



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO

CAMPUS DE IRATI

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO (PPGDC)**

SILVANA MARIA SASSO

VIVÊNCIAS DO AMPUTADO E SUA ADAPTAÇÃO À VIDA EM COMUNIDADE.

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

IRATI

2015

SILVANA MARIA SASSO

VIVÊNCIAS DO AMPUTADO E SUA ADAPTAÇÃO À VIDA EM COMUNIDADE.

Dissertação apresentada à Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO) e ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (PPGDC) como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, seguindo a linha de pesquisa 2: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários.

Orientador: Profº Drº Emerson Carraro.

Co-orientador: Profº Drº Gilmar de Carvalho Cruz.

IRATI

2015

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

S252v

SASSO, Silvana Maria.

Vivências do amputado e sua adaptação à vida em comunidade / Silvana Maria Sasso. – Irati, PR : [s.n.], 2015.

90f.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro.

Coorientador: Prof. Dr. Gilmar de Carvalho Cruz.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Linha de pesquisa 2 : Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná.

1. Medicina – dissertação. 2. Amputação. 3. Motricidade. 4. Aptidão física – reabilitação. 5. Pessoas com necessidades especiais. I. Carraro, Emerson. II. Cruz, Gilmar de Carvalho. III. UNICENTRO. IV. Título.

CDD 20 ed. 617.58

SILVANA MARIA SASSO

VIVÊNCIAS DO AMPUTADO E SUA ADAPTAÇÃO À VIDA EM COMUNIDADE.

Dissertação aprovada em 28/09/2015 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof Dr Emerson Carraro.
Instituição: UNICENTRO.

Prof Dr Felipe Fernandes Lemos.
Instituição: FAPI.

Profª Drª Evani Marques Pereira.
Instituição: UNICENTRO.

Profª Drª Paula Giselle Czaikoski.
Instituição: FACULDADES GUAIRACÁ.

Profª Drª Maria Isabel Raimondo.
Instituição: UNICENTRO.

IRATI, 28/09/2015.

“A causa da derrota, não está nos obstáculos, ou no rigor das circunstâncias, está na falta de determinação e desistência da própria pessoa”.

(Buda).

Dedico este trabalho a todos os amputados, em especial aos participantes deste estudo, que lutam pela igualdade de oportunidades, buscando um novo olhar para as pessoas com deficiência.

Por enfrentarem com sabedoria, humildade e força os obstáculos encontrados no caminho, e por terem a confiança e generosidade de compartilhar suas experiências.

AGRADECIMENTOS

Á DEUS, pelo dom da vida e pela inspiração;

Á meus pais, Dejaimé (in memoriam) e Zenilde, pelo amor, confiança e dedicação, a vocês devo tudo o que sou e o que conquistei, meu caráter é resultado do exemplo vindo de vocês;

Aos meus irmãos, Ciro e Emerson, pela preocupação, companheirismo, admiração e carinho;

Ao meu grande amor Thiago, pela compreensão, amor e por acreditar na minha capacidade, às vezes mais que eu mesma. Agradeço principalmente por me dar a maior riqueza, a nossa Isis, à vocês dedico o que há de melhor em mim, e o meu mais profundo e sincero amor;

Aos entrevistados, pela cooperação e disponibilidade com que aceitaram participar da pesquisa. E pela confiança depositada em mim, nos momentos em que revelaram suas dificuldades, medos e incertezas;

Ao professor Emerson, pela confiança, apoio, disponibilidade, dedicação e por acreditar em mim, mostrando-me o caminho da ciência. Foi muito bom tê-lo como espelho nessa caminhada, agradeço principalmente o forma gentil com que sempre fui recebida;

Aos professores componentes da banca Felipe, Evani, Isabel, Paula, e Gilmar pelas valiosas contribuições e olhar crítico sobre o trabalho;

E também a todos que não foram aqui citados, mas que participaram direta ou indiretamente dessa pesquisa, meu sincero agradecimento.

“Preciso de serenidade para aceitar as coisas que não posso mudar, coragem para mudar as que posso, e sabedoria para reconhecer a diferença”.

(Autor desconhecido).

RESUMO

SASSO, S. M. **Vivências do amputado e sua adaptação à vida em comunidade**. 2015. p. 90. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, Universidade Estadual do Centro-Oeste, Irati.

O conceito referente à amputação diz respeito ao processo pelo qual se separa do corpo, mediante algum procedimento cirúrgico ou decorrente de algum trauma, um membro ou parte deste, é um evento gerador de desequilíbrio físico, psicológico e social ao sujeito que é submetido a ela. É utilizado como última opção terapêutica e, somente quando outras tentativas de tratamentos foram ineficazes. Este estudo teve como objetivo abordar um grupo de amputados de membros inferiores, com idade entre 18 a 50 anos, com amputação há mais de 04 anos, inseridos no serviço de reabilitação física da UNICENTRO, para conhecer as suas vivências, dificuldades enfrentadas após a amputação, e adaptações alcançadas após a reabilitação e uso de prótese. O estudo teve caráter qualitativo, os dados foram coletados através de entrevistas que foram gravadas, transcritas e analisadas conforme método hermenêutico-dialético, e auxílio da análise de conteúdo. O grupo abordado foi composto por 15 amputados e apresentou os seguintes resultados: predomínio do sexo masculino, com média de idade de 36 anos, o nível de amputação mais encontrado foi o transtibial e em decorrência de lesões traumáticas. As dificuldades mais relatadas foram quanto à realização das atividades de vida diária, gerando um quadro de dependência; enfrentaram alterações emocionais como tristeza, desespero, choro fácil, insegurança, ansiedade e alteração da autoimagem. Os aspectos citados alteraram a rotina de vida dos sujeitos, levando-os ao isolamento social logo após a amputação. Com o processo de reabilitação e protetização o grupo encontrou formas de superar essas dificuldades e limitações. Para que os amputados retomem a sua autonomia e independência, se faz necessário a inclusão destes em serviços de reabilitação com o objetivo do desenvolvimento de estratégias que propiciem condições para uma melhor qualidade de vida aos amputados.

Palavras-chave: 1. Amputação; 2. Reabilitação; 3. Comunidade.

ABSTRACT

SASSO, S. M. **Experiences of the amputee and his adaptation to life in community**. 2015. p. 90. Master's Thesis presented to the Interdisciplinary Graduate Program in Community Development, University of the Midwest, Irati.

The concept refers to amputation concerns the process by which separates from the body by a surgical procedure or due to some trauma, a member or part thereof, is a physical imbalance generator event, psychological and social to the individual who is subjected to it . It is used as a last therapeutic option, only when other treatments are ineffective attempts. This study aimed to address an amputee group of lower limbs, aged 18-50 years, amputation for over 04 years, entered into the physical rehabilitation service UNICENTRO to know their experiences, difficulties after amputation and adaptations achieved after rehabilitation and use of prosthesis. The study was qualitative, data were collected through interviews that were recorded, transcribed and analyzed according to hermeneutic-dialectic method, and help of the content analysis. The group addressed was composed of 15 amputees and showed the following results: a predominance of males, with a mean age of 36 years, the level of amputation was transtibial found more and as a result of traumatic injuries. The most frequently reported difficulties were related to perform activities of daily living, creating a dependency framework; faced emotional changes such as sadness, despair, tearfulness, insecurity, anxiety and changes in self-image; and these mentioned issues altered the routine life of the subjects, leading them to social isolation after amputation. With the process of rehabilitation and fitting the group found ways to overcome these difficulties and limitations. For amputees resume their autonomy and independence, it is necessary to be included in rehabilitation services, assisted by skilled interdisciplinary team, and in order to develop strategies that foster conditions for a better quality of life to the amputee.

Keywords: 1. Amputation; 2. Rehabilitation; 3. Community.

RESUMEN

SASSO, S. M. **Experiencias del amputado y su adaptación a la vida en comunidad**. 2015. p. 90. Tesis de Maestría presentada al Programa de Postgrado Interdisciplinario de Desarrollo Comunitario de la Universidad del Medio Oeste, Irati.

El concepto se refiere a la amputación se refiere al proceso mediante el cual se separa del cuerpo mediante un procedimiento quirúrgico o debido a algún trauma, un miembro o parte del mismo, es un evento físico generador de desequilibrio, psicológica y social a la persona que se somete a ella . Se utiliza como última opción terapéutica, sólo cuando otros tratamientos son intentos ineficaces. Este estudio tuvo como objetivo abordar un grupo amputado las extremidades inferiores, con edades entre 18-50 años, la amputación de más de 04 años, entró en el servicio de rehabilitación física UNICENTRO conocer sus experiencias, dificultades después de una amputación y adaptaciones alcanzados después de la rehabilitación y el uso de prótesis. El estudio fue cualitativa, los datos fueron recolectados a través de entrevistas que fueron grabadas, transcritas y analizadas según el método hermenéutico-dialéctico, y la ayuda del análisis de contenido. El grupo se dirigió estaba compuesto de 15 amputados y mostró los siguientes resultados: un predominio del sexo masculino, con una edad media de 36 años, el nivel de la amputación transtibial se encontró más y como resultado de lesiones traumáticas. Las dificultades más frecuentes se relacionaron para realizar actividades de la vida diaria, la creación de un marco de dependencia; enfrentado cambios emocionales como la tristeza, la desesperación, llanto, la inseguridad, la ansiedad y cambios de imagen de sí mismo en; y estas cuestiones mencionadas alteraron la vida rutinaria de los sujetos, lo que lleva al aislamiento social después de la amputación. Con el proceso de rehabilitación y de montar el grupo encontró la manera de superar estas dificultades y limitaciones. Para amputados retoman su autonomía e independencia, es necesario que se incluirán en los servicios de rehabilitación, asistido por el equipo interdisciplinario especializado y con el fin de desarrollar estrategias que las condiciones de acogida para una mejor calidad de vida al amputado.

Palabras clave: 1. Amputación; 2. Rehabilitación; 3. Comunidad.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo Geral	16
2.2. Objetivos Específicos	16
3. REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1. Definição e histórico da amputação	17
3.2. Epidemiologia e ônus das amputações	20
3.3. Processo de reabilitação e uso de próteses por amputados	23
3.4. Representatividade social das pessoas com deficiência nas políticas públicas	30
4. PERCURSO METODOLÓGICO	35
4.1. Tipo de pesquisa	35
4.2. Local do estudo	36
4.3. Sujeitos do estudo	38
4.4. Instrumentos e estratégias para a coleta dos dados	39
4.5. Análise dos dados	40
4.6. Aspectos éticos do estudo	42
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
5.1. Caracterização dos sujeitos do estudo	44
5.2. Dificuldades enfrentadas pelos amputados após a perda de um membro	48
5.2.1. Dificuldades de ordem física	50
5.2.2. Dificuldades de ordem psicológica	55
5.2.3. Dificuldades quanto à interação social	61
5.3. Adaptações alcançadas pelos amputados após a reabilitação e uso de prótese	66
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
8. ANEXOS	85
8.1. Anexo I: Roteiro para a entrevista	85
8.2. Anexo II: Termo de consentimento livre e esclarecido	86

1. INTRODUÇÃO

Muitas vezes referenciada como perda, mutilação ou incapacidade, a amputação remete aos indivíduos, na maioria dos casos, pensamentos negativistas, de invalidez e exclusão. Sendo a amputação um dos mais antigos de todos os procedimentos cirúrgicos, a qual representou durante muito tempo, e em certas ocasiões ainda representa a possibilidade de maior expectativa de vida para o homem, pois proporciona ao indivíduo submetido a este procedimento uma melhor qualidade de vida (BRITO; ISERNHAGEN; BEPIERI, 2005).

O conceito referente à amputação diz respeito ao processo pelo qual se separa do corpo, mediante algum procedimento cirúrgico ou decorrente de algum trauma, um membro ou parte deste. Seu conceito atual é de cirurgia reconstrutiva e não de simples remoção, e deve ser o primeiro passo para o retorno do amputado ao seu lugar na sociedade, no âmbito familiar ou acadêmico, sempre tendo em vista a sua reinserção laboral, seja na mesma função antes exercida ou em uma nova função condizente com suas limitações ou dificuldades (CHINI; BOEMER, 2007).

As amputações são consequências de má formação congênita, doenças vasculares, lesões traumáticas, tumores e infecções. Estas complicações podem ter seus efeitos minimizados ou serem evitadas se diagnosticadas precoce e corretamente (PASTRE et al, 2005). Assim, facilmente se compreende a necessidade de apoio que estas pessoas necessitam, independentemente do grupo que estão inseridas na sociedade, pois estão necessitando de cuidados (CARVALHO, 2003).

Independente de seu conceito clínico ou de suas consequências, o indivíduo que é submetido a uma amputação passa a vivenciar novos sentimentos, mudando rotinas e hábitos. Sentida e vivida pelos amputados como perda de uma parte de seu corpo, e que não pode ser minimizada, esta situação implica sempre em uma deficiência física permanente, com alteração da satisfação das necessidades fisiológicas, psíquicas e sociais (BOCCOLINI, 2000).

É neste contexto que o papel da equipe multiprofissional de saúde é de suma

importância, enfatizando questões educativas e que promovam o conforto e qualidade de vida, além de estar preparado para auxiliar na reabilitação deste indivíduo. Deve ainda, prestar auxílio à pessoa amputada em todas as suas necessidades, possibilitando assim, uma reabilitação adequada e de qualidade. O importante é informar que as amputações proporcionam qualidade e expectativa de vida sem dor e sofrimento (CARVALHO, 2003).

Muitas vezes essa nova realidade gera dúvidas, angústia e medo onde, pode ocorrer a instalação de um quadro de dependência ou de incapacidade. O amputado passa a preocupar-se com a dependência, tendo-a como um futuro associado ao sofrimento, ficando evidente a importância do desenvolvimento harmônico do processo de reabilitação, pois reabilitar um amputado não é somente devolvê-lo à sociedade como uma pessoa independente e produtiva, é equilibrar suas necessidades físicas, sociais e morais, apesar da ausência de uma parte de seu corpo (CHINI; BOEMER, 2007).

Nos casos de pessoas com patologias que causam agravos à saúde, e que evoluem para a necessidade de se amputar um membro, Boccolini (2000) enfatiza a importância de aproximar-se deste indivíduo a fim de proporcionar-lhe melhores condições de vida. Expõe que a amputação lhe trará mais benefícios do que limitações, ou seja, ele terá muito mais vantagens do que desvantagens com a realização deste procedimento, uma vez que a manutenção do membro em questão não será mais possível. Isto se faz necessário para que sua perda física passe para um plano de menor importância, pois a falta de informação interfere negativamente na reabilitação.

Para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões biopsicossocial dos indivíduos. Isso requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas e que o homem seja considerado no seu contexto, contexto este produzido pelo próprio homem, auxiliando desta forma no processo de construção e avanço do desenvolvimento da comunidade. A interdisciplinaridade poderá ser utilizada neste processo como instrumento articulador, e deverá ser desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes, e isso só será possível se as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalharem integradas (CALLONI, 2006).

Para Gomes e Deslandes (1994), a interdisciplinaridade não é uma perspectiva inteiramente nova diante da construção do conhecimento. Seu debate, atualmente, é constante e aparentemente uma discussão amplamente aceita, visto a complexidade da sociedade e da

cultura, a proliferação do conhecimento, que se encontra cada vez mais fragmentado, exigindo assim uma análise mais integrada e completa.

A partir desta perspectiva, entende-se que a interdisciplinaridade, tal como é proposta por Batista (2006), traz uma contribuição para a produção científica contemporânea, ao contemplar as intersubjetividades e o respeito às diferenças existentes diante de múltiplos olhares e compreensões acerca de um determinado objeto. Para Gomes e Deslandes (1994), ela pode ser definida como uma perspectiva de diálogo e interação entre as disciplinas de tal forma que elas saiam enriquecidas, bem como, conduz a uma reflexão profunda a respeito do conceito de ciência e possibilita o resgate da unidade de seu objeto de estudo na busca de um bem coletivo.

A construção do conhecimento é um movimento constante, necessário e deve prezar pela sua pertinência, ou seja, todo saber produzido deve contextualizar seu objeto (MORIN, 1999). Santos (2002) refere que a evolução da ciência deve ocorrer não somente no paradigma científico, na produção de saberes, mas obrigatoriamente deve alcançar também o paradigma social, ou seja, na construção de conhecimentos que favoreçam uma vida decente, pois para o autor, além de sobrevivermos necessitamos saber viver.

No que concerne ao tema amputação, o qual é o foco central desta dissertação, pode-se salientar que a interdisciplinaridade é um eixo articulador, facilitador e não excludente, e deve ser utilizado pelos profissionais da saúde para o melhor desdobramento das condições de vida e saúde dos usuários. Neste sentido corrobora-se com o exposto por Melo e Martins (2009) quando referem que as pessoas com deficiência de ordem física ou motora necessitam de atendimento interdisciplinar a fim de lidar com os limites e dificuldades decorrentes da deficiência e, simultaneamente desenvolver todas as suas possibilidades e potencialidades.

Os serviços de saúde devem estar preparados para atender os amputados, contando com uma equipe interdisciplinar, a qual poderá oferecer uma assistência diferenciada, contribuindo muito para sua inclusão no convívio familiar e social, onde se possa trabalhar com essas pessoas além de sua parte motora. Portanto, a amputação deve ser considerada não como o fim, mas sim o princípio de uma nova fase que, se de um lado mutilou, de outro salvou a vida ou deu alívio à dor e ao sofrimento (FONSECA et al, 2015).

Para a construção de um modelo de atenção fundamentado na promoção da saúde, que atenda a todas as necessidades dos usuários, e que colabore para o desenvolvimento da comunidade é necessária uma abordagem ampla e integradora dos saberes, cada profissional,

com seu saber específico, compondo diferentes perspectivas, na construção de um projeto comum. Sendo assim, é necessário que as políticas públicas subsidiem os serviços de saúde, tendo como base o que dispõe a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, em todo o território nacional, e que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 2015).

De acordo com Marques (2011), estudos que permitam conhecer mais profundamente as experiências das pessoas para as quais os cuidados são dispensados, possibilitam uma atuação mais consistente, realçando não somente a singularidade das pessoas em situação de vulnerabilidade ocasionada pela amputação, bem como o contexto dos cuidados a serem prestados, efetivando desta forma sua adaptação completa a sua nova realidade.

Desta forma, acredita-se que a proposta de investigação sobre as experiências vivenciadas por pessoas que sofreram algum tipo de amputação, bem como a sua adaptação a vida em comunidade seja de grande relevância. Pois Chini e Boemer, em trabalho realizado em 2007, em investigação sobre a percepção da amputação por quem as vivencia, perceberam que a amputação pode ser entendida pelo indivíduo como um evento devastador em sua vida, momento em que necessitará de apoio e compreensão, tanto de seus familiares quanto dos profissionais de saúde que estão próximos a ele, para ajudá-lo a encontrar o caminho para as adaptações às mudanças que se fizeram necessárias, pois somente desta forma o amputado poderá encontrar o equilíbrio que o levará ao encontro de sua auto aceitação.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Conhecer o processo de adaptação de pessoas amputadas à vida em comunidade.

2.2. Objetivos Específicos

Descrever as vivências na comunidade de amputados de membro inferior; e,

Analisar as dificuldades e adaptações de amputados de membro inferior à vida em comunidade.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Definição e histórico da amputação

Conforme a Organização das Nações Unidas (ONU) cerca de 15,3% da população mundial, aproximadamente 978 milhões de pessoas apresentam algum tipo de deficiência (PEREZ, 2012). O censo demográfico brasileiro realizado no ano de 2010, em nosso país 23,9% da população apresenta pelo menos uma das deficiências investigadas, e mais especificamente quanto à deficiência física, esta acomete 7% de nossa população (BRASIL, 2012).

