas você não percebe muito bem, o que é que lhe vai acontecer a seguir, você não tem bem a noção de tudo o que se vai passar a seguir. Há ali ainda um bocadinho, claro, que com o tempo vai tendo consciência de que a sua vida não tem nada a ver com aquilo que era. É aprender tudo de novo, é começar... e depois não saber o que é que lhe vai acontecer. Porque acha que realmente agora não tem pernas, mas acha que vai... vais, vais ter umas próteses. Algum dia me passou pela cabeça que eu para ter uma prótese, tenho uns encaixes que vêm até aqui acima da anca. Eu achava que era chegar ali, prendia qualquer coisa e não sei quê... agora todo este processo de adaptação... e depois eu tive montes de problemas, infeções, apanhei tudo quanto havia para apanhar. Infeções a nível de hospital, estive hospitalizada seis meses antes de vir para aqui. Foi um processo muito complicado. E depois de estar aqui, ainda tive de ser operada mais duas vezes, por causa de uma rejeição que fiz a um produto. E o seu mundo fica parado. E depois é aprender de novo. E depois chegasse aqui, realmente tem-se aqui algum apoio, há aqui gente muito profissional e que nos leva a acreditar que sim, que vai tudo correr bem... mas que nem sempre é assim, depois quando se metem seguros começam-se a complicar, sei lá... lembro-me que as minhas próteses desde que o gabinete ali, com o estudo foi feito, e eu vi quais eram as próteses que eventualmente eu me estava a adaptar melhor, demorou seis meses a responder. Foram seis meses que eu estive aqui, com a ajuda desta gente que é fantástica, (não foi compreensível) acabei por estar aqui com a vida em suspenso. E depois quando se sai daqui... eu estive aqui um ano e meio... eu estive aqui um ano e meio, porque não tinha casa adaptada, porque o mundo lá fora, não está preparado para cadeira de rodas, nem pouco mais ou menos, nem as casas... e depois chegasse lá fora e as coisas são todas diferentes. A pessoa não tem condições, não faz nada que quer, nem que gosta, nem que fazia, e às tantas já começo a pensar o que é que estou aqui a fazer? Porque é que eu estou cá? Mas depois eu tenho de pensar que tenho filhas e que tenho vida, e que por qualquer motivo, nem que seja para ajudar alguém na mesma condição... e vai dando, e vai tentando, cada vez fazer um bocadinho melhor. E hoje as

próteses não estão bem, e vai-se aqui e tentasse que as coisas estejam ajustadas e depois vai à fisioterapia, e tem gente ótima que lhe diz você é capaz, e consegue, e a gente vai fazendo... é assim a vida, mas é complicada. Complicada, você perde o emprego, perde os amigos, perde tudo... perde a sua liberdade... esta é a minha experiência.

### **Quando diz que perde os amigos...**

Perde, perde-se... porque é assim, quando você tem o acidente aparece toda a gente e mais alguém, você depois vai passar por um período de internamento, e as pessoas vão... hoje vão, depois amanhã já não vão, depois o outro já não vai, depois você estava em X e vem para Alcoitão, e é longíssimo e então vai se telefonando. Às vezes telefonasse, depois deixa-se de se telefonar, depois há outra coisa que acontece... e as pessoas ficam três ou quatro... isso acaba por... mas não é só comigo, é comigo e com qualquer pessoa que passe por um processo quer de amputação, quer de doença prolongada, quer... as pessoas vão acabando por... estão no meio, não podem ir, porque se eu quiser ir a qualquer lado tenho de primeiro pensar se eu posso ir com eles, se eu tenho condições para ir, e isso são uns entraves terríveis. Não posso ir jantar consigo a qualquer lado, posso chegar lá consigo e não conseguir entrar, portanto, isto acaba por nos limitar bastante em tudo.