A deficiência integra o quadro de condições crônicas, e pode ser congênita ou adquirida, de ordem transitória ou permanente e é classificada como deficiência visual, de linguagem, de audição, física, mental ou múltipla (AMIRALIAN, 2000; CAVALCANTE et al, 2009; BRASIL, 2012). É conceituada como perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, gerando níveis variáveis de incapacidade e desvantagens àqueles que a apresentam (GALHEIGO, 2008).

A amputação se encaixa no quadro de deficiência adquirida, permanente e de ordem física. É um procedimento cirúrgico no qual uma parte anatômica do corpo é retirada, na maioria das vezes em que é realizada significa a última alternativa terapêutica e, reflete o insucesso de outras intervenções que possam ter sido utilizadas (MARCOLINO et al, 2015). A palavra amputação é derivada do latim com o seguinte significado: *ambi* = ao redor de, em volta de e, *putatio* = podar, retirar (CARVALHO, 2003).

É descrita desde a antiguidade por Hipócrates e a técnica cirúrgica utilizada mudou substancialmente até os dias atuais, isso é devido a introdução da anestesia e compreensão das complicações por infecção após o procedimento (MARCOLINO et al, 2015). Apesar das amputações serem descritas há muito tempo, seu auge foi na 1ª Guerra mundial, onde somente

na Europa calcula-se que houve 300.000 amputações, no entanto, foi na 2ª Guerra Mundial que se organizaram programas de pesquisas para desenvolvimento de membros artificiais (BOCCOLINI, 2000).

Para que o procedimento cirúrgico da amputação seja realizado com sucesso, é necessário um estudo cuidadoso das condições de permeabilidade vascular no nível de amputação escolhido, e uma inspeção minuciosa dos tecidos lesados. Um bom coto (membro residual amputado), ou seja, um coto ao qual será fácil ser protetizado deve ser firme, sem contraturas articulares, aderências cicatriciais e livre de neuromas, no entanto, isto dependerá de fatores como mioplastia, miodese, hemostasia, neurectomia, sutura e posicionamento final do restante do membro (CARVALHO, 2003).

O nível determinado para amputação deve ser o mais longo possível, de acordo com as possibilidades de cada caso, sendo considerado o mais distal. O coto deve apresentar boa mobilidade e circulação sanguínea, ter uma boa cobertura muscular, de tecido adiposo, de pele sadia e não apresentar dor, o que possibilitará uma melhor adaptação às próteses (BOCCOLINI, 2000).

Para Brito, Isernhagen e Bepieri (2005), a amputação é indicada quando o aporte sanguíneo ao membro está irreparavelmente destruído ou quando o membro está tão gravemente ferido que se torna impossível sua reconstrução e manutenção vital.

Para Barros et al (2015), mais importante que a realização de forma adequada do procedimento cirúrgico da amputação, é uma intervenção multidisciplinar efetiva, para dar apoio e suporte ao indivíduo amputado, uma vez que conforme estudo realizado pelos autores, a amputação sempre leva a uma sensação aguda de perda e a desestruturação no esquema corporal do amputado.

No que se refere aos níveis de amputação, estes podem abranger os membros superiores e os inferiores, tanto a totalidade do membro em questão, quanto somente as suas extremidades. Mas é relevante lembrar, que não importa o local perdido, sempre a amputação trará complicações e dificuldades a quem for submetido a ela (FERNANDES et al, 2015).

Segundo Neves et al (2015) , as amputações de membros superiores compreendem a amputação de dedos (extremidade distal, interfalangeana distal, falange média, interfalangeana proximal, falange proximal, raios digitais e polegar); do punho (transcárpica e desarticulação do punho); antebraço (transradial); desarticulação de cotovelo; braço (transumeral); desarticulação do ombro (glenoumeral) e quarto superior (onde a escápula e a

parede torácica são removidas).

As amputações de membros inferiores compreendem a amputação do pé (transfalangeana, desarticulação metatarsofalangeana, transmetatarsica, desarticulação de Lisfranc, desarticulação de Chopart e de Syme); da perna (transtibial); desarticulação de joelho; da coxa (transfemoral); desarticulação de quadril e hemipelvectomy (BARROS et al, 2015).

Quanto às causas das amputações, estas são decorrentes de doenças cardiovasculares, doenças infecciosas, lesões traumáticas, tumorais e malformações congênitas. O perfil etiológico irá alterar de acordo com a incidência em cada faixa etária específica (RIBERTO et al, 2015). Os mesmos autores apontam para a mudança no perfil epidemiológico da população e dos cuidados às doenças no século XX, que acabou implicando em uma diferenciação progressiva do perfil das pessoas submetidas a amputações, pois no início daquele século as amputações deviam-se quase que de forma exclusiva as lesões traumáticas, mas em seu final as vasculopatias e etiologias neoplásicas passaram a ter papel predominante.

Considerar adequada uma cirurgia que é mutilante e leva a alterações importantes no corpo de uma pessoa, depende de como o amputado está preparado para tal mudança, mudanças estas que podem ir desde alterações físicas, sociais até psicológicas. Sendo a morte um evento a ser evitado, estudos comprovam que quando a amputação está relacionada com alguma doença torna-se um mal necessário, nestes casos o que se procura é evitar o fenômeno da perda da vida, pois com a extirpação do membro afetado a dor será amenizada, confortando o paciente e conservando suas funções vitais. Nas perdas acidentais ou decorrentes de traumas ou de causas externas, por exemplo, o sentimento de culpa torna-se quase sempre presente, assim sentimentos dolorosos e depressivos são comumente encontrados (CARVALHO, 2003).

Observar, palpar e conhecer o corpo são ações realizadas desde o nascimento do bebê, a mãe acariciando e observando todas as estruturas corporais, estimula o novo ser a ter noções de seu corpo e suas delimitações. Vivendo por décadas com essa estrutura corporal, ao deparar-se com um diagnóstico no qual se faz necessária a amputação, ou com a perda traumática de um membro, o choque emocional torna-se inevitável (CHACON, 2011).

A amputação é um evento traumático, complexo e gerador de desequilíbrio físico e psíquico, gerando sentimentos de ansiedade, medo, insegurança e desespero que acabam por alterar o estado psicológico do amputado. Para este a amputação é uma monstruosidade que

destrói suas possibilidades de gozar um futuro promissor, limita suas atividades e fere sua imagem corporal (MELO; MARTINS, 2009; SILVA et al, 2010).

Para Chini e Boemer (2007) a perda de parte do corpo é dolorosa e impõe ao amputado um novo modo de viver, de estar no mundo, de se relacionar alterando e distorcendo sua existência, a partir deste momento o indivíduo deverá se adaptar, readaptar, aprender a viver novamente assumindo uma nova perspectiva do mundo para si, para os outros, para os objetos e para o futuro.

A pessoa que é submetida ao procedimento da amputação enfrenta diferentes fases e sentimentos, desde a negação até a depressão. Após a amputação surgem alterações biopsicossociais que irão interferir na vida desse indivíduo, que passa por alterações de sua imagem corporal e do conceito que já possui sobre este tema (MARQUES, 2011).

Essa nova condição de vida pela qual os amputados serão submetidos lhes remete insegurança quanto ao novo estilo de vida, preconceito relacionado ao próprio corpo, fazendo com que a imagem que têm sobre suas delimitações fiquem destorcidas. De acordo com Albuquerque e Falkenbach (2009), a imagem corporal é a representação mental do corpo, é a forma como vemos e pensamos o nosso corpo, também é a forma como acreditamos que os outros nos veem. Com a perda de uma parte do corpo o indivíduo pode ter uma brusca alteração da imagem corporal, pois é através dela que se desempenham funções importantes na vida. Ela serve como modelo para a execução de uma atividade motora consciente, que é ensaiada subconscientemente antes de sua execução.

3.2. Epidemiologia e ônus das amputações

O Ministério da Saúde (MS), em 2006, pactuou juntamente com as três esferas de gestão governamental, como focos prioritários de atuação entre outros, a promoção à saúde e o fortalecimento da atenção básica. O Brasil, país em desenvolvimento, os desafios demográficos e epidemiológicos dificultam a realização dessas metas (SILVA et al, 2010).

Pode-se considerar como epidemia e grave problema social as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), pois essas requerem atenção contínua e políticas públicas atuantes.

As DCNT são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, para o sistema de saúde e à sociedade. Tais custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos e tratamentos ambulatoriais) como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões). Esses custos serão aumentados na próxima década se não forem implementadas intervenções efetivas voltadas para a redução do crescimento das DCNT que desta forma trarão benefícios econômicos (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que as DCNT apresentam como consequência a necessidade de amputação (ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013).

No Brasil, estima-se que a incidência de amputações seja de 13,9 por 100.000 habitantes (SILVA et al, 2010), conforme apontamento realizado pelos autores, com este alto índice de amputações, e aumento nas vasculopatias e suas complicações é esperado a sobrecarga do sistema de saúde e dificuldades na economia em geral.

Segundo levantamento realizado por Almeida, Perez e Rosa (2013), no qual encontraram trabalhos que apontam para um aumento de 50% na média das amputações para os próximos 20 anos no Brasil, o que foi atribuído pelos autores ao aumento da expectativa de vida da população, com o conseqüente aumento dos fatores de risco associados à amputação, tais como: doença vascular periférica, diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, estresse e antecedentes familiares.

Estima-se que 85% das amputações no Brasil são de membros inferiores, cuja principal causa é a doença aterosclerótica periférica. As causas mais comuns são: insuficiência vascular periférica, como consequência de diabetes, aterosclerose, embolias, trombozes, traumatismos e tumores. As amputações traumáticas, que são responsáveis por 10,6% das amputações em membros inferiores, têm incidência maior antes dos 50 anos (ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013).

O estudo realizado por Marcolino et al (2015) aponta para índices de 75% a 93% das amputações entre 51 a 69 anos como decorrência de doenças cardiovasculares, as lesões traumáticas são responsáveis por 7% a 20% das amputações principalmente em adolescentes e adultos jovens, as etiologias tumorais correspondem de 2,5% a 5% das amputações, principalmente em crianças e as malformações congênitas de 1% a 3% das amputações, predominantemente de membros inferiores em crianças.

Em indivíduos idosos, as amputações decorrentes de problemas cardiovasculares são uma fonte de preocupação, pois segundo dados de trabalho realizado por Marcolino et al

(2015), cerca de 13,5% dos casos evoluem para o óbito até o final do primeiro mês após a cirurgia de amputação, 48,3% ao final de um ano e cerca de 70% ao completarem três anos.

Segundo Fonseca et al (2015), os indicadores de saúde mostram que a maioria da população acometida por doenças que podem ocasionar amputações, está na faixa etária acima dos 60 anos, entretanto, essa média vem se alterando nos últimos 20 anos, pois hoje em dia pode ser observado indivíduos na idade produtiva, ou seja, com idade média de 40 anos, com aparecimento de complicações principalmente relacionadas com hábitos sociais e alimentares não adequados, tais como, o uso de álcool e drogas, o tabagismo, o aumento do consumo de produtos industrializados, a ingestão aumentada de gorduras, entre outros, deixando o indivíduo mais vulnerável ao evento da obesidade e de doenças cardiovasculares.

O que pode ser observado atualmente é que o modo de viver têm sido abordado numa perspectiva individual e fragmentada, colocando os sujeitos e a comunidade como os responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, o adoecimento cada vez mais precoce da população preocupa não só o setor da saúde, mas também a economia, pois com a população ativa e produtiva fora do mercado de trabalho aumentam as dificuldades socioeconômicas. Por sua vez toda a economia está em risco, visto a inatividade deste grupo (BRASIL, 2012).

Tal situação pode ser revertida se a política de atenção básica for efetiva e inclusora, e que conte com o apoio das redes municipais, estaduais e federais, onde gestores e trabalhadores de saúde interfiram na conscientização da população sobre hábitos de vida saudáveis (BRITO; ISERNHAGEN; BEPIERI, 2005; FONSECA et al, 2015).

No entanto para Silva et al (2010), as amputações não ocorrem somente devido a complicações de doenças crônicas, ou relacionadas a maus hábitos de vida. Pois em trabalho realizado pelos autores, foi observado um número elevado de adultos jovens que foram submetidos à amputação em decorrência de causas externas, sendo elas por lesões traumáticas decorrentes de acidentes de trânsito, acidentes laborais ou até mesmo como resultado de violência urbana.

Quanto aos acidentes de trânsito, estudo realizado por Rodrigues, Cunha e Costa (2014), constatou como sendo as principais vítimas os jovens de 20 a 39 anos, sendo o homem mais vulnerável uma vez que tem o comportamento, em muitas situações, mais agressivo ao dirigir, além, dos fatores de risco que geralmente estão associados como o excesso de velocidade e associação entre álcool e direção. Outro fator que se torna

corresponsável pelo aumento destes acidentes é o aumento da frota, a se destacar de motocicletas. As motos, motonetas e ciclomotores representam 26% da frota nacional, segundo dados do Departamento Nacional de Trânsito (BRASIL, 2014).

Ao se verificar o cenário mundial, o Brasil ocupa o quinto lugar entre os países com maior número de mortes no trânsito, de acordo com o Informe Mundial sobre a Situação de Segurança no Trânsito, de 2009. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 50 milhões das pessoas que sofrem acidentes de trânsito, sobrevivem feridas (BRASIL, 2014).

É nesta perspectiva que a Política Nacional de Promoção a Saúde é oportuna, visto que seu processo de construção, implantação e implementação provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde. No esforço para garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e para melhorar a qualidade de vida da população. Entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (SILVA et al, 2010).

3.3. Processo de reabilitação e uso de próteses por amputados

A associação entre saúde física e felicidade foi anteriormente testada e, a esse respeito Ferraz, Tavares e Zilberman (2007) concluem que muito mais se sabe acerca de como estados psicológicos negativos afetam a saúde física do que como estados positivos podem protegê-la. Ainda assim, estes autores argumentam que substituir emoções negativas por emoções positivas pode ter efeitos terapêuticos e preventivos.

O momento que antecede a amputação é muito complexo e tumultuado, e faz surgir insegurança, ansiedade e sensações dolorosas, muitas vezes não somente dor física, mas também psicológica. Para Silva et al (2010), o bem-estar é muito mais que a simples ausência de sensação dolorosa, é um estado composto de completa harmonia entre o corpo e a mente, pois o turbilhão de emoção emanado ultrapassa os aspectos físicos, relacionando-se intimamente com o emocional do ser.

A reabilitação do amputado deve se iniciar antes da realização do procedimento cirúrgico da amputação, isso naqueles casos em que a amputação é indicada como última intervenção, ou seja, foram tentadas outras terapêuticas que não obtiveram sucesso. Nos casos de amputação traumática, o processo de reabilitação deve ser implantado imediatamente após a retirada do membro, pois a recuperação funcional do amputado dependerá de uma reabilitação precoce e efetiva (MARCOLINO et al, 2015).

Para Boccolini (2000) a reabilitação é a combinação de terapias físicas, ocupacionais e de linguagem, aconselhamento psicológico e trabalho social com finalidade de auxiliar os amputados na manutenção ou na recuperação da saúde e qualidade de vida nesta nova fase.

A reabilitação física deve ser entendida como um processo de cuidar precoce, abrangente, holístico e educativo, o qual oferece aos amputados meios para se atingir um maior nível de funcionamento físico, mental, espiritual, social e econômico, maior nível de qualidade de vida, autoestima e independência, utilizando-se de um processo dinâmico, orientado para saúde. Sua ênfase está voltada para a restauração da independência máxima do indivíduo, dentro de suas condições, promovendo e incentivando a realização do seu autocuidado, preparando-o para uma vida social e familiar da melhor maneira possível e com maior qualidade (LEITE; FARO, 2005).

Segundo Carvalho (2003), para uma boa reabilitação do amputado, alguns aspectos e cuidados especiais devem ser levados em consideração, tanto cuidados durante o procedimento cirúrgico, quanto na fase pós-operatória. Um aspecto importante é que, muitas vezes o nível de amputação realizado talvez não proporcione a manutenção de um coto longo, pois em cotos curtos os resultados obtidos são menos satisfatórios com a protetização e a reabilitação.

O coto deve ser estável, uma vez que a presença de deformidades nas articulações proximais ao coto pode dificultar a deambulação e protetização, como por exemplo, a presença de neuromas terminais que podem impedir o contato e descarga distal da prótese, devido a dor causada pelo neuroma. Um coto que apresente a pele com boa sensibilidade, presença de uma quantidade satisfatória de tecido, sem úlceras e enxertos cutâneos facilita a reabilitação. É importante que o que restou do membro amputado apresente boa circulação arterial e venosa, pois evita a isquemia e a estase venosa, e o amputado deve ser orientado a evitar a presença de edema no coto. No ato cirúrgico, o cirurgião deverá efetuar a sutura em locais adequados para cada nível de amputação, já que as cicatrizes não devem ser irregulares, hipertróficas ou apresentar aderências, retrações, deiscências e supurações (MARCOLINO et

al, 2015).

Na reabilitação do amputado se faz necessário o trabalho conjunto de vários profissionais de saúde, pois além do cuidado específico com o coto o indivíduo necessitará de aporte psicológico, pois em estudo realizado por Gabarra e Crepaldi (2009) sobre os aspectos psicológicos da cirurgia de amputação, estes apontam para a necessidade que o amputado apresenta em dar um sentido ao evento da amputação, uma vez que esta traz consigo além da perda física de uma parte do corpo, a desestruturação total de sua rotina de vida. As autoras ainda enfatizam que este apoio psicológico pode ocorrer antes da cirurgia, durante a hospitalização, na fase de adaptação as novas necessidades e na fase final da reabilitação do amputado.

Uma vez que as dificuldades enfrentadas pelo amputado, abrangem desde seu papel social até desestruturações emocionais, Pagliuca et al (2006) afirmam que o cuidado dos profissionais de saúde não é representado apenas pela realização de procedimentos curativos, mas também por atitudes, gestos de carinho, atenção e compreensão, que podem ser alcançadas com um sorriso, sendo um bom ouvinte, olhar e tratar o paciente como um ser capaz. Se este papel for desempenhado corretamente a reabilitação do indivíduo será alcançada de forma mais efetiva, visando a prevenção de doenças e o surgimento de complicações.

Albuquerque e Falkenbach (2009) relatam que a amputação provoca uma modificação permanente na aparência do indivíduo, refletida em alteração de sua autoimagem. Os amputados precisam conviver com situações que lhes eram habituais, reconstruindo esquemas e possibilidades motoras para cada nova situação vivenciada, adaptando-se desta forma a essa nova condição corporal causada pela amputação. Desta forma faz-se necessária toda uma nova adaptação e aprendizado através do uso da prótese, para que ele possa voltar a ficar em pé, reaprender a equilibrar-se, treinar novamente a marcha, tendo a possibilidade de deambular sozinho sem necessitar da ajuda de outras pessoas.

Vale lembrar que mesmo a amputação represente um processo doloroso no qual a pessoa que é submetida a este procedimento sintam-se inicialmente perdida, sem esperanças, desmotivada e até por vezes se sentindo incapaz e dependente de outras pessoas, é um obstáculo que pode ser ultrapassado, pois de acordo com Pacheco e Ciampa (2006, p.167):

Quando o sujeito consegue atribuir um sentido emancipatório a sua

experiência de amputação, ele concretiza um novo projeto de vida, superando o conflito gerado pela mesma, através da revisão de valores preconceituosos e estigmatizantes acerca do significado social de ser uma pessoa com deficiência.

Após a retirada do membro, a reabilitação engloba um processo de modificações, a habilitação do amputado para esta nova etapa de sua vida desencadeia sentimentos e sensações nunca antes imaginadas ou vivenciadas, como por exemplo, a dor fantasma (PASTRE et al, 2005).