### **Há bocado quando me disse, que se passa por todas as fases e mais algumas, consegue-me identificar da sua experiência porque fases é que passou?**

Consigo.... Consegue-se passar por aquela fase você acha... acredita que vai tudo correr bem... e que pronto vamos voltar... eu acreditava que ia voltar a trabalhar no sítio onde trabalhava, não fazia as coisas de uma maneira ia fazer de outra. Para mim era ponto assente que ia voltar. Depois há aquela fase que você não acredita, é assim, não vou voltar não vou fazer, não acredito em nada disto, eu não quero estar aqui, e apetece-me desistir. E depois passa para aquela fase, será que eu vou conseguir? E o que é que eu tenho de fazer para conseguir lá chegar? E todos os dias tem de lutar contra você própria para se levantar e para ir tentar fazer aquilo. Isso são as fases mesmo terríveis, e aí eu, pela psicologia, tenho psicóloga, tenho psiquiatra... tem me dado algum apoio nesse aspeto não é. Porque eu acho que sozinha também se calhar já tinha desistido, honestamente.

### **Está a ser acompanhada? Psicologia?**

Neste momento não, neste momento só estou com a psiquiatria.

**Destas três fases que me falou do seu processo, consegue-me metê-las por ordem?  
Emparelhar em que altura do processo, é que foi cada fase?**

Da desistência?

**Essa primeira fase de acreditar que consegue...**

Isto quando você tem o acidente você acredita...

**Foi logo imediatamente após o acidente?**

É, porque ainda está naquela fase que não tem muita consciência daquilo que lhe aconteceu, e de quais são os entraves que daí para a frente você esta sujeita. Porquê? Porque nós quando estamos com todas as nossas capacidades, nem nos apercebemos das dificuldades que é, por exemplo, andar de cadeira de rodas... ou... passa-nos completamente ao lado. Hoje tenho uma consciência completamente diferente, sei lá, das barreiras do que tinha na altura. Como atravessava tão facilmente as coisas, se calhar não pensava tanto nos outros. Hoje dou por mim a pensar muito nos outros, aliás, de tentar ajudar a outra pessoa, porque eu acho que infelizmente... nós tivemos um grupo engraçado aqui em Alcoitão, quando eu vim para cá havia uma taxa etária muito engraçada, e tínhamos pronto, um grupo muito giro e... com um outro rapaz que também teve um acidente, mas que felizmente recuperou bastante, uma amputação parcial de um pé, fizemos um grupo para ir exatamente aos hospitais falar com as pessoas... e dizer -lhes que e possível ter uma vida, não é que eu tenha assim uma vida muito flauteada, porque não tenho... ainda estou naquela fase de adaptação...vivia em X, fui viver para X, porque a minha casa em X tinha dezoito degraus, impossível obras, portanto, ainda não tenho carro adaptado, portanto, fico sempre dependente que alguém me tire de casa, que alguém me vá levar a casa... esta dependência é uma coisa que psicologicamente me deita abaixo, enquanto, eu não conseguir ter todas estas metas ultrapassadas eu acho que não me sinto, nem pouco mais ou menos realizada. Porque eu estou dependente, e para quem sempre foi independente, fazia tudo e mais alguma coisa, agora pense numa situação em que está dependente... é muito complicado.

**Então, essa primeira fase que me falou surge logo imediatamente após a amputação... depois a outra fase, mais pessimista mais derrotista, que me falou, seria mais ou menos em que período?**

Olhe, começa logo mesmo na altura do hospital, quando você está no hospital, começa a perceber que tem umas cicatrizes que não fecham, que estão sempre a drenar, que apanham

tudo o que é bactérias... começa a pensar “eu não vou sair daqui nunca mais”. Passei quatro meses completamente deitada, chega ao ponto de dizer: “isto só vai fazer sofrimento”. Portanto aí vai mesmo, mesmo as mudanças do hospital X, o X tem uma equipa fantástica contrariamente ao outro hospital, que aquilo não é assim tão... uma pessoa que foi... sei lá, acho que toda a gente é muito mimada em X, e chega ao outro, você tem um choque que é uma coisa... e aí você não quer fazer, não quer. Não se consegue levantar, não se consegue mexer, eu não me conseguia mexer para lado nenhum, e depois começa com o tempo, sente-se ali tão preso, tão impotente, que é isso. A psicologia era fundamental, era isso, era fazer-nos acreditar que realmente a coisa pode ser diferente. Depois comecei a fisioterapia, depois já me conseguia levantar, mas passado três meses quando me deixaram ir à casa de banho tomar um banho... disseram-me assim: “há podes ficar o tempo que quiseres a tomar banho”. Aquilo para mim foi a melhor coisa do mundo! Não passa pela cabeça de ninguém, não nos passa. Mas para mim disserem: “hoje vamos sentar-te na cadeira, e podes ir para a casa de banho tomar banho o tempo que quiseres...”. Eu até beijinhos dei ao enfermeiro... porque realmente... para ver o ponto de desespero a que a gente chega...e pronto, e depois é o trabalho de acreditar que podemos, e temos de acreditar que vamos fazer uma vida diferente, e é isso que eu tento todos os dias acreditar. Que há mais vida... perdi o emprego é certo, que eu gostava muito, não tem condições. Como eu costumo dizer, ou estavam lá os clientes ou estava eu, aquilo é uma coisa tão pequenina. Pronto, e é alterar e ir à procura de criar outros objetivos, e é isso que estou a fazer. Arranjei um trabalho online que me dá algum gozo, pelo menos mantêm-me a cabeça durante uns tempos ocupada, que de momento não posso sair. Depois quero ir para o desporto, quero ir ajudar pessoas que estejam na minha situação, ou situações de trauma. E pronto, com as próteses já consigo dar uns passos, já consigo ultrapassar algumas barreiras, não tem sido fácil, todo este processo porque prontos, por uma razão ou outra, as coisas têm sido complicadas... saí daqui criei uma ferida, em que tive dois meses quase sem poder fazer carga, depois isto aqui também se complicou. Os concursos públicos fizeram com que os (não foi compreensível), isto, demorassem mais não sei quantos meses... é tudo assim muito lento, e pronto a gente... depois a gente, vai perdendo também, porque se ganha alguma prática ao andar, ao ficar parado vai o processo todo para trás. Damos dois passos para a frente um para trás, tem sido esta a minha vida há dois anos, é esta... o acidente foi em 2016 em X, estamos... daqui a quase faz três anos, e é assim.

**Portanto a 3º fase, quando é que entrou nessa fase? Na fase do será que consigo...**

Eu todos os dias luto por essa fase, eu quando fui para casa achei que as coisas iam ser fantásticas, e isto aqui é uma bolha, Alcoitão. Aqui tudo está preparado para nós, lá fora a coisa é bem diferente, e portanto, aqui eu estava na residência, (não foi compreensível) até tinha alguma independência. Fazia tudo sozinha, isso é verdade que faço tudo sozinha, a nível de casa não dependo de ninguém, cozinhar e assim, faço tudo. Mas realmente achei que chegava lá fora e conseguia ultrapassar tudo, e depois pronto, olhe, vou criando todos os dias um objetivo diferente, e prontos, é assim. Estou num grupo de corrida, engraçada e pronto. Tentando todos os dias fazer alguma coisa nova.

**E há quanto tempo é que tem as suas próteses?**

As minha próteses... minhas minhas... em abril de... 2018.

**Há quanto tempo é que usa prótese?**

Comecei a vir para aqui maio... março... adaptação, isto vai-se passando aqui por muitas fases, sem fazer adaptação, para aí em agosto. Primeiro trabalho com umas coisas muito rudimentares, depois fui evoluindo, já tenho felizmente umas próteses melhorzinhas, já são biónicas que me facilita assim o passo. Já são uma geração mais avançada e que me percebe, consoante o peso que eu faço elas vão também ajudando. As que eu tinha primeiro não era nada disto, quando se começa a fazer alguma marcha, eram dois paus direitos que não fazem nada. E só toc, toc, toc...

**Um ano e meio, por assim dizer?**

Sim, por assim dizer.