Para Marcolino et al (2015) essa dor fantasma, que é a percepção de sensações, geralmente dolorosas em partes do membro que foram retiradas durante a cirurgia ou no ato da lesão, acomete aproximadamente 95% dos amputados, podendo aparecer no período de semanas a meses após a remoção, normalmente se dá a partir da terceira semana. Sensações de dor, formigamento ou latejamento são comumente atribuídas ao membro não mais existente. Essas sensações podem ser relatadas como leve, moderada e tolerável, o que pode variar com os resultados terapêuticos, interferindo negativamente na reabilitação.

Independente da causa, todo o esforço deve ser aplicado para abolir a dor e as complicações decorrentes da ausência do membro, estas devem ser corrigidas ou eliminadas, para que o processo de reabilitação do amputado ocorra normalmente (MARQUES, 2011).

Oliveira (2000) diz que a conscientização e aceitação da amputação pelo indivíduo são de grande relevância para que a reabilitação ocorra, e esta se tornará mais eficiente à medida que a movimentação corporal deste se inicie, devendo estar sob a orientação de um profissional de fisioterapia, o qual tem um papel significativo neste processo.

Segundo Diogo (1997), durante o processo de reabilitação os profissionais envolvidos devem atuar junto ao amputado e seus familiares, apoiando suas decisões, respeitando deste modo a autonomia de cada um, num processo educativo e condizente com as necessidades de cada pessoa. Devendo ser consideradas as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais, as quais seriam as dificuldades que podem interferir na sua adaptação à nova situação.

Smeltzer e Bare (2009) afirmam que os profissionais que acompanham a pessoa que sofreu amputação têm a função de ajudá-la a recuperar o nível das funções perdidas e a reinseri-la na comunidade retomando suas atividades de vida, sempre tentando alcançar o

maior grau de independência possível.

Os profissionais que compõem a equipe de saúde que acompanha o amputado em todas as fases da reabilitação, ou seja, o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social devem sempre fazer uso de estratégias para manter o seu usuário ciente de sua condição de saúde e quanto ao seu prognóstico. Pois desta forma segundo Silva et al (2010) o paciente será auxiliado na retomada de suas atividades de vida diária com mais facilidade, pois estes autores afirmam que a utilização da educação continuada como ferramenta auxilia na promoção do desenvolvimento e aprendizado dos amputados, assegura a qualidade do atendimento ao cliente, e colabora para o alcance da independência e autonomia.

Corroborar-se com Vivian e Argimon, (2009) quando trazem que a necessidade de auxílio ou interferência de outras pessoas para executar as atividades cotidianas, está intimamente relacionada com a qualidade de vida da pessoa. Por isso a necessidade de adaptar um suporte, órtese ou prótese, trazendo o máximo de autonomia e independência à pessoa com deficiência física.

É importante ressaltar que a reabilitação é um procedimento terapêutico global que transcende os aspectos físicos, ou seja, significa que o amputado conseguiu se transpor a todas as barreiras impostas pela amputação, as físicas (com o uso de próteses), as psíquicas (conseguindo estar psicologicamente equilibrado), as laborais e/ou sociais (retornando ao mercado de trabalho e desfrutando de momentos de lazer), e estar em harmonia no convívio familiar e na comunidade, enquanto que a adaptação do amputado pode significar que o indivíduo conseguiu alcançar apenas alguns destes objetivos, como por exemplo a protetização, que é a utilização de recursos técnicos especiais que visam a substituição parcial de um membro (FONSECA et al, 2015).

O significado de prótese vem do grego *pros* = em lugar de, e *tithemi* = colocar, isto é, para colocar em lugar de, e são tecnologias dirigidas para substituir alguma região perdida ou malformada do organismo, oferecendo a possibilidade de facilitar as atividades de vida diária (CARVALHO, 2003). Surgem neste contexto como uma forma de se manter ativo social, laboral e emocionalmente, pois estas possibilitam ao seu usuário a capacidade de produção de trabalho, lazer entre outros aspectos (MARCOLINO et al, 2015).

As próteses tem como função suprir uma deficiência, substituir uma falha, corrigir um desvio ou aumentar a performance de quem a utiliza, tem a característica de ser um objeto estranho ao corpo humano e, por esta razão, precisa ser subjetivada, incorporada, num

processo de íntima convivência entre ela e seu usuário (PAIVA; GOELLNER, 2008). As mesmas autoras ainda colocam que:

A prótese passa a ocupar um lugar importante na vida dos amputados, compartilhando com eles momentos íntimos e sociais, atividades rotineiras, eventos especiais, enfim, deixa de ser somente um “objeto estranho”, em alguns momentos incômodos, para tornar-se um “acessório pessoal” (2008, p. 495).

Acredita-se que as próteses permitem a realização de qualquer atividade, melhorando a autoestima e, portanto, minimizando os efeitos negativos resultantes da amputação. O que torna a reabilitação cada vez mais importante, pois se o processo ocorrer de forma adequada, o amputado terá uma vida praticamente normal, podendo realizar todas as atividades que quiser ou necessitar (CHINI; BOEMER, 2007).

Um amputado que se apresente apto a receber sua prótese, pode ainda apresentar uma série de fatores que podem prejudicar seu uso, um exemplo é o diabetes descompensado, ou mesmo uma sequela desta patologia como a perda da acuidade visual. Este tipo de intercorrência deve ser avaliada por profissionais habilitados e, o amputado deverá tratar das complicações secundárias para que possa dar andamento ao processo de protetização (CARVALHO, 2003).

Para Marques (2011) outros fatores como idade avançada, sequelas de patologias como o acidente vascular cerebral, a poliomielite, a atrofia da musculatura do membro restante, e a amputação de mais de um membro são eventos que dificultam e até impossibilitam o uso de prótese na reabilitação. Quando este for o caso, a reabilitação desse amputado deverá ser redirecionada a ações ou atividades que sua saúde e condição física contemplem.

Neste sentido, é importante salientar o avanço da tecnologia direcionada à construção das próteses, pois segundo Oliveira (2009), durante a 2ª Guerra Mundial eram fabricadas artesanalmente, confeccionadas em couro, madeira e aço e, tinham como principal preocupação a semelhança estética com o membro perdido. Atualmente com o desenvolvimento das próteses mecânicas, passaram ter mais funcionalidade, construídas com materiais mais leves, como por exemplo, a fibra de carbono, que proporciona um maior

conforto, segurança e liberdade de movimentos ao amputado, dando oportunidade a este de realizar atividades mais complexas.

Conforme trabalho publicado por Carvalho (2004), as próteses de membros inferiores são mais facilmente aceitas pelos amputados em relação às próteses de membros superiores. O autor relata uma taxa de rejeição de aproximadamente 70% das próteses para membros superiores, e apresenta como justificativa para esta diferença, a questão da motivação do ser humano, pois como afirma:

Sem um braço consegue-se viver e ter certa independência, graças ao outro braço, mas sem uma perna não é possível a locomoção de uma forma adequada por um período considerável sem muletas ou cadeira de rodas. O desejo de andar das pessoas é muito alto em geral, e este é um fator positivo para a aceitação das próteses de membros inferiores (2004, p.4).

Estas tecnologias direcionadas a reabilitação física são disponibilizadas pelo SUS e são regulamentadas através da Portaria n. 2848/GM/MS, de 6 de novembro de 2007, na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (BRASIL, 2007). A dispensação destas próteses é realizada por serviços especializados e é um direito dos usuários do SUS garantido por lei (MARCOLINO et al, 2015).

Para o acompanhamento da reabilitação faz-se necessária a inserção do amputado nesses serviços especializados para um atendimento mais eficiente. Nestes centros, a dedicação ao preparo do amputado, seu estudo detalhado no que se refere à prescrição do tipo correto de prótese, a construção destas mesmas próteses, sua perfeita adaptação e seu treinamento eficiente auxiliam de forma imprescindível na reabilitação, pois tornam o atendimento dinâmico. Quando o trabalho é realizado por equipe interdisciplinar apta, consegue-se obter maior eficiência, porque todo um conjunto de medidas e de decisões é tomado buscando um objetivo comum, assim correlacionando diversas etapas e vários tipos de abordagens (CARO et al, 2014).

O objetivo final da reabilitação é capacitar o amputado ao maior aproveitamento de suas potencialidades, visando à independência nas suas atividades de vida, e promovendo o autocuidado, por isso o profissional que se compromete com a reabilitação da pessoa com amputação, deve compreender as dificuldades e direcionar o seu cuidado para a resolução

destas (PAGLIUCA et al, 2006).

Quando a equipe tem uma visão de que os serviços de saúde não são de responsabilidade de um profissional isoladamente, mas sim da equipe como um todo, que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas também sua família e o ambiente que o envolve, e que as intervenções para o cuidado devem contemplar o foco biopsicossocial do processo saúde/doença, a assistência à saúde passa a ter características centrais de um trabalho em conjunto, respondendo desta forma às necessidades de saúde da população, fator indispensável para satisfação do usuário (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

A análise dos estudos já realizados acerca da problemática levantada nos permite identificar os problemas e mudanças enfrentados pelos amputados, e vale ressaltar a necessidade de mais estudos visando resultados que possam permitir a toda a sociedade compreender esse grave problema que afeta a população mundial (MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

3.4. Representatividade social das pessoas com deficiência nas políticas públicas

Com a promulgação da nova Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, foi determinado enquanto dever do Estado a garantia de saúde a toda a população. Com a implantação do SUS em 1990, que foi determinada através da aprovação pelo Congresso Nacional da Lei Orgânica da Saúde Brasileira, que é composta de duas Leis Complementares, a Lei 8.080/90 que disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão, funcionamento e financiamento, e regulamentando as condições para sua prevenção, promoção e proteção, e a Lei 8.142/90 que regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 2013).

Foram estabelecidos como princípios do SUS a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a hierarquização. A criação do SUS propiciou avanços significativos no tocante à atenção à saúde da população, garantindo melhorias

correlacionadas ao acesso e tratamento (BRASIL, 1990). Nesse contexto estão incluídos também os avanços em relação às pessoas com deficiência (CARO et al, 2014).

A atenção à saúde dos indivíduos com deficiência foi assegurada constitucionalmente através do artigo 23 da Constituição Federal de 1988, que determina como competência do Estado, cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência, bem como do artigo 25 do Decreto n. 6.949/ 2009, que reitera o direito da pessoa com deficiência à saúde e ao acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem discriminação, incluindo os serviços de reabilitação (BRASIL, 2009).

A participação social na formulação de políticas públicas e tomadas de decisões nos três níveis institucionais da administração pública brasileira, federal, estadual e municipal, consta também da Constituição de 1988, que prevê participação de representantes da comunidade na composição dos Conselhos de Gestão e ou Políticas Públicas, dentre eles os Conselhos de Saúde, para gestão das ações e serviços de saúde, consolidadas no SUS. Esta mudança propiciou importantes conquistas no campo dos direitos individuais, políticos e sociais, pois constatou-se que houve ampliação dos canais de participação popular nas decisões públicas, com fortes incidências nas políticas voltadas para diversas áreas (CARVALHO, 1993).

Os conselhos de saúde atuam no acompanhamento do planejamento e da execução das políticas estaduais e municipais de saúde, avaliando as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação. São entendidos como sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público. No processo de descentralização da política de saúde, a criação destes conselhos é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais (CARVALHO, 1995).

A Lei n. 8.142/1990 confere aos conselhos de saúde as atribuições de atuar na cogestão do SUS, nas três esferas de poder, interferindo na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo. Os conselhos devem ser criados por lei municipal, estadual ou federal, com base na lei citada acima, destacando que, tanto no processo de criação como na reformulação do conselho, o poder público, em conformidade aos princípios democráticos, deve acolher as demandas da população, com base nos resultados das conferências de saúde (MARTINS; BARSAGLINI, 2011).

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, de 2007, fundamenta o protagonismo da pessoa com deficiência, baseada nos princípios gerais que enfatizam o respeito à dignidade, autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e independência pessoal. Além disto, propugna o direito à não discriminação, plena e efetiva participação social, respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade (CARVALHO, 1993).

Assim sendo, as pessoas com deficiência não só tem o direito, mas também o dever de participar dos conselhos de saúde, municipais, estaduais e federal. De acordo com a legislação do SUS, têm representação nos conselhos todos os segmentos sociais envolvidos com o sistema de saúde, ou seja: os usuários (50% das vagas), os trabalhadores do SUS (25%), e os gestores e prestadores conveniados (25%), visando assim à construção de uma sociedade mais justa e livre, baseada no aprofundamento da democracia participativa como principal mecanismo para atingir a dignidade, a liberdade e a justiça social (CARVALHO, 1995; RESENDE; GOUVEIA, 2011).

O objetivo central da participação dos usuários neste espaço é viabilizar sua atuação nas deliberações sobre as políticas e programas de saúde, exercendo o controle sobre os atos das autoridades locais, destinadas a implementar as diretrizes decididas com o aval do próprio conselho (CARVALHO, 1993).

Parafraseando Martins e Barsaglini (2011), na história da saúde pública do país, o controle social se apresenta como maior instrumento de defesa social do SUS, o que significa a sociedade participando na luta pela democracia, qualidade de vida e defesa de uma política de saúde pública transparente. Fica então em evidência a ação dos atores sociais na fiscalização da comunidade, na perspectiva de estabelecer o acesso aos serviços de saúde defendendo os princípios e diretrizes que norteiam o SUS.

Muitos desses conselhos de saúde foram criados apenas formalmente, para cumprir o requisito legal, constituindo-se em mecanismos de legitimação de gestões. São manipulados desde a sua composição, com a ingerência política dos gestores, até a sua atuação, reduzida à aprovação de documentos necessários para repasse de recursos (PEREZ, 2012). Mas, o ponto central dos debates realizados nos Conselhos, refere-se ao reconhecimento da representação dos segmentos sociais como uma forma de ação política representada pelas associações, neste caso, as pessoas com deficiência (LÜCHMANN, 2011).

Os conselhos de saúde, assim como os demais Conselhos com participação de representação social segmentada, são espaços de conflitos entre interesses sociais contraditórios. Isto é resultante da diversidade de segmentos da sociedade neles representados. O espaço dos Conselhos não é neutro, pois nas tomadas de decisões manifestam-se os conflitos em torno de projetos divergentes da sociedade, bem como os conflitos decorrentes do interesse próprio dos segmentos sociais em apropriar-se de recursos escassos. Os interesses dos diversos segmentos sociais nele representados nem sempre são consensuais, pois nas entrelinhas revelam direções antagônicas para os caminhos da saúde nas esferas de governo correspondentes (CARVALHO, 1993; LÜCHMANN, 2011).

Em 1989 foi criada a Lei Federal sob o nº 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), que institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências, estabelecendo os direitos das pessoas com deficiência, as quais, por décadas foram excluídas de apoio legal (BRASIL, 2014).

Em 06 de julho de 2015 foi sancionada pela atual Presidente da República, Dilma Roussef, a Lei nº 13.146, a qual institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência. Este Estatuto é destinado a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais das pessoas com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Nesta Lei estão contemplados os direitos de igualdade e da não discriminação, do direito à vida, à saúde, à educação, à moradia, ao trabalho, ao turismo, ao lazer, aos esportes, à cultura, ao trabalho, a habilitação e reabilitação, bem como aspectos que garantem o direito à participação na vida pública e política e o reconhecimento de igualdade perante a Legislação Brasileira da pessoa com deficiência (BRASIL, 2015).

Na Lei citada acima, através do Art 76, foi redigido que o poder público deve garantir à pessoa com deficiência todos os direitos políticos e a oportunidade de exercê-los em igualdade de condições com as demais pessoas. O mesmo artigo trata ainda da participação da pessoa com deficiência na condução das questões públicas, com direito à participação em organizações não governamentais relacionadas à vida pública e à política do País, na formação de organizações para representar a pessoa com deficiência em todos os níveis governamentais e, a participação destas em organizações que a representam (BRASIL, 2015).

Corroborar-se com Chini e Boemer (2007) quando enfatizam que, enquanto a pessoa

com deficiência não visualiza claramente as possibilidades que se apresentam, e que requerem redimensionamentos, ela sofre pela falta de perspectivas e a dependência ganha intensidade em sua existência.

Merece relevância, nestes apontamentos, reforçar então, o estímulo à participação efetiva das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, e nos demais órgãos de representatividade social, para que possam contribuir nas discussões com base em suas próprias experiências de viver como deficiente, pois como afirmam Caro et al (2014), somente assim, poderão expressar suas necessidades e defender seus interesses. Desta forma, novas políticas públicas de saúde podem proporcionar o desenvolvimento de programas que atendam as pessoas com deficiência conforme seus direitos constitucionais de inclusão social, acessibilidade e cidadania.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de pesquisa

Para alcançar os objetivos do presente estudo, considera-se que a abordagem qualitativa seja a mais adequada, uma vez que procura centrar a atenção na especificidade, no individual, almejando sempre a compreensão dos fenômenos estudados. Este tipo de abordagem é capaz de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais” (MINAYO, 2004, p.10).

Ainda para a mesma autora que discute o papel da sociologia compreensiva que propõe a importância da subjetividade no entendimento das pesquisas sociais, esta afirma que:

Esta corrente não se preocupa em quantificar, mas de lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum (MINAYO, 2004, p. 11).

Outro aspecto relevante que torna-se adequado enfatizar sobre a pesquisa desenvolvida, uma vez que se trata da abordagem de um grupo específico de sujeitos, os quais podem se encontrar em condições vulneráveis, é sobre uma das principais características da pesquisa qualitativa, a criação de um vínculo com o pesquisador como condição para o desenvolvimento da pesquisa, pois como Gonzáles Rey (2005, p. 85) afirma “uma das características da pesquisa qualitativa é seu acesso a temas que são íntimos e muito sensíveis

para as pessoas pesquisadas”, sendo necessário um envolvimento entre pesquisador e pesquisado, onde se possa identificar confiança e segurança na relação firmada.

Para Minayo (2004, p. 24):

[...] interessa em estudo com segmentos sociais especiais, trabalhar com a lógica interna do grupo, recuperando a definição da situação oferecida pelos próprios sujeitos envolvidos, assim como as significâncias e relevâncias que expressam através de seus relatos. Sua fala não apenas informa sobre o que é real do seu ponto de vista, mas também, valora, julga e estabelece prioridades e projeta seu social.

Para alcançar às particularidades da problemática estudada, entende-se que o estudo de campo seja o tipo de pesquisa mais adequado para ser utilizado no estudo desenvolvido, uma vez que segundo Minayo (2004, p. 53) o estudo de campo pode ser compreendido como “o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação”.

Desta forma, a abordagem em questão possibilita repensar sobre algumas questões importantes e obscuras, sendo que muitas delas foram clarificadas a partir de falas vindas dos próprios sujeitos que, quando foram submetidas à análise, demonstraram significados, o que favoreceu a compreensão da problemática levantada.

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Projeto Órtese e Prótese que é um projeto de extensão universitário permanente com caráter de prestação de serviços, lotado no Departamento de Enfermagem da UNICENTRO. Este projeto está em funcionamento desde o dia 15 de julho de 2003, no qual o serviço é ofertado à comunidade regional. É credenciado junto ao Ministério da Saúde e tem objetivo de realizar avaliação, adequação, treinamento,

acompanhamento e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção às pessoas com deficiência física natural ou adquirida.

Os serviços são oferecidos à população dos municípios que compõe a 5ª Regional de Saúde, que são: Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Candói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Guarapuava, Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pinhão, Pitanga, Porto Ribeiro, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu, Turvo e Virmond. Desta forma, o projeto está disponível a uma população de aproximadamente meio milhão de habitantes.

Nestes 12 anos de funcionamento do serviço foram realizados mais de 85.000 atendimentos, entre sessões de fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, atendimentos de enfermagem, avaliações médicas e intervenções sociais. Atualmente, o projeto tem cadastrado mais de 5.200 pacientes.