**Ok, acha que se pode dizer que a partir do momento em que a pessoa começa a usar a prótese existe uma mudança a nível psicológico?**

Existem, existem, existem... existem muitas mudanças. Tecnicamente, depois depende muito do tipo de amputação que se tem. Uma coisa é você ter uma amputação, de uma perna e essa perna ser só abaixo do joelho, ou ter mesmo uma amputação biltareal mas abaixo do joelho, outra coisa, e ser acima do joelho, e só ser uma perna, ou serem as duas, que é o meu caso. Que eu acho que deve ser a pior coisa. Quando se tem uma perna de alguma forma, você consegue saltar ao pé coxinho como se costuma dizer. Não está lá a outra perna, mas você consegue, eu não consigo fazer isso. E, portanto, o que é que acontece, a minha biamputação e como é acima,

acaba por me fazer subir, e então fico aqui, fisicamente é complicado. É uma mudança completa.

**Não sei se estou a perceber, tem de me explicar melhor.**

Não, fisicamente, você olha para o espelho, olha e não se reconhece não é, e embora tenha lá as próteses, como as próteses lhe sobem o rabo, você olha para o espelho e pensa, “eh aquela não sou eu...” e, portanto, é preciso nós termos alguma capacidade para aceitarmos que já não somos propriamente aquela pessoa que eramos há três anos atrás. Embora, as próteses nos ajudem, depois também temos aquela outra parte a que nos temos que adaptar.

**A primeira vez que se viu de prótese ficou muito...**

Fiquei, fiquei, um bocadinho... os ginásios têm espelhos por vários motivos não é, não é propriamente, para nos fazerem confrontar com o nosso físico não é, é muito mais por uma questão de fazer posições direitas e corretas, mas quando às vezes você pensa, tem a prótese e tem aquele impacto, quem é que está ali que não sou eu, é um bocadinho difícil. Mas pronto, vamos lutando todos os dias e tendo um bocadinho mais de qualidade de vida. E eu sei que as próteses me dão mais qualidade de vida.

**Sentiu, mais alguma mudança quando começou a usar a prótese?**

Ah, é obvio que eu com prótese, se eu estiver com uma cadeira de rodas se calhar não consigo ver o que é que está do outro lado, e se usar prótese posso me meter de pé e consigo ver, ter uma outra visão das coisas não é. Tenho outra liberdade, ganho outro... não e que eu não possa ser feliz numa cadeira de rodas... consigo fazer tudo... só a sua cabeça e que manda, de resto. Mas pronto é assim, não sei que é que posso dizer mais.

**Quando me diz que a sua cabeça é que manda está a tentar dizer-me o quê?**

Tenho todos os dias dizer que sou capaz, com prótese ou sem prótese. Com prótese ou sem prótese, eu sou capaz.

**Neste momento com as suas próteses, está a ter algum problema?**

Sim, estavam desajustadas e agora estamos a fazer encaixes novos a ver se a coisa começa a funcionar bem. Fazia uma transferência elas não encaixavam, caíam e, portanto... como eu tive aqueles meses parada supostamente engordei, e, portanto, elas não estavam

ajustadas, então agora estamos nessa fase de construção do encaixe que obriga a toda uma nova aprendizagem.

**Quais é que foram as maiores dificuldades que encontrou a ajustar-se à prótese?**

Para já a maior dificuldade é eu conseguir fazer, para já porque não tenho equilíbrio, e e, enquanto eu não conseguir ter o equilíbrio total é difícil, porque eu consigo caminhar, mas ando com bengalas, e gostava muito de conseguir andar sem bengalas não é. Portanto, isto, é uma dificuldade todos os dias, tentar este equilíbrio.

**A nível psicológico quando se começou a ajustar a prótese, quais é que foram as maiores barreiras que encontrou?**

Psicológico? Psicológico é aceitar que a sua vida, que aquilo não é seu, você tem de viver com uma coisa que não é sua. Você tem de se aceitar a si próprio. Agora tens isto, isto não é teu, é um bocado que está aqui, mas é o que te ajuda a dar passos, é o que te ajuda a ir à janela. Porque a janela é alta e tu se tiveres de cadeira a janela é alta e não olhas lá para fora. E tens que aceitar, que tens que andar com isso, e que é incómodo, e dói e não sei quê, mas que é o que te faz dar os passos, se não só, podes andar de cadeira de rodas.