O encaminhamento a este serviço é realizado pelas unidades de saúde e serviços de assistência social dos municípios atendidos, para ser avaliado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por médico com especialidade em ortopedia, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social; é necessário que o paciente apresente: Registro Geral (RG) ou certidão de nascimento, Cadastro de Pessoa Física (CPF), cartão do SUS, comprovante de residência e encaminhamento médico para que sua solicitação seja efetivada.

Na consulta, o médico indica e solicita a melhor órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção (cadeira de rodas, andador, bengala, muleta, ect), tomando como prioridade a necessidade e as condições físicas do paciente. A partir da indicação, a pessoa em tratamento começa a receber acompanhamento fisioterápico, psicológico e de enfermagem, com vistas à reabilitação total. Durante o processo de recuperação, o assistente social trabalha em conjunto para reinserção social e laboral do indivíduo. Quando o paciente apresentar condições físicas e psicológicas para receber o equipamento, é feito o seu fornecimento, com recursos do SUS.

O Projeto Órtese e Prótese faz parte do Serviço de Reabilitação Física da UNICENTRO, que conta ainda com a Clínica Escola de Fisioterapia e com o Ambulatório de Cuidados de Enfermagem a Pacientes Portadores de Feridas Crônicas. Esses serviços são oferecidos à população na modalidade de projetos de extensão permanentes e funcionam nas dependências do *Campus* CEDETEG, em Guarapuava.

4.3. Sujeitos do estudo

Os sujeitos que fizeram parte deste estudo foram selecionados aleatoriamente, desde que estes contemplassem alguns critérios de inclusão necessários à realização deste estudo, tais como, ser cadastrado e ter recebido atendimento do serviço selecionado, ser maior de idade, apresentar amputação de membro inferior, e aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Como o estudo tem o objetivo de conhecer as vivências de amputados de membro inferior, ou seja, como se deu o processo de amputação, a sua adaptação a esta nova forma de viver, quais as implicações e dificuldades enfrentadas decorrentes deste evento e, como ocorreu a sua reinserção na comunidade, entende-se que a forma mais adequada para alcançar esses objetivos seja a abordagem de indivíduos adultos jovens, entre 18 a 50 anos e que tenham sido submetidos à amputação de membro inferior há pelo menos quatro anos.

Isto se justifica pelo fato de que nesta faixa etária situações de vulnerabilidade ou atividades afetadas podem ser identificadas, como por exemplo: quanto a questões educativas/escolares, atividades laborativas, relações conjugais e quanto a estabilidade emocional.

No que se refere à escolha por pesquisar somente amputados de membros inferiores, esta se justifica pela melhor aceitação e utilização de próteses de membros inferiores quando comparadas as de membros superiores. No referencial teórico foram explanados dados publicados por Carvalho (2004), onde justifica que as taxas de aceitação de próteses de membros inferiores são maiores em decorrência da necessidade e da motivação em deambular, uma vez que o amputado busca maior independência. Outro ponto levantado pelo autor, é que o esforço que o coto recebe da prótese, em uma amputação de membro inferior é mais semelhante ao que ocorreria com o membro perdido, quando comparado ao processo de protetização de membros superiores.

Quanto ao tempo mínimo de ocorrência da amputação que foi indicado acima, quatro anos após o evento, este se relaciona ao término do processo de luto pela perda de parte do corpo (REBELO, 2004), e também é um período em que se espera que todos os indivíduos

amputados tenham alcançado a sua reabilitação física total, inclusive com a protetização efetiva e bem sucedida.

No que se refere ao número de participantes da pesquisa, ou seja, ao número de sujeitos submetidos à amputação de membros inferiores que foram selecionados para o estudo, este não foi previamente determinado, pois utilizou-se o critério de amostragem por saturação dos dados, que ocorreu após a abordagem de 15 participantes. Esta é uma ferramenta frequentemente empregada em investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, na qual é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (MINAYO, 2004).

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2014. Os encontros para a realização das entrevistas ocorreram sempre no ambiente em que o paciente escolheu, pois foi lhe dada esta autonomia. Todos os participantes optaram por efetivar a conversa gravada em seus próprios domicílios, tal fato pode ser explicado por se sentirem mais a vontade em seu próprio ambiente.

4.4. Instrumentos e estratégias para a coleta de dados

Para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, optou-se por utilizar a análise de documentos, e a técnica de entrevista com roteiro para a coleta das informações. Os dados para a pesquisa foram coletados primeiramente no serviço onde a mesma foi realizada, e com posterior abordagem dos indivíduos selecionados para o estudo, onde o convite à participação foi formalizado, bem como a explanação de seus objetivos, onde foi obtida a autorização por escrito dos participantes.

O instrumento utilizado para coleta de dados corresponde a um roteiro de entrevista, contendo perguntas abertas e fechadas que contemplam os objetivos propostos pelo estudo. Minayo (2004, p. 87) considera a entrevista uma “conversa com finalidade”, partindo de um roteiro que serve de facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

A primeira parte do roteiro compõe-se de questões que se relacionam a informações gerais para contextualização dos sujeitos, tais como: idade, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, tempo de amputação, nível de amputação, tempo decorrido da amputação, utilização de prótese e uso de medicamentos.

Estão inseridas na segunda parte do roteiro, as demandas norteadoras sobre o processo de adaptação dos sujeitos amputados a comunidade. Os temas levantados correspondem a: sentimentos e dificuldades vivenciados após a amputação, adaptações que se fizeram necessárias no cotidiano, atuação da equipe de saúde na reabilitação, reinserção na comunidade e expectativas para o futuro.

A entrevista com roteiro possibilita que se discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador, embora este se mantenha atuante, permitindo, ao mesmo tempo, revelar a situação do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos sujeitos participantes do estudo, em data e horário escolhido por eles. No momento da entrevista, em todos os casos, estavam presentes somente o pesquisador e o pesquisado, o ambiente era silencioso e em nenhuma delas ocorreu interrupções ou interferência de outras pessoas. Ao final da fala dos sujeitos foi deixado espaço para que se assim desejassem, estes fizessem outros apontamentos ou comentários.

Todas as conversas foram gravadas com a devida autorização dos participantes, ao final da coleta de dados, a soma total de gravação foi de 09 horas e 44 minutos. A entrevista mais curta foi de 18 minutos e a mais longa de 67 minutos. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, para posterior análise.

4.5. Análise dos dados

Pela subjetividade dos dados, estes foram analisados qualitativamente, adotando-se o método hermenêutico dialético. A hermenêutica é a busca da compreensão do sentido que se apresenta na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central, e a

dialética, ciência do diálogo, busca compreender os núcleos contraditórios nos fatos, na linguagem e na cultura (HABERNAS, 1987; GADAMER, 1999).

Um caminho para fundamentar pesquisas qualitativas está na articulação da hermenêutica com a dialética, pois é possível valorizar as complementaridades e divergências entre elas. Pode-se destacar que ambas trazem a ideia do condicionamento histórico da linguagem, das relações e das práticas e partem do pressuposto de que não há observador imparcial. “No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica” (SILVA; NASCIMENTO; ALENCAR, 2012, p. 245).

A análise e discussão dos dados foram realizadas à luz de arcabouço teórico que rege as pesquisas qualitativas, para tanto foi utilizada como principal referência metodológica a trazida por Minayo (2004). Para auxiliar na discussão dos dados através do método hermenêutico dialético, foi utilizada também a técnica de análise de conteúdo, mais especificamente pela análise temática, que segundo Bardin (1979, p. 42; *apud* MINAYO, 2004, p. 199) a análise de conteúdo é:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

A análise dos dados deste estudo, embasada por Minayo (2004), através do método hermenêutico dialético foi composta por três etapas distintas e consecutivas: ordenação, classificação e análise final.

Na primeira etapa, a fase da ordenação dos dados foi realizado um mapeamento das informações obtidas no processo de coleta. No qual foram organizadas as informações colhidas através da análise dos prontuários fornecidos pelo serviço, realização da transcrição das gravações das entrevistas e organização dos relatos.

Na segunda etapa, a fase da classificação dos dados foi realizada a categorização dos dados e informações coletadas. Essa classificação foi construída através de achados já encontrados e embasados teoricamente, ou seja, as categorias construídas neste estudo não emergiram aleatoriamente, foram construídas a partir de categorias pré-estabelecidas, as quais

foram sistematicamente embasadas na literatura que discute e aborda questões semelhantes às investigadas neste estudo.

As categorias apresentadas neste estudo são, portanto, resultado dos achados desta investigação e, também resultado do que os autores que trabalham com o tema deficiência/amputação, estabelecem como vertentes teóricas que apresentam relevância, tanto para comunidade acadêmica como para toda a sociedade, ou seja, aspectos que merecem destaque nas investigações em saúde.

Tendo então como base as referências bibliográficas trazidas no decorrer de todo este estudo e, também a partir do que emergiu de relevante no texto advindo dos entrevistados, foram elaboradas as categorias específicas apresentadas no capítulo da discussão dos resultados, nas quais foram agrupados elementos, ideias, sentimentos e dificuldades que apresentaram características que tiveram relação entre si.

Na terceira e última etapa, ou seja, na fase da análise final dos dados procurou-se estabelecer articulações entre os resultados encontrados no estudo, com os referenciais teóricos existentes sobre os temas levantados, buscando assim responder as questões da pesquisa com base em seus objetivos.

Para melhor visualização dos dados durante a discussão, neste estudo será utilizado como base a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) que foi elaborada para proporcionar base científica para a compreensão do estudo da saúde, estabelecer uma linguagem comum a discussão da saúde e de seus estados determinantes, permitindo a comparação de dados entre países, entre disciplinas, entre serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo.

4.6. Aspectos éticos do estudo

Com o presente estudo, que objetiva uma abordagem com seres humanos, as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas desta natureza, contidas na resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466/2012, estão sendo mantidas e respeitadas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) o qual foi aprovado sob o número de protocolo 929/2014, bem como foi realizado o contato prévio solicitando a devida autorização da Coordenação do Serviço de Reabilitação Física da UNICENTRO para a realização da pesquisa, a qual foi concedida.

Em relação aos aspectos éticos, foram imperativas as explicações dos objetivos do estudo, onde foi reforçada sua finalidade, garantindo o anonimato das informações, referindo que o conteúdo do estudo será apenas utilizado para fins científicos. Foi esclarecido que podem desistir de participar em qualquer momento do estudo, se assim desejarem.

Somente após as explanações realizadas e as dúvidas sanadas, os pesquisados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido e assinado pelos participantes sem qualquer tipo de coerção.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão dos resultados obtidos nesta pesquisa, primeiramente serão apresentados os sujeitos participantes do estudo, com dados que os caracterizam, dados estes seguidos de discussão teórica embasada por estudos semelhantes.

Posteriormente serão apresentadas e discutidas as categorias construídas a partir de arcabouço teórico sobre o tema amputação e, dos relatos dos sujeitos do estudo, as quais se referem às limitações enfrentadas pelos amputados após a perda de um membro e, às adaptações alcançadas após a reabilitação e uso de prótese.

5.1. Caracterização dos sujeitos do estudo

De um universo de 139 amputados de membros inferiores na faixa etária especificada pelo estudo cadastrados no serviço de reabilitação onde a pesquisa foi realizada, o grupo estudado foi composto por 15 sujeitos. Onde foi observado predomínio do sexo masculino, pois 11 são homens e 04 mulheres, com idade entre 21 a 48 anos, sendo que a média de idade foi de 36 anos.

No que tange ao predomínio do sexo masculino na ocorrência das amputações, os pacientes incluídos no estudo corroboram com os dados descritos na literatura, uma vez que neste estudo a incidência em homens foi de 73,3%. Este resultado pode ser comparado ao encontrado por Cassefo, Nacaratto e Chamlian (2003), em estudo realizado no município de São Paulo (SP), onde encontraram incidência de amputações de 60% em homens; ao estudo realizado no ano de 2011 por Teixeira no município de Vitória (ES), no qual identificou incidência de 88,3% e, também ao estudo realizado na cidade de Goiânia (GO) no ano de

2012 por Reis, Junior e Campos, neste observaram um índice de 69%. Ainda no que diz respeito ao gênero, uma vez que os homens apresentam índices de amputações mais elevados quando comparados aos apresentados pelas mulheres, pode-se utilizar os referenciais de Almeida, Perez e Rosa (2013), e Vargas et al (2014), que quando discorrem sobre o assunto, indicam que este fato pode estar relacionado ao maior autocuidado realizado pelas mulheres, possibilitando assim prevenir os fatores de risco relacionados às amputações, como traumas, diabetes e tabagismo.

Quanto a média de idade dos amputados encontrada neste estudo, que foi de 36 anos, esta foi menor que a encontrada em estudos semelhantes realizados acerca deste tema, como exemplos, o estudo realizado por Milioli et al (2012) avaliando a qualidade de vida de amputados na região de Porto Alegre (RS) em que a média de idade dos pacientes foi de 54,4 anos; e estudo o realizado por Guarino, Chamlian e Masiero (2007), em São Paulo (SP), com amputados de membros inferiores atendidos no centro de reabilitação Lar Escola São Francisco, em que a média de idade dos sujeitos do estudo foi de 46,3 anos. No entanto, se assemelha ao encontrado por Teixeira (2011), que abordou a reinserção produtiva de amputados e encontrou a média de idade de 34,8 anos. A diferença entre o resultado encontrado nesta pesquisa, quando comparado aos dois primeiros estudos citados, pode ser advinda das questões metodológicas do estudo, onde a faixa etária foi previamente delimitada, mesmo caso do estudo realizado por Teixeira (2011).

A maioria dos sujeitos da pesquisa possui grau de escolaridade baixo, uma vez que 06 apresentam ensino fundamental incompleto, 04 com ensino fundamental completo, 04 com ensino médio completo e, somente 01 com formação acadêmica de nível superior. Neste quesito, os resultados diferem da maioria dos dados encontrados na literatura, pois foi encontrada uma proporção de 66% dos sujeitos com formação abaixo do fundamental completo, se assemelhando ao encontrado por Guarino, Chamlian e Masiero (2007) com 34,6% de amputados com escolaridade acima do fundamental completo. Resultado contrário ao estudo realizado por Teixeira (2011), no qual a taxa foi de 56,4% de sujeitos com formação acima do fundamental completo e o realizado por Almeida, Perez e Rosa (2013), com 57,1%, neste estudo as autoras buscaram identificar a prevalência de amputações em pacientes atendidos no Hospital Escola de Itajubá (MG), atendidos entre os anos de 1999 a 2012.

Todos os sujeitos do estudo informaram que exerciam atividade laboral remunerada antes da cirurgia, no entanto, a atuação profissional dos mesmos se alterou após a amputação, pois somente 07 deles continuam exercendo a mesma função anterior, 06 mudaram a

atividade laboral e 02 não estavam exercendo trabalho remunerado. Portanto, a taxa de retorno ao trabalho após o evento da amputação, encontrada neste estudo foi de 86,6%, índice próximo aos 66,7% encontrado por Teixeira (2011). Resultado bem diferente do encontrado em estudo realizado por Guarino, Chamlian e Masiero (2007), que foi de apenas 10,2%, resultado interpretado pelos autores como decorrente de ser uma população de maior idade, aposentada, e com amputação recente, média de 4 anos de amputação. Vale lembrar que a média de idade deste estudo é bem menor quando comparada ao estudo citado e o tempo de amputação também foi maior, no caso deste estudo foi de 11 anos.

Ainda sobre a questão do retorno ao trabalho, em estudo realizado por Montiel, Vargas e Leal (2012), que buscaram caracterizar 467 pessoas submetidas à amputação no município de Porto Alegre (RS), encontraram um índice de 71,7% de amputados que voltaram ao trabalho na mesma função anteriormente exercida, o índice encontrado nesta pesquisa quanto ao retorno à mesma função foi de 46,6%.

No que se refere à localização da amputação, todos os sujeitos do estudo apresentam amputação de membro inferior, nível delimitado na metodologia como critério de inclusão para a participação do estudo. É importante citar, ainda, que todos apresentam amputação de apenas um membro, ou seja, não há nesta amostra amputados bilaterais de membros inferiores e nem amputados de membros superiores. Dos 15 entrevistados, 09 apresentam amputação transtibial, localizada entre tornozelo e joelho (60%), e 06 amputação transfemural, localizada entre joelho e quadril (40%). Neste sentido os dados diferem dos encontrados na maioria dos trabalhos, como os realizados por Leite et al (2004), que observou 76,3% das amputações eram transfemorais, no estudo de Carvalho et al (2005) foi 65,2%, Silva (2006), encontrou taxa de 77% de amputações transfemorais e Ozaki et al (2010) encontraram resultados de 54% da população estudada com amputação acima do joelho. Como principal causa das amputações, estes estudos apresentaram as doenças ou complicações do sistema cardiovascular.

Esse achado contrário ao da literatura pode ser justificado pela população estudada ser mais jovem quando comparada às pesquisas citadas, e também porque quando são analisados quanto a sua causalidade, apresentam-se em conformidade com os estudos que trazem como a principal causa de amputações transtibiais as lesões traumáticas, como o estudo realizado por Montiel, Vargas e Leal (2012) que apontou para uma taxa de 68% de amputações abaixo do nível do joelho ser em decorrência de traumas.

No presente estudo, as lesões traumáticas foram responsáveis por 66,6% dos casos (05 foram em consequência de ferimentos ocorridos em acidentes automobilísticos, 03 casos em acidentes de trabalho, e 02 casos como consequência de violência urbana), em seguida foram as vasculopatias, sendo atribuída a 33,4% dos casos (destes 03 casos por complicações do *Diabetes mellitus* e 02 foram decorrentes de trombose venosa).

Os acidentes de trânsito segundo Rodrigues, Cunha e Costa (2014) a cada ano vêm vitimando inúmeras pessoas, ocasionando nestas comorbidades temporárias ou permanentes, implicando em custos elevados para o sistema público de saúde com assistência médico-hospitalar e reabilitação, transformando a violência no trânsito atualmente em um problema de saúde pública, emergente e desafiador. Segundo estudo realizado pelos autores, a maioria dos indivíduos envolvidos em acidentes de trânsito são do sexo masculino (69,7%), com faixa etária predominantemente entre 20 e 29 anos (68,8 %), e o veículo automotivo mais frequentemente envolvido nos acidentes é a motocicleta (63%). Dados que também se encontram em conformidade quando comparados aos encontrados neste estudo.

Sobre as causas de amputações, como citado anteriormente, a mais referenciada na literatura é a vascular, acometendo em proporções iguais tanto no sexo feminino quanto no masculino (CARVALHO, 2003; TEIXEIRA, 2011), ocorrendo em indivíduos com faixa etária mais avançada, predominantemente acima de 60 anos, e com o envelhecimento populacional aumentando, esta provavelmente se manterá como a principal causa de amputações nas próximas décadas (SANTOS et al, 2010; MARQUES, 2011). Os fatores de risco, como idade avançada, tabagismo, diabetes, hipertensão e obesidade influenciam o aparecimento de doenças vasculares, pois nestes casos os indivíduos estão mais suscetíveis a doenças degenerativas como a arteriosclerose e as neuropatias periféricas (GABARRA; CREPALDI, 2009; ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013; MARCOLINO et al, 2015). Gambá et al (2004) desenvolveram uma pesquisa em São Paulo (SP) estudando os fatores associados à amputações de extremidades inferiores e o diabetes. Nesta pesquisa foi constatada a associação entre a amputação e o tabagismo, indicando que o tabaco exerce função ativa na etiologia das doenças vasculares. As autoras alertam que a amputação em pessoas diabéticas se tornou um procedimento com incidência cada vez maior, transformando-se em um problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

As lesões traumáticas são a segunda maior causa de amputação citada na literatura brasileira, acometendo principalmente indivíduos adultos jovens, sendo indicada quando se torna impossível uma reconstrução do membro lesionado (BRITO; ISERNHAGEN;

BEPIERI, 2005; SANTOS et al, 2010; VARGAS et al, 2014; SEREN; TILIO, 2014). As amputações causadas por traumatismos são consequência em grande parte de fraturas expostas, contaminação severa de ferida, lesões do tipo esmagamento que levam a necrose muscular progressiva e retardo no tempo de vascularização e, ainda aquelas lesões que levam a amputação do membro no momento do trauma (AGNE et al, 2004; DEBASTIANE, 2005).