**A nível social, lembra-se de alguma coisa?**

Posso-lhe dizer que houve uma coisa que me marcou pela negativa, não é, foi eu tentar arranjar uma casa, alugar uma casa, depois de ser amputada, para eu poder sair, e a senhora perguntou-me para que é que eu queria a casa. Ou porque é que a casa haveria de ficar em meu nome. E você pensa efetivamente, que é vista de uma maneira diferente. Isso magoa-me. As pessoas olham para si, e pensam o que é que se passa ali. Depois convive-se com as coisas, mas ao princípio é difícil, complicado. Também conheci gente fantástica. Não é tudo mau, conheci gente fantástica, maravilhosa, que ajudam, fantásticas... nem fazia ideia que as pessoas podiam ser tão disponíveis para ajudar.

**Acha que pode dizer que houve alguma coisa que ajudou a que se adaptasse melhor as próteses?**

Não, até o convívio aqui com as pessoas, e a maneira como se interage aqui em Alcoitão, é fundamental. Sem essa ajuda eu não sei se tinha conseguido. Desde o médico, até auxiliar, senhora da limpeza e não sei quê, estão sempre dispostos a ajudá-lo e a fazê-lo acreditar que realmente há uma vida lá fora há sua espera. Isso é importante.

**E a nível psicológico, houve alguma coisa que a ajudasse a adaptar-se a prótese?**

Ah, isso tem você que ir buscar força a si próprio. Ok, agarre-se aos filhos, agarre-se aos seus objetivos e vá em frente. Se não puser objetivos, nada, uma meta para lá chegar, então aí... eu não sei se consegue.

**E facilitadores, sociais, económicos, ou outros, que ache que ajudou a adaptar-se melhor a usar as suas próteses?**

É assim, socialmente eu acho que agora tanto me aceitam com prótese como sem prótese, ok, porque eu às vezes estou sem elas, e não é por aí que faz grande diferença, mas pronto, claro só complica. Você vai comprar um carro e tem uma serie de dificuldades, não pode comprar um carro qualquer, tem de ser um carro específico, consoante a nossa deficiência. Complica um bocadinho. É terrível. Noutro dia estava aqui a ver um colega do Alcoitão, e que tem uma doença, e que puxa as pernas para entrar no carro, e eu no carro tenho umas outras condicionantes, porque uso as próteses, e não é assim tão fácil. Mudar, descer, mas isto está em função do tipo de amputação que eu tenho. Cada um de nos é diferente.

**Há bocado falou-me do voluntariado que faz. Acha que isso também a tem ajudado a adaptar-se melhor?**

Ajuda, ajuda porque você vai sempre buscar experiência aos outros e aprende sempre qualquer coisa, portanto isso ajuda. Até o partilhar a história com alguém. Muitas vezes você está a ver uma coisa negra, e a outra pessoa diz-lhe qualquer coisa e você aí se calhar pensa e vê que não é tão negro, e isso é importante.

**Se agora conhecesse uma pessoa que está na mesma situação que a senhora esteve, e tivesse de lhe dar um conselho, para se adaptar melhor às próteses, que conselho é que lhe daria?**

Dir-lhe-ia que não é fácil, mas que é possível, basta que a cabecinha dele ou dela queira. Se eles quiserem sim, e há técnicos melhores que eu para os poderem ajudar. Para já, estão no sítio certo, não é, embora, haverá outros técnicos neste país ótimos, mas aqui é uma equipa que nos faz acreditar que tudo é possível.

**Finalmente daquilo que falámos, acha que há alguma coisa que seja importante ser mencionada, ou que gostasse de acrescentar?**

Não, penso que disse tudo, e espero ter podido ajudar nalguma coisa.