No estudo realizado por Silva (2006), as causas de amputação por trauma foram maiores em indivíduos adultos jovens e com maior frequência em homens, dado encontrado anteriormente por O'Sullivan e Schimitz (1994), e que se encontram em conformidade aos achados neste estudo. Sobre isso, Senefonte et al (2012) justificam essa situação como consequência do comportamento mais agressivo e descuidado do homem, quer seja no trânsito, no trabalho ou até mesmo em momentos de lazer.

A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias emergidas através da análise do material coletado, com base no método hermenêutico dialético e auxílio da análise de conteúdo, técnicas de análise embasadas por Minayo (2004).

Foi possível através da literatura disponível acerca do tema investigado e, da análise das experiências vivenciadas pelos amputados, participantes do estudo, construir e embasar teoricamente duas categorias que, expressam as mudanças no cotidiano dos sujeitos após a amputação, e as alterações/adaptações que foram possíveis de ser realizadas, para que estes alcançassem maior independência e autonomia.

5.2. Dificuldades enfrentadas pelos amputados após a perda de um membro

À medida que as leituras do texto advindo dos sujeitos do estudo ocorreram, comprovou-se o que a literatura afirma, ou seja, que as dificuldades enfrentadas por pessoas com amputação, vão além da perda física de uma parte do corpo (DIOGO, 1997; LEITE; FARO, 2005; CHINI; BOEMER, 2007; MARQUES, 2011; ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013). Optou-se, portanto, agregá-las, desta forma estão contidas nesta categoria as limitações e dificuldades de ordem física, psicológica e social.

As referências bibliográficas que embasaram os dados deste estudo, as quais tratam das questões referentes às limitações e dificuldades enfrentadas por pessoas que foram submetidas à amputação, trazem à luz a discussão de aspectos que são similares a todos os amputados. Uma vez que existem aspectos que acabam por caracterizar um determinado grupo social, por aparecer com frequência em todas as pesquisas sobre o tema, como é o caso da amputação.

Visto que, a literatura demonstra através da comprovação de dados com a realização de pesquisas científicas com embasamento teórico sólido, que o amputado enfrenta a dicotomia independência/dependência, segurança/insegurança, certeza/negação, estes foram alguns dos aspectos que buscou-se identificar nas falas dos entrevistados (BOCCOLINI, 2000; CARVALHO, 2003; GALHEIGO, 2008; MELO; MARTINS, 2009; SILVA et al, 2010; SEREN; TILIO, 2014; MARCOLINO et al, 2015).

Esses aspectos dicotômicos discutidos nas investigações em saúde sobre a amputação foram também encontrados neste estudo, uma vez que a principal característica encontrada nos amputados, quando analisadas as dificuldades motoras destes, foi a presença constante de relatos que referenciaram a mudança em seu cotidiano, de uma pessoa independente para dependente. Quando as alterações psicológicas foram submetidas à análise emergiu a questão da insegurança, e torna-se importante ressaltar que a insegurança foi geradora ou atuou como fator desencadeante de ansiedade na população estudada. E, no momento em que a questão da inclusão social foi colocada à luz da discussão, percebeu-se como principal característica do grupo a questão da negação referente à situação enfrentada, o que acabou por induzir os amputados ao isolamento social, mesmo que por tempo determinado. Portanto, com base nestas características trazidas pela literatura, as quais foram também identificadas neste estudo, a seguir serão apresentadas as subcategorias advindas da categoria principal, ‘dificuldades enfrentadas pelos amputados após a perda de um membro’, ou seja, as dificuldades de ordem física, psicológica e social.

Para melhor visualização das vivências do grupo estudado, serão explanados trechos dos relatos coletados durante as entrevistas onde, as falas dos sujeitos do sexo masculino estão identificadas com a letra ‘M’ seguida do número ordinal de 1 a 11, e as do sexo feminino com letra ‘F’ seguida pelos números de 1 a 4.

5.2.1. Dificuldades de ordem física

Inúmeras mudanças são relatadas no cotidiano de pessoas que sofreram amputação, a perda de uma parte do corpo pode transformar o indivíduo de independente para dependente, requerendo um processo de avaliação de cada situação, ou seja, quais atividades o amputado é capaz de realizar sozinho e quais atividades necessita de ajuda. Isso é parte obrigatória do processo de reabilitação do amputado (BARBOSA et al, 2015).

Neste estudo, as alterações relatadas que acabaram afetando a parte física do grupo estudado, englobam a incapacidade ou dificuldade de deambulação; mudanças na realização das atividades de vida diária; dificuldades para a realização de atividades que atendam as necessidades de higiene corporal e eliminações fisiológicas; e a presença de dor. Todas estas problemáticas levaram os amputados, mesmo que de forma temporária, a depender da ajuda de familiares ou cuidadores.

Nos primeiros dias eu não conseguia nem me virar sozinho na cama (M7).

Logo que perdi a perna, quando tinha muita dor, era horrível porque até quando eu queria fazer xixi eu dependia da minha filha para me levar ao banheiro (F3).

Eu demorei para conseguir ficar em pé sozinho, e depois para andar foi mais difícil, eu perdia o equilíbrio (M3).

Eu tinha medo até de tomar banho, não consegui me lavar sozinho (M5).

Sobre a dependência, Diogo (2003) enfatiza que a maioria dos amputados enfrenta uma série de obstáculos físicos e interpessoais na realização das atividades da vida diária. Esta perda de controle sobre suas ações pode levar à insegurança, que influencia negativamente na autoestima, levando o indivíduo a delegar aos outros cada ação relativa ao seu autocuidado, passando a não desenvolver seu potencial para a independência.

Os entrevistados informaram que logo nos primeiros dias após a amputação necessitavam sempre da companhia de algum familiar ou amigo, pois não conseguiam realizar sozinhos tarefas simples, como por exemplo, servir um copo de água, ou se deslocar ao banheiro. No entanto com o passar dos dias, e se habituando a nova condição física, deixaram de passar mais tempo restritos ao leito e começaram a tentar fazer algumas coisas sozinhos,

uma das primeiras ações relatadas foi a vestir-se e despir-se sem ajuda.

Nos primeiros dias depois que me cortaram a perna até água eu tinha que pedir, ficava mais tempo na cama ou no sofá (M9).

Tentei me virar sozinha o quanto antes, não queria ficar dando trabalho para os outros (F1).

Eu sempre fui teimosa, não queira ficar dependendo dos outros (risos)... então quando a dor foi acalmando eu comecei a tentar fazer as coisas, fiquei tão alegre quando consegui vestir a minha calça sozinha (F2).

A questão da dependência está fortemente ligada com a capacidade ou não do amputado em realizar as atividades que permitam o atendimento das suas necessidades básicas por meio do funcionamento corpóreo. Entretanto, a necessidade que o amputado sente de auxílio modifica a maneira de pensar sobre seu corpo, pois como Silva (2009, p. 405) afirma:

A imagem que o indivíduo amputado passa a ter de si é de uma pessoa deficiente, incapaz, muitas vezes se tornando um incômodo para a família e as pessoas próximas a ele. Dependere de alguém até para a mais simples das atividades gera um sentimento de inutilidade, tristeza e até mesmo rejeição do próprio corpo.

Essas queixas e sentimentos irão permanecer por alguns dias e assim que o amputado comece a se sentir melhor e apresente condições, este deve ser incentivado, tanto pelos profissionais de saúde quanto por seus familiares e cuidadores, a realizar, mesmo que de forma parcial, ações que satisfaçam as suas necessidades. Desta forma o amputado estará sendo encorajado precocemente a tornar-se novamente independente, o que resultará no anseio pela realização de seu autocuidado, aumentando a sua autoestima e melhorando a aceitação da mudança de seu corpo (CARVALHO, 2003).

Os sujeitos deste estudo relataram que a amputação dificultou também ações como equilibrar-se, levantar da cama, manutenção da marcha durante a deambulação, deambular com mais rapidez que o normal e em superfícies irregulares e escorregadias. No entanto, é importante ressaltar que estas alterações foram enfrentadas nos primeiros meses após a amputação, e com o passar do tempo, todos os entrevistados relataram que com a reabilitação conseguiram maneiras de sobrepujá-las.

Logo que eu comecei a ficar em pé e dar uns passos, eu tinha muito medo de cair, andava bem devagarinho (M10).

Quando eu aprendi a andar de novo, tive que aprender a me equilibrar porque parecia que já iria cair, andava me agarrando em tudo (M4).

Andar com as muletas era mais fácil para mim do que quando eu usava a cadeira de rodas, e até que não foi muito difícil de acostumar só com as muletas (F4).

Entretanto, ver-se repentinamente impossibilitado de deambular, ir ao banheiro, tomar banho, preparar uma refeição ou desempenhar qualquer atividade doméstica é uma alteração que gera além da sensação de incapacidade física, uma desestruturação emocional significativa (DIOGO, 2003; MARCOLINO et al, 2015). Para Fonseca et al (2015), a presença de uma incapacidade funcional determinada por uma amputação de membros inferiores implica em interferência sobre a autonomia e independência, que pode ser determinada pelas condições físicas do amputado, por fatores ambientais, econômicos, culturais e sociais.

Neste estudo observa-se que com pouco tempo de amputação, aproximadamente 02 meses, grande parte dos amputados se tornaram independentes nas atividades de comer e beber, de tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário e mobilidade no leito. As atividades que propiciaram maior dificuldade para adaptação dos indivíduos amputados desse estudo foram a deambulação e o uso das escadas, o que é justificado por Debastiani (2005) o qual afirma que essas atividades de vida diária não são facilitadas porque são dependentes da marcha e apoio bípede.

Nossa o pior mesmo foi subir escada, demorei para me acostumar, me ajeitar para não cair (M1).

Para mim foi uma vitória quando descii as escadas da minha casa sozinho e chegar até no carro para ir a fisioterapia (M11).

Esse achado se assemelha ao encontrado por Teixeira e Novak (2009), em estudo realizado no município de Guarapuava (PR) sobre o nível de independência de amputados de membros inferiores, onde foram avaliados 17 amputados com aplicação de instrumento sobre o padrão de atividades, exercícios e autocuidados, que avalia a independência do indivíduo em suas atividades de vida diária e o uso de equipamentos auxiliares. As autoras identificaram

maior dependência dos amputados na deambulação, transferências (mudar da cadeira de rodas para a cama, por exemplo), subir e descer escadas.

De acordo com Cavalcanti (2001) a dificuldade em locomover-se é muito preocupante, uma vez que é por meio da locomoção que o indivíduo tem acesso aos diferentes locais para a realização das suas atividades diárias. Quando o amputado encontra-se restrito a acessórios como cadeira de rodas, muletas ou próteses, este poderá apresentar um declínio funcional na sua mobilidade e conseqüente confinamento em casa, na cadeira ou na cama. Estes problemas podem levá-lo a acomodar-se e não desenvolvendo sua capacidade para o autocuidado.

Conforme a CIF, foi identificado a presença de fatores ambientais do tipo barreiras que acabaram por dificultar ainda mais a realização das atividades por parte do grupo estudado, e devido a estas dificuldades em realizar atividades do cotidiano, algumas adaptações na vida e no ambiente dessas pessoas precisam ser efetuadas, pois inicialmente o amputado necessita do auxílio de um cuidador, que geralmente é um membro da família, para realizar ou auxiliar na realização de todas ou quase todas as atividades diárias (DIOGO, 2003).

Para que os amputados retornem a realizar as atividades que lhes eram cotidianas, se faz necessário neste contexto o exercício das diferenças, pois surge a necessidade de construção de políticas públicas que garantam justiça social e igualdade de oportunidades. Uma vez que a inclusão do amputado deve ocorrer de forma que às diferenças e as necessidades de cada um sejam respeitadas, e não na tentativa de igualar todos institucionalmente, pois as necessidades de cada indivíduo são diferentes (RODRIGUES, 2011).

Fonseca et al (2015) discutem e enfatizam que a inclusão de amputados é um processo que exige ajustes nas redes de assistência e providências que possibilitem o acesso imediato e definitivo a convivência. O fortalecimento das unidades básicas de saúde e o desenvolvimento de serviços especializados se fazem necessários para que o contexto da dependência se transforme em uma maior autonomia nas ações do cotidiano, inclusão social, geração de renda e como conseqüência a melhor qualidade de vida.

No que se refere à presença de dor, esta foi amplamente relatada, uma vez que a totalidade dos sujeitos referiu ter sentido dores, inclusive sofrido com a dor do membro fantasma.

Nem quero me lembrar da dor que eu sentia (M2).

Não sei te dizer se a dor que eu sentia depois era do acidente ou da perda cortada, mas era bastante a dor (M8).

Nas primeiras semanas eu sentia dor no dedão do pé esquerdo, mas o estranho que não tinha mais aquela perna (M6).

Minha perna estava enorme, bem inchada, e doía até a parte da perna que tinha sido amputada, no início eu não entendia muito bem isso, mas depois me explicaram (F4).

Não sei se doía mais os pontos ou o pé que tinha sido arrancado no acidente (M7).

Os relatos relacionados aos primeiros dias de amputação foram de dores iniciais no coto que se relacionavam ao edema pós-cirúrgico, a presença de suturas e lesão na pele. Após a normalização do tecido lesado e o ferimento cirúrgico cicatrizado, os relatos das dores se enquadram no que a literatura traz sobre a dor do membro fantasma, pois os amputados referiram à presença de sensação dolorosa e de movimentos do membro não mais existente. É importante ainda citar que 04 sujeitos informaram que ao acordar foram levantar-se da cama e sofreram queda, uma vez que haviam esquecido a perda do membro, pois estavam sentindo-o.

Quando eu estava no hospital ainda, acordei e queira ir ao banheiro, então levantei da cama e caí direto com o coto no chão (M4).

Caí duas vezes, uma da cama de madrugada e outra do sofá de dia, esqueci que não tinha a perna e levantei e saí andando (risos) (F3).

É incrível, (risos)... mas se eu te contar que eu sentia minha perna amputada, se eu fechasse os olhos parecia que eu conseguia mexer até os dedos (M11).

A literatura aponta que este tipo de sensação dolorosa é bastante comum nos casos de amputação, podem surgir logo após a remoção do membro e podem permanecer por anos, mas em sua maioria desaparecem antes do primeiro ano de perda do membro (TEIXEIRA; IMAMURA; CALVIMONTES, 1999; DEMIDOFF; PACHECO; SHOLL-FRANCO, 2007).

Dentre os sintomas descritos por pacientes com sensação de dor do membro fantasma, que é a dor que ocorre na projeção do membro que não existe mais, esta é iniciada sem nenhum fator desencadeante e após algum tempo desaparece sozinha. As sensações dolorosas que são descritas com maior frequência são em forma de choques, dormência, queimação, câimbras, pontadas, ilusão vívida do movimento do membro fantasma, ou até mesmo, apenas a sensação de sua existência (PROBSTNER; THULER, 2006; MARCOLINO et al, 2015).

Em estudo realizado por Demidoff, Pacheco e Sholl-Franco (2007) com o objetivo de abordar os diversos fatores que ocasionam a sensação de membro fantasma, as autoras indicam que muitos estímulos internos e externos modulam a dor fantasma, dentre os fatores relatados pelos amputados que modificam a experiência dolorosa estão os fatores agravantes da dor, os quais são a atenção, emoção, toque no coto ou pressão e mudança de temperatura. E ainda, os fatores que aliviam a dor, que são o descanso, distração, movimentos do coto, uso de uma prótese, elevação do coto e percussão ou massagem no coto. Segundo as autoras, prova de que a experiência de dor fantasma é um resultado não de um único evento, mas da interação de vários fatores. No entanto, como chamam a atenção Marcolino et al (2015), a queixa de dor referida pelo amputado é particularmente importante e muitas das vezes é atribuída somente a dor do membro fantasma, mas é relevante destacar que há necessidade de investigação, pois a dor pode ter outras etiologias, tais como presença de neuromas, lesões cutâneas, espículas ósseas, dores musculoesqueléticas, problemas com a prótese ou novas isquemias.

Os achados neste estudo quanto ao desaparecimento total da sensação de dor do membro fantasma, variaram de 07 meses a 02 anos após a amputação, sendo que a maioria, ou seja, 11 sujeitos informaram que as dores deixaram de existir antes do primeiro ano de amputação, dado que condiz com o trazido pela literatura, conforme explanado acima. Vale lembrar ainda que no momento da realização da pesquisa nenhum dos sujeitos apresentava queixas de dores, lesões ou qualquer tipo de desconforto relacionado ao coto.

5.2.2. Dificuldades de ordem psicológica

A respeito das dificuldades ou alterações emocionais vivenciadas pelos amputados, foi possível identificar diversos sentimentos através da análise dos relatos dos sujeitos, tanto sentimentos negativos quanto positivos. Sendo que muitos dos sentimentos negativos foram evidenciados logo após a perda do membro, principalmente a questão da insegurança, o que pode ser explicado segundo Gabarra e Crepaldi (2010) pelo choque emocional causado pela visualização da ausência de uma parte do corpo.

Quando acordei no hospital e vi que tinha perdido a perna fiquei desesperado, não sabia o que seria da minha vida (M8).

Neste estudo, nos casos das amputações causadas pelas vasculopatias, onde o amputado estava consciente da necessidade da retirada do membro, além do relato de medo da morte, insegurança, ansiedade, desespero, tristeza e fragilidade, ainda informaram se sentir conformados e aliviados.

Eu fiquei aliviada quando tiraram minha perna, não aguentava mais a dor da trombose (F1).

Fiquei com bastante medo, mas o importante é que depois a dor foi acalmando, porque eu sentia muita dor naquela perna (M10).

Os sentimentos de conformação e alívio podem ser relacionados segundo Paiva e Goellner (2008), com a expectativa pelo fim das dores ocasionadas pela patologia enfrentada, dores que conforme as autoras descrevem, não são geradoras apenas de sofrimento físico, mas de psicológico também.

A totalidade do grupo estudado, ou seja, tanto os amputados por causas traumáticas onde a necessidade de amputação foi de forma repentina, quanto os amputados por causas advindas das vasculopatias, citou tristeza, perda, mutilação do corpo, sentimentos de depressão, falta de estímulo para as atividades básicas do cotidiano, choro fácil, dificuldade para conciliar o sono, desespero, irritabilidade e fuga no enfrentamento de problemas, como sentimentos emergidos após a perda do membro.

Eu nunca chorei tanto na minha vida, só sabia chorar (F4).

No dia que amputaram a minha perna eu fiquei muito triste, quando olhava para minha perna e via o lençol encostado na cama eu chorava que nem criança (M9).

Nos primeiros tempos depois do acidente onde perdi minha perna eu nem conseguia dormir direito, acordava do nada no meio da noite (M3).

Todo e qualquer procedimento cirúrgico torna vulnerável a pessoa que é submetida a ele. A qual se sente fragilizada e emocionalmente instável, pois não possui o controle da

situação, convivendo com a incerteza do resultado do procedimento, se irá ocorrer tudo bem, medo de sentir dor, de se tornar incapacitado, de morrer durante a operação e de não saber como seu corpo ficará no pós-cirúrgico. Quando se trata de uma cirurgia de amputação, estas incertezas e dúvidas são aumentadas, pois a pessoa ainda enfrenta o medo da mutilação, da extirpação de uma parte de seu corpo (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

A insegurança, o medo e a ansiedade foram relatados por todos os amputados, estando presente tanto antes da amputação, naqueles casos onde o sujeito sabia que o procedimento iria ser realizado, quanto posterior à perda do membro.

Quando o médico me falou que precisava amputar minha perna me deu muito medo (M10).

Eu estava bem ansiosa depois (da amputação), tinha medo que eu não iria mais conseguir andar (F2).

Depois que perdi a perna, o mundo parece que virou de cabeça para baixo, eu não tinha mais certeza de nada, tinha medo de tudo (M5).

Para Gabarra e Crepaldi (2009), a ansiedade e os medos anteriores à cirurgia são esperados e geradores de insegurança, visto que a pessoa se depara com uma circunstância desconhecida e necessita entregar seu corpo aos cuidados de outras pessoas. Quanto aos fatores desencadeantes de ansiedade no pós-operatório, Sousa, Gomes e Santos (2009) citam a dor pós-operatória, a sensação de incapacidade, a perda da independência, a separação da família, o afastamento do trabalho, e a ferida cirúrgica como responsáveis.

Fato amplamente discutido na literatura e que merece destaque, é que a presença de medo e ansiedade em graus elevados, pode acabar dificultando a recuperação pós-operatória do amputado, afetando o seu conforto, sua qualidade de vida, necessidade de uso de medicação, e até a adesão ao tratamento (OLIVEIRA, 2000; GABARRA; CREPALDI, 2009; SOUSA; GOMES; SANTOS, 2009; MILIOLI et al, 2012; SEREN; TILIO, 2014).

Durante os relatos dos sujeitos foi observado que 06 deles sentiam a perda de seu membro inferior como se fosse de alguém da família, sendo que um dos sujeitos referiu que ficava preocupado com que haviam feito com sua perna. E que sempre que olhava para onde ela deveria estar, acabava apresentando uma crise de choro incontrolável.

Por um bom tempo depois da cirurgia, eu ficava pensando onde estava minha perna (M2).

Fiquei tão triste quando perdi minha perna, só fiquei mais triste quando minha mãe morreu (M10).

Foi complicado ... (pausa), eu nem podia olhar para minha perna que chorava muito (F1).

Sobre o processo de luto pela perda de parte do corpo, Gabarra e Crepaldi (2009) enfatizam que este se inicia ainda na comunicação sobre a amputação, pois desperta o sentimento de perda e luto, comparando-se a perda do membro com a perda de um ente querido. O luto começa a ser elaborado mesmo antes da amputação, naqueles casos nos quais foram tentadas outras terapêuticas sem sucesso, e somente será finalizado no momento da aceitação da perda do membro pelo amputado.

O luto não se restringe aos episódios de morte de pessoas, envolvendo uma ampla gama de situações e objetos, tais como membros do corpo e, por isso, as formulações de que os estágios do luto poderiam ser extensíveis às vivências de luto por amputação de membro físico (SEREN; TILIO, 2014).

Para Gabarra e Crepaldi (2010) os amputados enfrentariam cinco estágios do luto, a saber: a negação e isolamento (defesa inicial ao se recusar a aceitar a perda); a raiva (sentimentos de raiva para tentar compensar a perda); a negociação (início da aceitação da perda); a depressão (compreensão da perda como uma certeza e tristeza em encarar a real situação); e a aceitação (aceita a questão das limitações). As autoras ainda ressaltam que a transição entre essas fases ocorre de maneira dinâmica, permitindo recuos e avanços dependendo de cada indivíduo.

Foi relatado também pelos sujeitos, que nos primeiros meses após a amputação, devido a todas as mudanças que estavam enfrentando, se sentiam muito tristes e que acabaram tendo depressão. Da totalidade da amostra, 11 necessitaram fazer uso de medicação ansiolítica por pelo menos 06 meses, mas é importante ressaltar que nenhum deles apresentou diagnóstico médico de depressão maior, a medicação era utilizada para ajudar no alívio dos sintomas depressivos.

Eu achava que estava com depressão, mas o médico falou que não, que era só tristeza... mas tive que tomar remédio (F4).

Eu tomei remédio para dormir por um bom tempo (M7).

Para mim no início tudo era difícil, não tinha vontade de fazer nada, aí o médico me deu remédio para me acalmar, e com o tempo fui melhorando (M1).

Em estudo realizado por Chini e Boemer (2007) identifica-se a referência de que os sintomas depressivos são mencionados como frequentes em pessoas com amputação, pois essas apresentam tristeza, pesar, episódios de choro, isolamento social, perda de apetite, insônia, entre outros.

Alguns sintomas, como a tristeza e o pesar, são respostas esperadas e consideradas uma reação natural após a perda do membro, porém a depressão clínica possui maiores implicações, visto que precisaria ser rapidamente percebida e tratada, por representar um risco significativo para o aumento de morbidade e mortalidade nesses pacientes (SEREN; TILIO, 2014).

Paiva e Goellner (2008) destacam que no período curto após a amputação é difícil determinar se o diagnóstico é de depressão maior ou se é uma resposta de adaptação ao processo de amputação. Milioli et al (2012) relacionam os sintomas depressivos após o período de hospitalização ao baixo nível de mobilidade, a restrição de atividades, o sentimento de vulnerabilidade e baixas condições de saúde em geral.

Nas narrativas dos participantes do estudo foi possível observar que todos mencionaram em algum momento, a questão da alteração da imagem corporal após a amputação. Uma vez que a nova condição de vida pela qual foram submetidos lhes remeteu insegurança quanto ao novo estilo de vida, preconceito relacionado ao próprio corpo, fazendo com que a imagem sobre as suas delimitações ficassem destorcidas.

Eu olhava para mim e parecia que não era eu (F1).

Demorei para me acostumar a olhar para minha perna e ela não estar mais lá (M11).

Meu corpo estava bem diferente, eu ficava bem triste quando coloca o calçado e usava só um par, o outro ficava jogado lá no chão (M6).

Nesse sentido, Paiva e Goellner (2008) afirmam que a amputação provoca uma modificação permanente na aparência do indivíduo, em sua autoimagem. Uma vez que distúrbios de autoimagem corporal, como uma percepção distorcida e negativa sobre a aparência física estão intimamente relacionados com altas taxas de ansiedade. Pode ainda o

amputado apresentar o comportamento de evitar o contato visual com o membro amputado, e segundo as autoras, esta reação pode interferir negativamente no processo de reabilitação e aumentar o isolamento social.

Quanto a ação de evitar o contato visual com o coto, ou seja, o local onde o membro perdido deveria estar, esta não foi mencionada nem de forma subjetiva neste estudo. Entretanto, foram muitas as narrativas de que o corpo não era mais o mesmo, parecendo não lhes pertencer.

Parecia que aquela perna não era a minha (M9).

Meu corpo ficou diferente, demorei para me acostumar com ele (M1).

Eu tinha a impressão quando olhava para calça murcha, que aquela perna era de outra pessoa e não minha (M4).

Sobre esse não reconhecimento da imagem corporal, Seren e Tilio (2014) discorrem que à medida que as pessoas com amputação deparam-se com um profundo sentimento de estranhamento de si mesmas, não se reconhecem fisicamente, e nem quanto às suas reações emocionais, estas passam a vivenciar angústia e indefinição com relação ao futuro, às suas capacidades e às suas limitações.

Foi observado ainda através das narrativas dos amputados, que passada essa fase inicial de sentimentos e sensações múltiplas, que todos aceitaram o evento da amputação, e que tem consciência da atual extensão do corpo, não apresentando qualquer tipo de rejeição a nova formação corporal.

Com o tempo a gente acostuma com tudo, até sem ter uma perna (M5).

Demorou um pouco, mas hoje eu gosto do meu corpo assim, não sinto mais a falta da perna que nem eu sentia logo que ela foi amputada (M8).

Um dia a gente entende e se acostuma, acaba aceitando e vive bem sem uma perna (M2).

Eu acho que não demorei muito para aceitar que eu tinha perdido a perna, foi antes de eu colocar a prótese (M10).

Portanto, para Chini e Boemer (2007) a aceitação da amputação é um processo de construção do conhecimento do amputado, e passa necessariamente pelo seu corpo, pois a sua subjetividade é reconstruída através de seus prazeres e sofrimentos, de suas qualidades e

eficiências e de seus defeitos. Não aceitar que seu corpo foi modificado pela amputação significa viver no passado, num eterno luto por um corpo que não existe mais.

5.2.3. Dificuldades quanto à interação social

As limitações físicas e emocionais discutidas anteriormente interferem de forma significativa e direta no que se refere à forma como o amputado se sente socialmente. Neste quesito Silva et al (2010) enfatizam que embora os sujeitos amputados enfrentem uma doença física, as questões emocionais e sociais são complexas e mais diferenciadas individualmente, com interferência direta entre estes aspectos.

Neste sentido foi observado que todos os amputados deste estudo em algum momento, mesmo que por pouco tempo, vivenciaram o isolamento social após o evento da amputação. Sobre isso, Oliveira (2004, p. 56) afirma que, “perante uma incapacidade física, tal como uma amputação, o sujeito pode desenvolver comportamentos agressivos, além de apresentar o isolamento social e a perda da autoestima”.

Como foi abordado através de achados na literatura acerca desta temática (OLIVEIRA, 2000; CHINI; BOEMER, 2007; GABARRA; CREPALDI, 2009; MILIOLI et al, 2012; SEREN; TILIO, 2014; MARCOLINO et al, 2015), e também através dos dados visualizados neste estudo, a amputação traz consigo não somente a falta de parte do corpo, mas também a dificuldade de deambular, impossibilidade de realizar atividades corriqueiras e simples, a desestruturação emocional, sentimentos depressivos, alteração da autoimagem corporal e sensação de incertezas quanto ao futuro.

E, que no enfrentamento de todos estes aspectos, segundo Gabarra e Crepaldi (2009) e Seren e Tilio (2014) invariavelmente, o amputado acaba por tentar negar a situação em que se encontra, ou seja, negar a existência da falta de uma parte de seu corpo, que o conduz na busca inconsciente pelo isolamento social como forma de proteção.

A primeira referência sobre o isolamento ou afastamento social neste estudo, diz respeito às mudanças ocorridas nas primeiras semanas após a amputação, e se referem quanto às limitações físicas e emocionais deixadas pela amputação, uma vez que a mobilidade física

do sujeito ficou comprometida, tornando-o mesmo que por tempo determinado, dependente de ajuda de familiares.

Como eu dependia de ajuda para tudo nos primeiros dias, eu ficava quietinho no quarto (M5).

No início, logo que cheguei em casa do hospital eu ficava mais no quarto e na cozinha, e só via minha esposa e meu filhinho, não saía de casa e não recebia visita (M4).

Para Diogo (1997) a perda da extremidade inferior resulta em alterações na vida diária, no trabalho, na interação social e no atendimento das necessidades pessoais, deixando desta forma o amputado na dependência de ajuda de familiares e cuidadores, os quais devem estar preparados para lidar com as demandas vindas do familiar que necessita de atenção e cuidados contínuos.

Neste primeiro momento os sujeitos informaram permanecer mais restritos ao ambiente do próprio quarto, pois passavam grande parte do dia deitados na cama, saindo do quarto para as refeições e receber a visita de familiares. Remetem esta reclusão dentro da própria casa como decorrente da sensação de tristeza e falta de estímulo para enfrentar a nova condição de vida.

Eu ficava trancada no quarto, não queria ver ninguém, estava muito triste (F4).

Quem vinha me visitar era só a família, mesmo assim, só os mais chegados (M1).

Não tinha vontade de fazer nada, às vezes eu pensava ‘meu Deus o que vai ser de mim?’... e não queria que ninguém me visse daquele jeito (M6).

Quanto ao corpo amputado e sua associação com o isolamento, para Oliveira (2000) e Gabarra e Crepaldi (2010) sentimentos de medo diante da nova imagem corporal, receio da não aceitação dos outros e as limitações da nova realidade devido à perda, são fatores que interferem negativamente na reabilitação do amputado, tornando-o mais vulnerável a instabilidade emocional e a perda de sua independência.

Como os sujeitos deste estudo não tinham autonomia completa sobre suas ações nos primeiros meses depois da amputação, estes mencionaram que evitavam saídas desnecessárias

do domicílio, saindo somente para consultas ou outras atividades burocráticas que somente eles poderiam realizar. Uma vez que achavam estar dando muito trabalho aos familiares, pois estes desempenhavam ações para ajuda no autocuidado e realizavam tarefas que os amputados ainda não conseguiam fazer sem ajuda.

Eu só saía de casa quando era obrigado mesmo, quando tinha que fazer alguma coisa que minha esposa não podia fazer por mim (M7).

Eu achava que dava trabalho demais já, então nem pedia para me levarem para dar uma volta ou ir na igreja (F2).

Corroborar-se com Milioli et al (2012) quando abordam que o amputado que vivencia o isolamento social, apresenta indícios de desesperança quanto o futuro e se sente fadado a uma vida sem expectativas, atitudes devem ser tomadas pelo próprio amputado, sua família e profissionais de saúde que prestam assistência, buscando alternativas que propiciem ao amputado se sentir parte integrante daquilo que está ao seu redor (círculo familiar e sociedade) almejando sempre a sua independência e melhor qualidade de vida.

Como abordado anteriormente, logo após a amputação os sujeitos deste estudo enfrentaram dificuldades que acabaram tornando-os dependentes e, além disso, vivenciaram várias reações emocionais como tristeza, choro fácil, alteração da autoimagem e de não reconhecimento de sua nova formação corporal. Fatos que podem estar relacionados ao comportamento de reclusão identificado no estudo.

Neste sentido Falkenbach (2009) afirma que o corpo é sinônimo de identidade, pois é um meio de contato físico e social do indivíduo com o meio externo, e sugere que a imagem corporal do sujeito está relacionada com suas potencialidades e limitações. Refere que quando ocorre uma amputação há a perda não só do membro, mas também da função e da sensação relacionadas a ele, podendo surgir o isolamento do amputado, muitas vezes até de seus familiares.

Embora a amputação acometa o corpo físico, há questões psicológicas e sociais envolvidas, deste modo, as razões para o sucesso ou insucesso em lidar com a amputação será diferente em cada caso, sendo que sua reinserção social irá depender de fatores individuais (SEREN; TILIO, 2014).

O isolamento social emergiu também em um segundo momento neste estudo, quando os amputados informaram que deixaram de realizar atividades de lazer e recreação, não

frequentavam mais a igreja, não visitavam mais amigos e vizinhos e, foram impossibilitados de exercer atividades laborativas. Essas restrições foram superadas com a reabilitação física e uso de próteses, como será abordado posteriormente.

Nos primeiros meses depois da amputação eu não ia nem na igreja (F4).

Deixei de ir no bar, no futebol... só voltei no futebol depois que coloquei a prótese, e mesmo assim só para assistir... (risos), no bar eu fui antes (M2).

Sempre gostei de passear, ver gente (pausa), mas depois de um tempo voltei a fazer isso, porque no início eu não conseguia (M1).

As formas de isolamento social encontradas neste estudo estão de acordo com o que a literatura aborda, uma vez que vários autores identificaram achados semelhantes e, descrevem que o isolamento que a amputação traz ao sujeito é decorrente das restrições, limitações e possibilidades diminuídas de viver a vida por causa da dificuldade de locomoção, da necessidade de privar-se do convívio com outras pessoas, ou da impossibilidade de continuar trabalhando e até de ter seus momentos de recreação (MATHEUS; PINHO, 2006; CHINI; BOEMER, 2007; PAIVA; GOELLNER, 2008; GABARRA; CREPALDI, 2010; SILVA et al, 2010; MILIOLI et al, 2012; SEREN; TILIO, 2014; MARCOLINO et al, 2015).

Fato relatado por 03 dos entrevistados foi do isolamento do próprio círculo familiar, pois estes tinham receio do abandono dos cônjuges. Os relatos indicavam que os amputados não queriam depender de ajuda para não se tornarem um peso para sua família, e também pela vergonha e não aceitação da atual formação corporal, mas como não conseguiam realizar sozinho tarefas indispensáveis à sobrevivência, acabaram solicitando a ajuda. Este achado torna-se mais interessante quando identificado que as falas foram advindas dos sujeitos do sexo feminino, uma vez que em toda a amostra existente 04 sujeitos são do sexo feminino, resultando em uma taxa de 75% de referência de afastamento do cônjuge pelas mulheres, enquanto que nos relatos dos sujeitos do sexo masculino tal relato não foi identificado.

Eu não deixava o meu marido ver minha perna, eu vivia com ela coberta, na hora do banho quem me ajudava era minha filha de 11 anos (F1).

Eu morria de vergonha do jeito que a minha perna ficou, eu tinha muito medo dele (esposo) achar ela (perna) feia e ir embora, não me quer mais sabe? (F2).

No início eu me afastei muito do meu companheiro, não por ele, por mim mesmo, foi uma fase bem difícil para nós (longa pausa)... demoramos para

voltar a ter intimidade... *Ah* você sabe do que eu estou falando *né?* (F4).

Neste sentido, pode-se analisar este achado tendo como referência estudos realizados com mulheres mastectomizadas, as quais foram submetidas à retirada de uma ou ambas as mamas. Sobre esta desestruturação do reconhecimento do próprio corpo e alteração da imagem corporal, Pereira et al (2006) aborda que estes aspectos são geradores de alterações nas relações familiares e sociais das mulheres mastectomizadas, e que são provenientes dos sentimentos de impotência e frustração sobre algo que foge ao seu controle, e que estas mulheres apresentam como principal sentimento, o medo da rejeição social.

Sobre esta temática Marques e Okazaki (2012) indicam que, um dos principais fatores que influenciam na imagem corporal da mulher é caracterizado pelos parâmetros que a sociedade impõe para identificação do corpo perfeito, do corpo feminino. Enfatizam ainda, que a sociedade valoriza o corpo perfeito como essencial na atração sexual, e isso pode ser observado nos meios de comunicação, no qual são utilizados corpos esculturais para vender os mais variados produtos, além do aumento significativo do número de cirurgias plásticas para implante de silicone.

Esta afirmativa vem por reforçar o que Moura et al (2010) haviam sugerido anteriormente, que o preconceito enfrentado pelas mulheres mastectomizadas contribui para que elas próprias sejam preconceituosas com seu corpo, tenham vergonha de mostrar-se nuas na frente de seus parceiros, pois a sensação é de que, na situação que se encontram são menos mulheres, ou seja, surgem sentimentos de inferioridade e medo do abandono do parceiro.

Sobre a aceitação da condição de necessitar de ajuda que o amputado em algum momento experimenta, Salome (2010) afirma que a amputação é uma experiência dolorosa geradora de incertezas, dúvidas, descrenças, revoltas, expectativas e esperanças. Enfatiza ainda que o próprio sofrimento, causado pela amputação ao sujeito que é submetido a ela, o obriga a sair da sua individualidade para aceitar ou pedir ajuda aos outros.

Fato também observado neste estudo veio através das falas de 05 sujeitos que relataram se sentir excluídos ou isolados pela comunidade após a perda do membro, pois relacionaram o evento da amputação com olhares diferentes direcionados a eles e, afastamento de pessoas que faziam parte de seu convívio habitual.

Não gostava de sair na rua, parecia que todo mundo só ficava me olhando

(M8).

Quando eu saía de casa, e no lugar onde eu ia tinha gente que não conhecia, eu sentava de lado e tentava esconder a minha perna, (risos)... Hoje eu sei que não adiantava nada, mas era assim que eu fazia (F4).

Logo que eu comecei a ir no bar, com os meus amigos era sossegado, mas com os outros não, eu tinha a impressão que só me olhavam quando eu não estava olhando, não olhavam no meu olho, sabe? (M3).

Quanto esta sensação de isolamento e estigma sentida e relatada pelos entrevistados, Paiva e Goellner (2008) sugerem que esta ocorra com a percepção, do próprio sujeito, de discriminação pela condição física apresentada, ou seja, pelo corpo amputado.

Matheus e Pinho (2006) e Sousa, Gomes e Santos (2009) refletem que o estigma social é presente em muitos grupos sociais, porém ressaltam a possibilidade de alguns indivíduos amputados utilizarem o mecanismo de defesa da projeção de seus sentimentos negativos sobre os outros, visto que conscientemente não aceitam estes sentimentos e os transportam para outras pessoas ou para a sociedade como um todo, culpando-os por suas dificuldades.

Nesse sentido, o resgate das redes sociais e prosseguimento das tarefas cotidianas tornam-se essenciais. Espera-se que os amigos e familiares possam dar apoio, incentivo e ajudar o amputado a desenvolver atividades que lhe tragam bem estar e qualidade de vida (SALOME, 2010; MARCOLINO et al, 2015).

Seren e Tilio (2014) complementam que é importante que o amputado se sinta pertencente à sociedade, volte a desenvolver o seu lado social de lazer, recreação, para que possa alcançar o equilíbrio de suas faculdades e conviver harmonicamente com a sua condição. Uma vez que quando o amputado apresente sentimentos de incapacidade, de autopiedade, decorrente de todas essas mudanças que ocorrem em sua vida, seu tratamento e reabilitação tornam-se difíceis.

Entretanto, no momento da realização do estudo, quando os sujeitos relatavam sobre sua vida social atual, pode-se perceber que a maioria das problemáticas levantadas havia sido resolvida. Uma vez que aos poucos, todo o cotidiano dos amputados foi readequado e, conseqüentemente, estes conseguiram se habituar as suas novas possibilidades de viver e desempenhar suas funções sociais e trabalhistas.

5.3. Adaptações alcançadas pelos amputados após a reabilitação e uso de prótese

No desvelamento das informações referentes à adaptação da pessoa amputada, observou-se novamente que os dados encontrados são condizentes com o que a literatura informa (MATHEUS; PINHO, 2006; CHINI; BOEMER, 2007; PAIVA; GOELLNER, 2008; GABARRA; CREPALDI, 2010; MILIOLI et al, 2012; ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013; SEREN; TILIO, 2014; MARCOLINO et al, 2015), pois se percebeu que com o início do tratamento voltado para a reabilitação global dos sujeitos e com a posterior utilização da prótese, estes desenvolveram novas formas de enfrentamento, pois acabaram adaptando-se as limitações trazidas pela amputação. Para tanto, faz-se necessária à inclusão do amputado em centros especializados voltados à reabilitação deste grupo, pois como afirmam Cruz et al (2015) as pessoas com deficiência física necessitam de cuidados de saúde e acompanhamento especializado ao longo de toda a sua vida, e estes são importantes fontes de apoio. Uma vez que a reabilitação físico-motora exerce importante papel no processo saúde/doença das pessoas com deficiência física, mas exige atuação de uma equipe interdisciplinar que se interligam e cooperam para a atenção dos objetivos do cuidado.

A totalidade do grupo estudado recebeu atendimento e acompanhamento da equipe interdisciplinar do serviço de reabilitação física, pois eram assistidos pelo médico, enfermeira, assistente social, psicóloga e fisioterapeuta. E segundo os relatos coletados, a atuação conjunta destes profissionais auxiliou os amputados no processo de aceitação da amputação e reinserção destes ao convívio na comunidade.

Depois que eu comecei a ir no CEDETEG, eu melhorei muito, foi depois disso que eu comecei a sair de casa e não ter mais vergonha (M1).

Eles (equipe) tratam a gente tão bem, olham para gente sem desprezo, e os outros (outros amputados) também... São iguais a gente (M7).

Eu aceitei o que me aconteceu (amputação) depois que comecei o tratamento com a psicóloga, eu consegui entender muita coisa, mudei meu jeito de pensar (F3).

Eu me senti acolhida durante todo o tratamento, me tiraram todas as dúvidas e isso me deu força para lutar (sorriso) (F4).

Eu gostava muito de ir lá na fisioterapia, eu conversava com muitas pessoas, voltei a ver e gente, a conviver de novo sabe? (M9).

Como discutido anteriormente, os amputados enfrentaram alterações motoras e psicológicas, pois se verificou relatos constantes referentes à dependência física, insegurança, medo, ansiedade, tristeza, alteração da autoimagem, tentativa inicial de negação da falta do membro, medo da rejeição social e do preconceito, que acabou por levá-los ao isolamento social.

Todas estas situações citadas pelos sujeitos do estudo são identificadas em trabalhos semelhantes realizados por outros autores, e segundo estes, são naturalmente esperadas, no entanto, os mesmos autores afirmam que com o acompanhamento eficaz realizado por equipe capacitada, os amputados podem desenvolver estratégias para superação das dificuldades enfrentadas, sem grandes danos aos mesmos (DIOGO, 1997; LEITE; FARO, 2005; CHINI; BOEMER, 2007; GABARRA; CREPALDI, 2009; MARQUES, 2011; ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013; FONSECA et al, 2015; CRUZ et al, 2015).

A respeito do tempo decorrido do evento da amputação, este variou de 05 a 31 anos, sendo que a média encontrada neste estudo de 11 anos. Quanto às adaptações realizadas pelo grupo estudado, estas englobaram tanto alterações no próprio domicílio, na forma de pensar, de agir, se sentir e de se relacionar. Segundo os relatos foram sendo realizadas de forma gradativa e conforme as potencialidades individuais de cada amputado.

Mudou tudo depois que eu comecei a entender e aceitar a amputação, mudou até a forma de eu pensar sobre os deficientes (M11).

Eu aprendi a tratar a pessoa com deficiência, porque agora eu sou uma delas, então eu sei como é, mudei bastante (F1).

As modificações ambientais realizadas para prevenir o risco de quedas e, facilitar o acesso e locomoção dentro e fora do domicílio compreenderam a retirada de tapetes, mudança na disposição do mobiliário, colocação de barras de segurança em banheiros, construção de rampas e adaptação do piso com adereços antiderrapantes.

Na minha casa não tem mais tapetes (risos) eu adorava, mas agora até onde eu coloco os móveis interfere nos meus afazeres (F2).

A primeira coisa que mandei fazer lá em casa foi colocar a rampa e mudar o piso, eu não queira cair e quebrar a minha única perna (muitos risos) (M7).

Como forma de auxílio na deambulação, os amputados referenciaram que antes da protetização fizeram uso de cadeira de rodas e muletas. Vale ressaltar que depois da reabilitação e protetização nenhum sujeito do grupo estudado utiliza cadeira de rodas como meio auxiliar de locomoção, e somente 03 amputados utilizam muletas para auxiliar na deambulação juntamente com o uso contínuo da prótese.

Antes de eu conseguir colocar a prótese eu andava primeiro com a cadeira, depois me acostumei com a muleta e agora só a perna mesmo (prótese) (F3).

Larguei mão da cadeira depois que coloquei a prótese, não preciso mais dela para nada hoje em dia (M8).

Como a minha amputação é alta (acima do joelho) eu ainda preciso de um apoio para andar, então eu uso uma bengala (M3).

Importante ressaltar que no momento da realização do estudo todos os sujeitos faziam uso diário de prótese e relataram estar bem adaptados a ela, pois já haviam recebido atendimento profissional voltado para a reabilitação física.

As próteses são tecnologias dirigidas à substituição de alguma parte do corpo (CARVALHO, 2003; NEVES et al, 2015), no caso deste estudo, substituir um membro inferior amputado. São disponibilizadas a todos os usuários do SUS que a necessitam, garantida através de legislação específica citada anteriormente. Sua utilização tem como objetivo proporcionar ao sujeito maior independência, autonomia e qualidade de vida (MILIOLI et al, 2012; CRUZ et al, 2015).

Para Marcolino et al (2015) o nível da amputação é um preditor importante para a reabilitação, isto devido aos tipos de próteses e a adaptação ao coto. Segundo Fonseca et al (2015) a restrição de atividades está altamente relacionada com o nível de amputação e com a possibilidade de reabilitação posterior, portanto, as amputações acima do joelho são relacionadas com baixa reabilitação e alta restrição de atividades.

Como o grupo estudado apresentou maior índice de amputações abaixo do joelho, na faixa etária adulta jovem, os resultados reafirmam o citado em estudos semelhantes, que referem que a adaptação do sujeito que apresenta amputação transtibial alcança maiores índices de reabilitação, adaptação ao uso de próteses, retorno ao trabalho e independência (CARVALHO, 2003; ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013; FONSECA et al, 2015; CRUZ et al, 2015).

Quanto à retomada do convívio na comunidade, os amputados informaram que quando iniciaram o acompanhamento com os profissionais da equipe de reabilitação, principalmente durante as sessões de fisioterapia e psicoterapia, começaram a perder a vergonha e o desconforto em estar perto de outras pessoas, pois os encontros aconteciam de forma periódica e durante o atendimento conheceram outras pessoas que estavam passando pela mesma dificuldade.

Não tenho mais vergonha de mim, o que me ajudou bastante foi ver eu não era o único com o mesmo problema (M1).

Voltei a ter vontade de sair e queria voltar a fazer um monte de coisa que fazia antes (M10).

Depois deste ajuste inicial, e percepção que havia possibilidades reais de adaptação a nova vida, foi identificado nos relatos dos integrantes do grupo estudo, que estes voltaram a frequentar lugares rotineiros, ir a igreja, visitar familiares e amigos, dar passeios e também a frequentar novos ambientes, como por exemplo, a Associação do Deficiente Físico, a qual foi bastante citada. Voltando desta forma, novamente ao convívio social.

Fiquei tão feliz quando fui de novo na igreja com minha esposa e meus filhos (M9).

Fiz um monte de amigos novos, a gente até vai ver o pessoal da associação lá no jogo de basquete (time de basquete das cadeirantes) (M7).

Hoje eu sou frequentador da Associação, não perco uma reunião (M1).

É muito bom ir lá (reunião da Associação), porque eles discutem um monte de coisas, eles brigam por nossos direitos (M5).

No se refere à reinserção laboral, como explanado na caracterização dos sujeitos participantes do estudo, nem todos voltaram a exercer a mesma atividade anterior à amputação, e dois deles no momento da realização do estudo não estavam exercendo trabalho remunerado. Este fato é decorrente de algumas limitações causadas pela perda do membro, pois aqueles que trabalhavam como condutores de caminhões, motocicletas ou de transporte urbano, não puderam voltar aos seus postos de trabalhos, e tiveram que se realocar e exercer atividades laborais condizentes com suas habilidades e potencialidades atuais.

Eu mudei de emprego, antes era entregador, trabalhava com moto, e agora eu trabalho dentro da empresa, na parte administrativa (M6).

Como sou agricultor, eu só tive que mudar um pouco a forma de trabalhar, tem algumas coisas que não faço, mas são poucas (sorriso) (M2).

Antes eu trabalhava como doméstica, agora estou só em casa, estou estudando para ver se consigo um emprego melhor, nunca é tarde, *né?* (F3).

Alguns estudos sinalizam que após a reabilitação, os jovens amputados por causas traumáticas apresentam melhores condições físicas e psíquicas e, maior retorno às atividades profissionais, contudo, nos sujeitos submetidos à amputação por causa clínica, a independência física já costuma ser comprometida antes do procedimento de amputação (ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013; FONSECA et al, 2015; CRUZ et al, 2015). Estas afirmativas condizem com o achado neste estudo, uma vez que os dois amputados que não se reinseriram no mercado de trabalho apresentam maior idade e, nível de amputação acima do joelho por causa cardiovascular.

Para Farias e Lucca (2013) o acesso ao trabalho e a inclusão social das pessoas com deficiência dependem de diversas variáveis, tais como as políticas inclusivas, educação, participação política, atuação no mercado de trabalho, transporte, lazer, entre outros.

Relacionado ao trabalho, segundo Fonseca et al (2015) foi a necessidade de restituir os deficientes quanto às capacidades sociais e individuais que se tornou cada vez maior e para amparar estes casos criou-se a Reabilitação Profissional, que visa proporcionar aos beneficiários incapacitados, parcial ou totalmente para o trabalho, os meios indicados para o reingresso no mercado de trabalho no contexto em que vivem. Afirmam ainda que a reinserção no mercado de trabalho é um fator fundamental para o resgate da dimensão biopsicossocial dos trabalhadores amputados.

Sobre isso, Cruz et al (2015) enfatizam que o retorno ao trabalho pode depender ou ser influenciado por fatores psicológicos, sociais, médicos, de reabilitação, local e dimensão da incapacidade funcional e psíquica, idade e grau de escolaridade do reabilitando.

Diante deste contexto, Milioli et al (2012) versam que a reintegração às atividades laborais envolve aspectos tanto da reabilitação quanto do mercado de trabalho, uma vez que as pessoas com deficiência apresentam condições diferenciadas para o trabalho, podem enfrentar dificuldades financeiras e têm poder de pressão limitado em relação ao emprego, em virtude de considerarem que a limitação é um impeditivo para seus afazeres. Para melhorias desta situação, as autoras ainda afirmam que as pessoas amputadas devem investir na

reabilitação ou na adequação das condições físicas ou mentais para exercer alguma ocupação remunerada. Ainda, o próprio mercado necessita preparar-se para empregá-las.

No estatuto da Pessoa com Deficiência está garantido o direito a inclusão social e laboral desse grupo, bem como os deveres dos empregadores, o mesmo foi sancionado pela Presidência da República em 2015, através da Lei nº 13.146, onde está incluído no Capítulo II e VI o direito à habilitação e reabilitação profissional, e o direito ao trabalho da pessoa com deficiência, que tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades e habilidades do deficiente, para garantir a conquista da autonomia e participação social da pessoa com deficiência (BRASIL, 2015).

À medida que o processo de reabilitação ocorria, percebeu-se nas falas dos sujeitos do grupo que o retorno ao convívio na comunidade, resgate de potencialidades para desenvolvimento de atividades cotidianas, aceitação da amputação, ajuste emocional e melhor qualidade de vida foram sendo reconhecidas, de forma natural e gradativa, e com a utilização das próteses este resgate evidenciou-se.

Eu acreditei que podia ser alguém na vida de novo depois que consegui andar com a prótese e sem nenhuma ajuda (M9).

O fisioterapeuta sempre me falava que eu era capaz, e aos pouquinhos fui conseguindo fazer um monte de coisas (M5).

Hoje quando olho para traz parece que foi tudo tão rápido... em um dia eu estava triste e não tinha vontade de nada, no outro parece que tudo já estava no lugar de novo (M3).

Com a perna (prótese) eu consigo fazer tudo o que eu tenho vontade, as vezes de um jeito diferente, mas faço de tudo (sorriso) (M11).

Novamente os dados encontrados neste estudo comprovam o que outros trabalhos afirmam, pois a partir do momento em que o amputado inicia a reabilitação, em que o objetivo é a realização de fisioterapia para trabalhar sua autonomia e preparação para protetização, acompanhamento psicológico para dar suporte às demandas emocionais existentes, apoio por parte da equipe médica, de enfermagem e serviço social, buscando sempre esclarecer qualquer dúvida existente, encaminhamento para realocação profissional entre outras ações, o amputado passa a visualizar novas possibilidades para sua vida, e desta forma consegue enxergar seu papel como cidadão e reconhece o sentimento de pertencimento a comunidade a qual faz parte (ALMEIDA; PEREZ; ROSA, 2013; FONSECA et al, 2015; CRUZ et al, 2015, MARCOLINO et al, 2015; NEVES et al, 2015).

Quanto às expectativas para o futuro, os relatos vindos dos sujeitos se encontram de acordo com o trazido pela literatura (GABARRA; CREPALDI, 2010; SALOME, 2010; CRUZ et al, 2015), ou seja, depois de estar adaptado a nova condição de vida, agora sem uma parte do corpo, os desejos e planos para o futuro não diferem dos anteriores a amputação. Uma vez que não foi identificado nenhum relato que sugerisse o desejo de ter de volta o membro perdido, isto pode ser decorrente desta perda ter sido superada e aceita pelo grupo.

O quero hoje para meu futuro é exatamente aquilo que queria antes, ser feliz, criar meus filhos, ver meus netos nascerem e envelhecer ao lado do meu marido (F3).

Não desejo nada de diferente (pausa)... quero ver minha família em uma condição de vida melhor só (M6).

Como fiquei algum tempo parado por causa do acidente, eu quero poder ter saúde para continuar trabalhando (M10).

Do jeito que eu estou hoje (olhou para a prótese e sinalizou com a cabeça de forma positiva), eu entendo e aceito tudo o que me aconteceu, podia ter sido bem pior, então quero viver bem todos os dias até o dia que chegar a minha hora (M9).

Os dados encontrados neste estudo, os quais demonstram que os amputados obtiveram adaptação adequada ao uso de próteses, a grande maioria atualmente exerce atividade laboral remunerada, são ativos socialmente e, o mais importante aceitaram e superaram a ocorrência de um evento que para muitos é significado de falta de expectativas e de um futuro promissor, a amputação. Entretanto, é relevante levantar a possibilidade que talvez os dados explanados nesta pesquisa não sejam a regra, pois como o grupo estudado pertence à idade adulta jovem e, em sua grande parte com amputação abaixo do joelho, parâmetros que indicam uma melhor reabilitação, não sejam encontrados em pesquisas com uma população amputada que apresente requisitos comparativos distintos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amputação é um evento gerador de desequilíbrio físico, psicológico e social ao sujeito que é submetido a ela. É um procedimento cirúrgico utilizado como última opção terapêutica e, somente quando outras tentativas de tratamentos foram ineficazes. Pode ser decorrente de causas cardiovasculares, traumáticas, tumorais e deformidades congênitas.

O amputado enfrenta limitações que acabam por dificultar sua locomoção, autocuidado, independência, autonomia, qualidade de vida e cidadania. Muitas vezes é levado ao afastamento da comunidade, do trabalho e das atividades de lazer que outrora desenvolvia. Mas é importante ressaltar, que se a amputação de um lado mutilou, transformando o sujeito em uma pessoa com deficiência, de outro, acabou com as dores e salvou a vida.

Para que o amputado desenvolva todas as suas potencialidades e volte a ter uma vida ativa é importante que este esteja inserido em serviços especializados que prestem atendimento e acompanhamento de qualidade voltado à reabilitação. À medida que o processo de reabilitação vai sendo desenvolvido, e com esforços e dedicação, tanto por parte do amputado, quanto dos profissionais que prestam o atendimento e, principalmente com o apoio da família, o sujeito encontra maneiras de superação de todas as dificuldades vivenciadas.

Através dos resultados alcançados nesta pesquisa, pode ser observado que, com a boa reabilitação e adaptação ao uso de próteses, os amputados participantes do grupo estudado, apresentaram a elaboração do processo de perda de uma parte do corpo e das limitações deixadas por ela, uma vez que estes aceitaram a amputação e se adaptaram a sua nova vida, voltando ao trabalho, ao convívio social, conquistando independência e autonomia, agora sem uma parte do corpo.

Este estudo apresenta algumas limitações, uma vez que o grupo estudado é jovem, com idade média de 36 anos, em sua maioria apresenta nível de amputação que responde melhor a adaptação às próteses, ou seja, abaixo do joelho (60 %), com amputação de um único membro inferior e, com tempo mínimo de amputação de 05 anos, portanto, os dados

encontrados podem não refletir a realidade de toda a população que apresente amputação. Pode ser que pesquisas realizadas com um grupo, que apresente características diferentes das especificadas neste estudo, encontre resultados diferenciados dos aqui demonstrados.

Entretanto, é relevante salientar que mesmo com os direitos conquistados pela população que apresenta deficiência física, aqui representada pelos amputados, ou seja, os direitos constitucionais que garantem o direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e, também os direitos específicos do grupo, esta população deve ser incentivada e lhes ser proporcionadas condições para que desenvolvam suas potencialidades e seu papel enquanto cidadãos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS

AGNE, J.E., et al. Identificação das causas de amputações de membros no Hospital Universitário de Santa Maria. **Revista Saúde**. 30(1-2):84-89,2004.

ALBUQUERQUE, L.; FALKENBACH, A. P. Imagem corporal em indivíduos amputados. **Revista Digital**: Buenos Aires. Ano 14. n 131. Abr, 2009.

ALMEIDA, R.M.; PEREZ, R.R.; ROSA, L.M.A. Prevalência de Amputações no Hospital Escola da Cidade de Itajubá no Período entre 1999 e 2012. **Revista Ciências em Saúde**, v3, n2,abr–jun, 2013.

ALMEIDA, M. C. P; MISHIMA, S. M. **O Desafio do Trabalho em Equipe na Atenção á Saúde da Família: Construindo “Novas Autonomias” no Trabalho**. Universidade de São Paulo. 2001.

AMIRALIAN, M.L.T., et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**. p. 97-103, 2000.

BARROS, A.R.B., et al. **Causas e níveis de amputação de membros inferiores**. Editora Agua Dourada, Rio de Janeiro, 2015.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Editora Zahar, 2003.

BATISTA, S. H. S. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, abr. 2006.

BOCCOLINI, F. **Reabilitação Amputados Amputações Próteses**. 2 ed. São Paulo: Robe, 2000.

BRASIL. **Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência**. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Manual de doenças crônicas **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação e Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Saúde sem Limite - Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRITO, D.D.; ISERNHAGEN, F.C.; BEPIERI, T.Z. Tratamento fisioterapêutico ambulatorial em paciente submetido à amputação transfemural unilateral por acidente motociclístico: Estudo de caso. **Arquivos Ciência Saúde Unipar**, Umuarama. set/dez.; 9(3):175-180,2005.

CALLONI, H. Os sentidos da interdisciplinaridade. Pelotas (RS): **Seivas Publicações**, 2006, 78 p.

CARO, C.C., et al. Dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. **Caderno Terapia Ocupacional, UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 521-529, 2014.

CARVALHO, J. A. **Amputação de membros inferiores em busca da plena reabilitação**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2003.

CARVALHO, G, L. Proposta de um método de próteses de membros superiores com a utilização da engenharia da análise do valor. **Dissertação de mestrado**, São Paulo, 2004.

CARVALHO, F.S., et al. Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. **Arquivos Ciência Saúde Unipar**, Umuarama. jan/abr; 9(1):23-30, 2005.

CARVALHO, G.C.M. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.

CARVALHO, A.I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 136 p. 1995.

CASSEFO, V.; NACARATTO, D.C.; CHAMLIAN, T.R. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco – estudo comparativo de 3 períodos diferentes. **Acta Fisiátrica**. 10(2): 67-71, 2003.

CASTRO, S.S., et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 1773-1782, 2008.

CAVALCANTE, F.G., et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 45-56, 2009.

CAVALCANTE, F.G.; MINAYO, M.C.S. Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 57-66, 2009.

CAVALCANTI, M. C. T.. Aspectos emocionais no pré-operatório em amputação de membros. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 43(3), 159-161, 2001.

CHACON, M.C.M. Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física. **Revista Brasileira Ed. Esp**. Marília, p. 441-458, 2011.

CHINI, G. C. O.; BOEMER, M. R. As facetas da amputação - uma primeira aproximação.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 55, n. 2, p. 217-222, 2002.

_____; _____. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, 2007.

C.I.F. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003.

CRUZ, D.M.C.; SILVA, J.T.; ALVES, H.C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. **Revista Brasileira Ed. Esp.** Marília, p. 131-146, 2007.

CRUZ, D.M., et al. Redes de apoio a pessoa com deficiência. **Ciencia y Enfermeria XXI** (1), 2015.

CULLUM, N., et al. **Enfermagem baseada em evidências**. Editora Artmed, Porto Alegre, 2010.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 1163-1178, 2007.

DEBASTIANI, J.C. **Monografia: Avaliação do equilíbrio e funcionalidade em indivíduos com amputação de membro inferior protetizados e reabilitados**. Cascavel, 2005.

DEMIDOFF, A.O.; PACHECO, F.G.; SHOLL-FRANCO, A. Membro fantasma: O que os olhos não vêem, o cérebro sente. **Ciências & Cognição**, 12, 234-239, 2007.

DIOGO, M.J.D'E. A Dinâmica Autonomia em Dependência Idosos submetidos à amputação de Membros inferiores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, jan. 1997.

_____. Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 59- 65, 2003.

ELIAS, M.P.; MONTEIRO, L.M.C.; CHAVES, C.R. Acessibilidade e benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1041-1050, 2008.

FALKENBACH, L.A.A.P. Imagem corporal em indivíduos amputados. **Revista Digital**, 14(131), 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira epidemiologia**, vol.8, no.2, São Paulo, Junho, 2005.

FARIAS, S.H.; LUCCA, S.R. Perfil dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave usuários de prótese do programa de readaptação profissional. **Revista Baiana de Saúde Publica**. v.37, n.3, p.725-738 jul./set., 2013.

FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 4 ed. Campinas: Papirus, 1999.

FERNANDES, L., et al. **Reabilitação nas amputações de membro inferior**. Editora Agua Dourada, Rio de Janeiro, 2015.

FERRAZ, R.B.; TAVARES, H.; ZILBERMAN, M.L. Felicidade: uma revisão. **Revista Psiquiatria Clinica** n. 34, v. 5, p. 234-242, 2007.

FONSECA, M.C.R., et al. Órteses e próteses: indicação e tratamento. Editora Agua Dourada, Rio de Janeiro, 2015.

FRAGOSO, A. Desenvolvimento participativo: uma sugestão de reformulação conceptual. **Revista Portuguesa de Educação**, Portugal, p. 23-51, 2005.

FRANÇA, I.S.X.; PAGLIUCA, L.M.F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem (USP)**, v. 43, n. 1, p. 178-185, 2009.

GABARRA, L.M.; CREPALDI, M.A. Estados emocionais, formas de enfrentamento, rede de apoio e adaptação psicossocial em pacientes amputados. **Tese de Doutorado**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

_____; _____. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, 30, 59-72, 2009.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes; 1999.

GALHEIGO, S.M. Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência no setor saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, p. 181-189, 2008.

GAMBÁ, M.A., et al. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo de caso-controle. **Revista de Saúde Pública**, 38(3), 399-404, 2004.

GOMES, R; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 2, n 2. p. 103-114. Julho, 1994.

GONTIJO, D.T. Violência e saúde: uma análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2007. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1017-1054, 2010.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: os processos de construção da informação. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GUARINO, P.; CHAMLIAN, T.R.; MASIERO, D. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco. **Medicina Reabilitação**. 24(3):59-62, 2007.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM; 1987.

LEIS, H.R. Sobre o Conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 73, ago. 2005.

LEITE, C.F., et al. Prevalência de amputações bilaterais de membros inferiores. **Jornal Vascular BR**; 3(3):206-213, 2004.

LEITE, V.B.E.; FARO, A.C.M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 39, v. 1, p. 92-96, 2005.

LÜCHMANN, L.H.H. Associações, participação e representação: combinações e tensões. In: **Lua Nova**, n.84, p.141-174, 2011.

MARCOLINO, A.M., et al. **A marcha do indivíduo com amputação de membros inferiores**. Editora Agua Dourada, Rio de Janeiro, 2015.

MARQUES, M.S.Q. **Sentimento de perda: Vivências da mulher com amputação do membro inferior**. Tese de Doutorado, São Paulo, 2011.

MARQUES, T.S.; OKAZAKI, E.L.F.G. Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem. **Revista Enfermagem UNISA**. 13(1): 53-8, 2012.

MARTINS, J.A.; BARSAGLINI, R.A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. p. 109-121, 2011.

MATHEUS, M.C.C.; PINHO, F.S. buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor e da amputação. São Paulo. **Acta Paulista Enfermagem**; 19(1):49-55, 2006.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. 3º reimpressão. Editora UFMG. Belo Horizonte, 2003.

MELO, V.R.; MARTINS, C. Papel do enfermeiro na assistência e reabilitação do paciente portador de lesão medular. **Revista de Neurobiologia**, n. 72, v. 1, p. 53-56, 2009.

MILIOLI, R., et al. Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. **Revista Enfermagem UFSM**, 2(2), 311-319, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed., São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Editora Hucitec, 11ª edição, São Paulo, 2004.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 1259-1267, 2007.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____, HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTIEL, A.; VARGAS, M.A.O.; LEAL, S.M.C. Caracterização de pessoas submetidas a amputação. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, 3(4): 169-173, 2012.

MORIN, E. **A cabeça bem feita – repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. **Articular os saberes**. In: ALVES, N. (org.). O sentido da escola. Rio de Janeiro: DP, p. 65-80, 2000.

MOURA, F.M.J.S., et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Escola Anna Nery**, jul-set; 14 (3): 477-484, 2010.

NEVES, E., et al. **Cadeiras de rodas e meios auxiliares de locomoção**. Editora Agua Dourada, Rio de Janeiro, 2015.

OLIVEIRA, R.A. **Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas**. Portugal: Análise Psicológica, v.8, 2000.

_____. O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 6(1), 63-67, 2004.

OLIVEIRA, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a Experiência de Equipe Multiprofissional. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. 2006.

OLIVEIRA, V.M. **Dissertação: Qualidade de vida dos protetizados de membros inferiores: Estudo retrospectivo**. Brasília (DF), 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência; 2001. Extraído de [http://portal.mte.gov.br/fisca_trab/2-5-convencao-interamericana-para-a-eliminacao-de-todas-as-formas-de-discriminacao-contra-as-pessoas-portadoras-de-deficiencia.htm], acesso em [20 de outubro de 2012].

O'SULLIVAN, S.B.; SCHIMITZ, T.J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Manole; 1994.

OZAKI, L.A.T., et al. **Caracterização de pacientes com amputação em centro de reabilitação**. Ter Man, 8(40):561-567, 2010.

PACHECO, K.M.B.; CIAMPA, A.C. O processo de metamorfose na identidade da pessoa com amputação. **Acta Fisiatría**, n. 13, v. 3, p. 163-167, 2006.

PAGLIUCA, L.M.F., et al. Pessoa com amputação e acesso ao serviço de saúde : cuidado de enfermagem fundamentado em Roy. **Revista de Enfermagem**. UERJ, 2006.

PAIVA, S.V.; GOELLNER, L.L. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 12(26), 485-497, 2008.

PASTRE, C.M., et al. Fisioterapia e amputação transtibial. **Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, v.12, n. 2, p. 120-24, abr/jun., 2005.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. 2001.

PEREIRA, S.G., et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira Enfermagem*, nov-dez; 59(6): 791-5, 2006.

PEREZ, V.S. Pessoa com deficiência: pessoa incapaz? Um estudo acerca do estereótipo e do papel da pessoa com deficiência nas organizações. **Caderno EBAPE.BR**. Rio de Janeiro, p. 883-893, 2012.

PROBSTNER, D.; THULER, L.C.S. Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos a amputação de membros: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 52(4): 395-400, 2006.

REBELO, J. Desatar o nó do luto. Lisboa: **Editorial Notícias**. 2004.

REIS, G.; JUNIOR, A.J.C.; CAMPOS, R.S. Perfil epidemiológico de amputados de membros superiores e inferiores atendidos em um centro de referência. **Revista eletrônica saúde e ciência**. V.2, n.2, 2012.

RESENDE, M.C.; GOUVEIA, V.V. Qualidade de vida em adultos com deficiência física. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. p. 99-106, 2011.

RIBERTO, A.V., et al. **Integrantes da equipe interdisciplinar de reabilitação**. Editora Agua Dourada, Rio de Janeiro, 2015.

RODRIGUES, A.C. **Reabilitação: Práticas inclusivas e estratégias para a ação**. São Paulo: Andreoli, 2011.

RODRIGUES, J.P.; CUNHA, M.I.A.F.; COSTA, R.P. Prevalência e consequências da violência no trânsito em usuários do SUS. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, Edição Suplementar 1, São Paulo, v.8, n.46, p.378, 2014.

ROSA, R. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. p. 81-90, 2010.

SALOME, G.M. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. **Saúde Coletiva**, vol. 46, núm. 7, 2010.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. Edições Afrontamento. Porto, 2002.

_____. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista crítica de Ciências Sociais**, 2009, p. 237-280.

SANTOS, L.F., et al. Perfil das amputações de membros inferiores de pacientes cadastrados na associação de deficientes físicos de Apucarana. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 1, p. 59-64, jan./abr, 2010.

SEBASTIANI, R.W.; MAIA, E.M.C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, 20 (Supl.1), 50-55, 2005.

SENEFONTE, F.R.A., et al. Amputação primária no trauma: perfil de um hospital da região centro-oeste do Brasil. **Jornal Vascular Brasileiro**, 11 (4): 269-276, 2012.

SEREN, R.; TILIO, R. As vivencias do luto e seus estágios em pessoas amputadas. São Paulo, **Revista da SPAGESP**, 15(1), 64-78, 2014.

SILVA, E.F.S.J., et al. Perfil de 52 usuários amputados atendidos no Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana. In: **Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**. Bagé: SIEPE; 2009.

SILVA, S.É.D., et al. Meu Corpo Dependente Representações Sociais de Pacientes Diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.3. p. 389 – 440. 2010.

SILVA, C.P. Perfil dos pacientes amputados de membro inferior internados no hospital Nossa Senhora da Conceição-Tubarão/SC. **Monografia graduação**. Universidade do Sul de Santa Catarina: Tubarão; 2006.

SILVA, T.O.; NASCIMENTO, M.A.A.; ALENCAR, B.R. hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, 25(2): 243-250, abr./jun., 2012.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem medicocirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

SOUZA, L.D.; GOMES, G.C.; SANTOS, C.P. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set; 17(3):394-9, 2009.

TEIXEIRA, M.J.; IMAMURA, M.; CALVIMONTES, R.C. Dor fantasma e no coto de amputação. **Revista Medica**, São Paulo, 78 (2 pt.2):192-6, 1999.

TEIXEIRA, G.; NOVAK, V.C. **Nível de independência física dos amputados de membros inferiores do município de Guarapuava – PR**. In: XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica; IX Encontro Latino Americano de Pósgraduação; III Encontro Latino Americano de Iniciação Científica Júnior; 16-17out. 2009; São José dos Campos, 2009.

TEIXEIRA, H.R. Reinserção produtiva na sociedade de pacientes que sofreram uma amputação física. **Dissertação de mestrado**, Vitória ES, 2011.

VARGAS, M.A.O., et al. Rede de atenção a saúde a pessoa amputada. **Acta Paulista Enfermagem**. 27(6):526-32, 2014.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO I – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Informações Gerais:

1.1. Iniciais do nome: _____

1.2. Idade: _____ Sexo: M () F ()

1.3. Estado Civil: _____

1.4. Tem filhos? _____ Quantos? _____

1.5. Escolaridade: _____

1.6. Ocupação Profissional:

a. Antes da amputação: _____

b. Depois da amputação: _____

1.7. Há quanto tempo foi amputado? _____

1.8. Qual o nível da amputação? _____

1.9. Qual a causa? _____

1.10. Faz uso de prótese? _____

1.11. Faz uso de algum tipo de medicação de uso contínuo? O uso se alterou depois da amputação?

2. Mudanças de hábitos e adaptação a nova vida em comunidade.

2.1. O que você sentiu quando soube que teria que amputar uma parte de seu corpo?

2.2. Quais as dificuldades que você sentiu ou sente após a amputação?

2.3. A amputação interfere em suas atividades diárias?

2.4. Que tipo de adaptações em sua vida teve que fazer após a amputação?

2.5. Em sua visão sobre pessoas com amputação, o que mudou depois de sua amputação? (Se houve mudança).

2.6. Como você se descreveria antes da amputação e como você se descreveria neste

momento?

2.7. Qual foi o tipo de ajuda ou atendimento que você recebeu da equipe de saúde:

- a. Durante o internamento, antes e depois da amputação?
- b. Depois da alta e durante a reabilitação?
- c. O que você achou do atendimento que você recebeu dos profissionais?
- d. O que você acha que os profissionais deveriam ter feito que não fizeram?

2.8. Como você descreveria sua vida em comunidade antes da amputação?

2.9. Como você descreveria sua vida em comunidade depois da amputação?

2.10. O que você espera de seu futuro profissional, familiar e pessoal?

8.2. ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COMEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**VIVÊNCIAS DO AMPUTADO E A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO: uma nova vida em comunidade**”, sob a responsabilidade da mestranda **SILVANA MARIA SASSO**, do “**Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário**”, que será orientada pelo Professor Dr **EMERSON CARRARO**, que irá investigar as experiências vivenciadas pelos indivíduos que foram submetidos a algum tipo de amputação, buscando conhecer as mudanças na vida destas pessoas após ter algum membro amputado, sendo assim, pretende-se identificar como foi a adaptação a esta nova fase da vida em comunidade.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:

Ao participar desta pesquisa você estará sendo convidado(a) a participar de uma entrevista, ou seja, de uma conversa particular com a pesquisadora, onde esta entrevista será gravada em áudio, para que os dados obtidos através da conversa não sejam perdidos ou mal interpretados.

Esta entrevista poderá ser realizada no local onde você se sinta mais a vontade, podendo ser nas dependências da própria UNICENTRO ou até mesmo em seu domicílio, se assim o desejar.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as entrevistas sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS:

As entrevistas que serão realizadas, poderão trazer algum desconforto emocional, pois você será questionado(a) sobre fatos de sua vida que podem ser tristes, pois será perguntado sobre o evento de sua amputação, e como foi sua adaptação a esta nova fase de sua vida, agora sem uma parte de seu corpo.

Como este tipo de procedimento (entrevista) apresenta um risco mínimo de você relembrar momentos tristes de sua vida, este risco será reduzido, pois se você não se sentir bem, poderá encerrar a entrevista no momento que desejar, e se necessário receberá atendimento apropriado por profissional responsável (psicólogo).

3. BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de que toda a população conheça as dificuldades por que passam as pessoas que sofreram algum tipo de amputação, para que assim entendam esta problemática, esperamos desta forma que a vida em comunidade seja a mais tranquila e respeitosa possível, onde a pessoa com algum tipo de amputação se sinta a vontade para frequentar qualquer lugar que desejar, e que sinta seus direitos respeitados, e seus sentimentos valorizados.

Esperamos ainda que os dados gerados por este estudo auxiliem os profissionais da saúde, educadores, e demais componentes de nossa sociedade, no sentido que oferecer informações que contribuam para a construção de políticas públicas de saúde que beneficiem todas as pessoas que apresentam algum tipo de amputação.

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA:

Se você precisar de algum acompanhamento ou tratamento psicológico por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que precise de tratamento, você será encaminhado(a) por **SILVANA MARIA SASSO**, a pesquisadora cujo contato telefônico é através do número **(42) 9925-7494**, para o Projeto Órtese e Prótese, no endereço Rua Simeão Varela de Sá, nº 3, no Bairro Vila Carli, nas dependências do *Campus* CEDETEG da UNICENTRO, onde receberá o atendimento e tratamento necessários.

5. CONFIDENCIALIDADE:

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas durante as entrevistas e seus dados pessoais, ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, nas fitas gravadas e em nenhum outro tipo de documento, nem quando os resultados forem apresentados.

6. ESCLARECIMENTOS:

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: **SILVANA MARIA SASSO**
Endereço: Rua Pedro Viriato Parigot de Souza, nº 79, Alto da XV, Guarapuava.
Telefone para contato: (42) 9925-7494.
Horário de atendimento: a qualquer momento.

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG

Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli
CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde
Telefone: (42) 3629-8177

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador