

M 2013



A IMAGEM CORPORAL NA AMPUTAÇÃO

**RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE, A SATISFAÇÃO COM O SUPORTE
SOCIAL E A AUTOESTIMA GLOBAL**

MARISA SANTOS SILVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA

À FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM

PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A IMAGEM CORPORAL NA AMPUTAÇÃO:
RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO, A ANSIEDADE, A SATISFAÇÃO COM O
SUPORTE SOCIAL E A AUTOESTIMA GLOBAL**

Marisa Santos Silva

Outubro 2013

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, na área de especialização de Psicologia Clínica e da Saúde, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Prof.^a Doutora Raquel Barbosa (F.P.C.E.U.P.).

Marisa Santos Silva

Presidente: Doutora Isabel Maria Salvador Macedo
Pinto Abreu Lima

Arguente: Doutor Rui Manuel Nunes Corredeira

Orientadora: Doutora Maria Raquel Camarinha da Silva
dos Santos Barbosa

Classificação: 17 valores

Agradecimentos

À Prof.^a Doutora Raquel Barbosa, que me acompanhou nesta experiência tão desafiante e, por vezes, angustiante e que me lançou propostas e grelhas de análise que não seria certamente capaz de as projetar sem a sua preciosa ajuda. Por nos ter mostrado *o outro lado* do corpo e os significados que tão intrinsecamente lhes estão associados...

À Doutora Clara Estima pela alegria de partilhar com ela um ano de estágio e por tudo o que significou para o meu crescimento enquanto futura profissional.

À Doutora Dulce Sousa pela flexibilização dos contactos na recolha de dados e por toda a simpatia que naturalmente irradiou em cada conversa, em cada telefonema, em cada pedido de ajuda. O meu sincero obrigada!

Ao CRPG, à ADFA - Delegação do Porto, à APD - Delegação de Braga, pela preciosa contribuição no processo de recolha da amostra.

À ANDAMUS (Associação Portuguesa de Amputados) por ter “nascido” oficialmente durante a redação deste trabalho e pelo auxílio efetivo na investigação.

À Ana, à Cristo, ao João e à Sara por me mostrarem ao longo destes 5 anos a verdadeira essência de sentir laranja... Por me fazerem sempre “dar o máximo” quando mais precisei e me mostrarem o puro sentido da amizade.

À Cláudia, à Maria e à Ritinha por saber e ter a certeza que foram das melhores surpresas que descobri nestes anos.

À Filipa por todo o apoio neste processo... Pelas idas... à ADFA, a Braga,... a tantos outros lugares que serão certamente a certeza de uma alegria imensa que juntas partilhamos neste percurso. Obrigada!

À Raquel por, ao fim de 17 anos, continuar a ser um dos meus maiores pilares. Agradeço todos os dias a benção de me ter um dia cruzado contigo.

À Ju pela cumplicidade tão sincera que desenvolvemos há uns bons anos, pela sua alegria, pelo laço que tão fortemente entrelaçamos.

À Cátia (madrinha), à Su, à Beh por tudo de bom que sempre me deram.

À Pazjuva, aos “meus” meninos do 8º ano, à catequese em geral, ao Crossfit...por serem extras tão importantes para a minha felicidade.

A ti, Phil, que com o teu jeito tão especial e único me fazes sentir tão plena. Obrigada por me teres mostrado o verdadeiro sentido de “amar” e por em todos os momentos construíres comigo sonhos. Tu és o Sonho.

Aos meus pais, pelo que são e por me segurarem sempre quando preciso. Por saber que desejam que voe alto...o mais alto possível... até onde conseguir e quiser. Quando lá chegar o meu olhar estará sempre em vocês. Obrigada!

À minha família pela magia que é fazer parte dela. Pertenço-vos de forma autêntica e sincera. Obrigada! A ti Catarina... *soulmate*.

A ti, padrinho, que daí no céu estarás mais feliz do que eu. Obrigada por um dia teres ousado acreditar em mim.

*As palavras proferidas pelo coração não tem língua que as articule, retém-nas um nó
na garganta e só nos olhos é que se podem ler.*

Saramago

Resumo

A amputação remete para a perda de uma parte do corpo humano, implicando um conjunto de mudanças não só físicas, como psicológicas e sociais. O impacto da amputação na vivência de qualquer indivíduo traduz-se em alterações ao nível da sua imagem corporal, transformando geralmente a forma como se olha para o corpo. Além disso, parece interferir de forma marcada no ajustamento psicossocial dos indivíduos que vivenciam o fenómeno, com influência na sua autoestima, no possível aparecimento de sintomatologia psicopatológica e no funcionamento social.

Este estudo empírico, com base em análises quantitativas e qualitativas, tem como principal objetivo compreender o impacto da amputação na imagem corporal, relacionando-a com o ajustamento psicossocial dos indivíduos (ao nível de sintomas psicopatológicos, como a depressão e a ansiedade, da autoestima global e da satisfação com o suporte social). A amostra é constituída por 46 indivíduos amputados com idades entre os 22 e os 84 anos ($M = 50,52$; $DP = 16,13$).

Os instrumentos utilizados foram a BIS, para avaliar o grau de insatisfação corporal, o BSI, em duas das suas dimensões, para medir os níveis de depressão e de ansiedade, a ESSS para compreender o grau de satisfação com o suporte social, o QAEG para avaliar a autoestima global, e um questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial. Recorreu-se ao processo de amostragem probabilística por conveniência, aplicando a bateria de instrumentos pela via presencial (questionário em papel) e pela via da *Internet* (questionário *online*).

Os dados encontrados apontam para a existência de associações entre a insatisfação corporal, a autoestima global, a satisfação com o suporte social, a depressão, a ansiedade e a idade. Observou-se que a autoestima global surge como um preditor significativo da insatisfação corporal e a idade como um preditor marginalmente significativo. A análise de conteúdo, através da exploração das representações pessoais dos indivíduos amputados acerca da vivência corporal, revelou significações importantes para a compreensão do impacto do fenómeno na forma como estes participantes lidam com a perda de uma parte do seu corpo. Finalmente são tidas em conta as repercussões na prática clínica dos resultados obtidos com esta população.

PALAVRAS-CHAVE: imagem corporal; amputação; depressão; ansiedade; autoestima; suporte social.

Abstract

Amputation refers to the loss of a part of the human body, implying a set of changes not only physical, as well as psychological and social. The impact of amputation in the experience of any individual is reflected into changes at the level of their body image usually turning the way they look at the body. Moreover, it seems to interfere markedly in psychosocial adjustment of individuals experiencing the phenomenon, with influence on their self-esteem, in the possible emergence of psycho-pathological symptoms and social functioning.

This empirical study, based on quantitative and qualitative analysis, has as main objective the understanding of the impact of amputation in body image, linking it to the psychosocial adjustment of individuals (at the level of psycho-pathological symptoms, such as depression and anxiety, global self-esteem and satisfaction with social support).

The sample consists of 46 individuals amputees aged between 22 and 84 years ($M = 50.52$; $SD = 16.13$).

The instruments used were the BIS, to evaluate the degree of body dissatisfaction, the BSI, in two of their dimensions, to measure the levels of depression and anxiety, the ESSS to understand the degree of satisfaction with social support, the QAEG to assess global self-esteem, and a sociodemographic, clinical and psychosocial questionnaire. We resorted to the probabilistic sampling process for convenience, applying the battery of instruments in person (questionnaire on paper) and via the Internet (online questionnaire).

The findings point to the existence of associations among the body dissatisfaction, the global self-esteem, the satisfaction with social support, the depression, the anxiety and the age. It was observed that the global self-esteem emerged as a significant predictor of the body dissatisfaction and the age as a marginally significant predictor. The content analysis, through the exploration of personal representations of individuals amputees about bodily experiences, revealed important meanings for understanding the impact of the phenomenon on how these participants deal with the loss of a part of their body. Finally are taken into account the implications of these results for clinical practice with this population.

KEY-WORDS: body image; amputation, depression, anxiety, self-esteem, social support.

Résumé

Amputation se réfère à la perte d'une partie du corps, ce qui implique une série de changements non seulement physique, mais aussi psychologique et social. L'impact de l'amputation dans l'expérience de toute individuel se traduit dans l'évolution de leur image corporelle, tournant habituellement la façon dont il regarde le corps. Par ailleurs, il semble interférer nettement dans l'adaptation psychosociale des personnes aux prises avec le phénomène, avec une influence sur leur estime de soi, l'apparition possible de symptômes psychopathologiques et sur le fonctionnement social. Cette étude empirique, basée sur l'analyse quantitative et qualitative, il a comme objectif principal de comprendre l'impact de l'amputation dans l'image corporelle dans le reliant à l'adaptation psychosociale des individus (le niveau de symptômes psychopathologiques, comme la dépression et l'anxiété, l'estime de soi globale et la satisfaction de soutien social). L'échantillon se compose de 46 personnes amputées âgés entre 22 et 84 ans ($M = 50.52$, $SD = 16.13$). Les instruments utilisés étaient la BIS pour évaluer le degré d'insatisfaction corporelle, BSI, dans deux de ses dimensions, de mesurer les niveaux de dépression et d'anxiété, ESSS de comprendre le degré de satisfaction à l'égard du soutien social, de la QAEG évaluer l'estime de soi globale, et un questionnaire sociodémographique, clinique et psychosociaux. Recours à la procédure d'échantillonnage probabiliste pour plus de commodité, l'application de la batterie d'instruments par classe (questionnaire sur papier) et pour Internet (questionnaire en ligne).

Les résultats mettent en évidence l'existence de liens entre l'insatisfaction corporelle, estime de soi globale, la satisfaction avec le soutien social, la dépression, l'anxiété et l'âge. Il a été observé que l'estime de soi globale est apparue comme un facteur prédictif significatif de l'insatisfaction corporelle et l'âge comme facteur prédictif marginalement significative. L'analyse du contenu, à travers de les représentations personnelles des amputés sur les expériences corporelles, a révélé significations importantes pour comprendre l'impact du phénomène sur la façon dont ces participants face à la perte d'une partie de leur corps. Enfin sont pris en compte les implications pour la pratique clinique de résultats obtenus à cette population.

MOTS-CLÈ: l'image corporelle; amputation, la dépression, l'anxiété, l'estime de soi, le soutien social.

Lista de Abreviaturas

A - Ansiedade

ADFA - Associação dos Deficientes das Forças Armadas

AEG - Autoestima global

ANDAMUS - Associação Portuguesa de Amputados

APD - Associação Portuguesa de Deficientes

AS - Atividades sociais

β - Valor de *Beta*

BIS - *Body Image Scale* (Escala de Imagem Corporal)

BSI - *Brief Symptom Inventory* (Inventário de Sintomas Psicopatológicos)

cf. - Confrontar

CRPG - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

d - *d* de Cohen

d - Estatística *Durbin-Watson*

DM - *Diabetes Mellitus*

DP - Desvio Padrão

Ed. (Eds.) - *Editor(s)*

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

et al. - E outros (do latim *et alii*)

F - *F-statistics* ou *F-ratio*

G Power - Programa estatístico de cálculo

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

IBM SPSS Statistics - *Statistical Package for the Social Sciences*

Ibidem - O autor e a obra precedente

IC - Insatisfação corporal

IN - Intimidade

LVM - Lesionados vértebro-medulares

M - Média

max. - Valor máximo

min. - Valor mínimo

n - Número de elementos de uma parte limitada da amostra

Ns - Valor(es) não estatisticamente significativo(s)

η^2 - Medida de força de relação (*eta* ao quadrado)

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Nível de significância

p. (pp.) - Página (páginas)

QAEG - Questionário de Autoestima global

r - Coeficiente de correlação momento produto de *Pearson*

***r*²** - Coeficiente de Determinação

R - Correlação Múltipla

***R*²** - Correlação Múltipla ao quadrado

***R*² ajustado** - Correlação Múltipla ao quadrado ajustada

RSES - *Rosenberg Self-Esteem Scale*

SA - Satisfação com amigos

SF - Satisfação com a família

SSS - Satisfação com o suporte social

t - *t* de student

U - Teste de *Mann-Whitney*

VD - Variável dependente

VIs - Variáveis independentes

Índice Geral

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: Enquadramento teórico-concetual	3
1. A deficiência física	3
2. A amputação	4
2.1. Definição da amputação: a que se refere?	4
2.2. Etiologia da amputação: quais as causas?	5
2.3. Classificação da amputação: quais os níveis?	6
2.4. A prótese na amputação	7
3. Imagem corporal	8
4. Imagem corporal e ajustamento psicossocial na amputação	12
CAPÍTULO II: Estudo Empírico	19
1. Objetivos e hipóteses	19
1.1. Objetivo geral	19
1.2. Objetivos específicos e hipóteses	19
2. Método	21
2.1. Participantes	21
2.2. Instrumentos	23
2.2.1. <i>Body Image Scale</i> (Escala de Imagem Corporal) - BIS	23
2.2.2. <i>Brief Symptom Inventory</i> (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) - BSI	25
2.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS	26
2.2.4. Questionário de Autoestima Global	27
2.2.5. Questionário socio-demográfico, clínico e psicossocial	28
2.3. Procedimento	28
3. Apresentação e discussão dos resultados	29
3.1. Análise quantitativa dos dados	30
3.1.1. Hipótese 1	30
3.1.2. Hipótese 2	32

3.1.3. Hipótese 3	36
3.1.4. Hipótese 4	42
3.2. Análise qualitativa dos dados (análise de conteúdo)	44
3.2.1. Significado da amputação	45
3.2.2. Sentimento face ao corpo (na atualidade)	47
3.2.3. Mudança na vivência corporal (com a amputação)	49
3.2.4. Importância atribuída à imagem antes/depois da amputação	50
3.2.5. Possibilidade de proceder a alterações corporais	51
3.2.6. Como (re)criar uma nova imagem do corpo?	52
CONCLUSÃO	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	

Índice de Tabelas

Tabela 1. *Distribuição de frequências da insatisfação corporal, sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade), satisfação com o suporte social (satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais) e autoestima global (n = 46)*

Tabela 2. *Coeficiente de correlação momento produto de Pearson entre a insatisfação corporal (IC), a autoestima global (AEG), a satisfação com o suporte social (SSS) [e suas dimensões: satisfação com amigos (SA), intimidade (IN), satisfação com a família (SF) e atividades sociais (AS)] e a sintomatologia psicopatológica [depressão (D) e ansiedade (A)] (n = 46)*

Tabela 3. *Modelo de regressão múltipla: VIs [idade, sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade), satisfação com o suporte social e autoestima global]; VD: insatisfação corporal.*

Tabela 4. *Síntese das categorias e subcategorias do significado da amputação*

Tabela 5. *Síntese das categorias e subcategorias dos sentimentos face ao corpo*

Tabela 6. *Síntese das categorias e subcategorias dos sentimentos face ao corpo(2)*

Tabela 7. *Síntese das categorias e subcategorias da mudança na vivência corporal*

Tabela 8. *Síntese das categorias e subcategorias da importância atribuída à imagem antes/depois da amputação*

Tabela 9. *Síntese das categorias e subcategorias quanto à possibilidade de proceder a alterações corporais*

Tabela 10. *Síntese das categorias e subcategorias quanto à forma de recriar uma nova imagem do corpo*

Lista de Anexos

Anexo 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Anexo 2. Questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial

Anexo 3. Declaração de consentimento informado

Anexo 4. *Body Image Scale* (Escala de Imagem Corporal) - BIS

Anexo 5. *Brief Symptom Inventory* (Inventário de Sintomas Psicopatológicos) - BSI

Anexo 6. Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS

Anexo 7. Questionário de Autoestima Global

Nota: Os anexos 4, 5, 6 e 7, por razões éticas (proteção dos direitos de autor), só estão disponíveis para os elementos do júri.



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O termo amputação foi abordado historicamente na Grécia Antiga por Hipócrates, o pai da “Medicina Científica” (Marques, 2008). Refere-se à perda de uma parte do corpo humano, com diversas causas associadas e pode ser descrita como congênita (inexistência do membro desde o nascimento) ou como adquirida (remoção do membro lesionado de forma irreversível) (Miller, 1995).

Verificamos, analisando com algum cuidado, a evolução no tratamento do “corpo deficiente” ao longo da História, em que a compreensão da deficiência com base apenas numa leitura biomédica clássica deu lugar à defesa dos direitos e da dignidade humana (Hancock et al., 2000).

A imagem corporal agrega um conjunto de representações individuais acerca do corpo, através da experiência sensorial, cognitiva, afetiva e social (Bruchon-Schweitzer, 1990; Cash & Pruzinsky, 1990) e, mais especificamente, a satisfação com o corpo relaciona-se com os pensamentos e os sentimentos quanto ao corpo individualizado (Barbosa, 2001).

Algumas investigações acerca da deficiência física e da imagem corpórea sugerem que a primeira tem um provável impacto negativo sobre esta última (Stone, 1995). E na sociedade atual, a importância atribuída ao corpo é progressivamente maior, daí a vivência corporal traduzir consequências negativas em indivíduos amputados (Sousa, 2009).

O funcionamento psicológico dos indivíduos sofre com a amputação um enorme desequilíbrio, resvalando por diversas vezes em quadros depressivos e ansiogênicos graves (Horgan & MacLachlan, 2004).

Por outro lado, a perda de um membro parece surgir fortemente associada à diminuição da autoestima, variável central neste processo e com uma ligação permanente à imagem corporal daqueles que sofrem uma amputação. Ainda, a satisfação com o suporte social fornecido torna-se um aspeto fundamental para uma melhor adaptação à condição de amputado e para a aceitação de uma nova imagem do corpo (Rumsey & Harcourt, 2011).

No entanto, apesar do forte impacto psicológico de uma amputação, as reações negativas à perda de um membro podem ser minizadas ao longo do tempo com a elaboração eficaz da perda e a reorganização da sua vivência corporal, processo no qual a utilização de prótese poderá ter alguma influência, funcionando como uma ferramenta mediadora entre a incapacidade e o bem-estar do indivíduo.

Este estudo empírico tem como objetivo principal compreender o impacto da amputação na imagem corporal, relacionando-a com o ajustamento psicossocial dos indivíduos (ao nível de sintomas psicopatológicos, como a depressão e a ansiedade, a autoestima global e a satisfação com o suporte social).

A pertinência deste trabalho é apoiada no difícil acesso à população clínica em análise (indivíduos amputados), bem como à incipiente investigação com este género de amostra em território nacional. Pretende ser uma leitura não só focada no forte impacto de uma amputação, em termos sintomatológicos, na autoestima e no funcionamento social, como uma grelha de análise compreensiva das representações pessoais do fenómeno e da vivência do corpo nestes indivíduos. Daí o recurso à análise de dados quantitativa e qualitativa, na tentativa de complementar informação.

Apresenta-se inicialmente no Capítulo I (Enquadramento Teórico-Concetual) uma revisão da literatura acerca dos temas, abordando a questão da deficiência física (visto que a amputação assume-se como uma alteração do corpo humano), os aspetos gerais da amputação e da imagem corporal, e de seguida é analisada a relação entre a imagem do corpo e o ajustamento psicossocial dos sujeitos.

No Capítulo II (Estudo Empírico) apresentam-se os objetivos e as hipóteses e o Método (focando os Participantes, os Instrumentos e o Procedimento). Segue-se a Apresentação e Discussão dos Resultados, terminando com uma Conclusão acerca da investigação, na qual serão apontadas as limitações e potencialidades do estudo, fornecendo sugestões para futuras investigações na área.

CAPÍTULO I:
ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

1. A deficiência física

Desde os primórdios da história da Humanidade, os quadros comportamentais em relação aos indivíduos com deficiência eram de desvalorização e de inferioridade (Rechineli, Porto, & Moreira, 2008) e estes eram referenciados como aberrações da natureza ou até encargos para a sociedade vigente. A deficiência era vista como uma tragédia pessoal e de perda dentro do próprio corpo (Phillips, 2001).

Algumas tribos menosprezavam as crianças, os adultos e os mais velhos, portadores de deficiência; e na Antiguidade, dois centros destacaram-se na referência histórica do corpo: Grécia e Roma. Do espaço grego surgem imagens de corpos fortes, preparados para combater, em nome da proteção do Estado. Ponto-chave na origem dos Jogos Olímpicos Antigos havia, desde aí, uma inquietação constante com o corpo saudável. Apenas as amputações adquiridas num campo de batalha eram consideradas glórias de um herói. “Aos diferentes morte, desprezo e abandono”! (Rechineli et al., 2008, p. 295).

Com o surgimento do Cristianismo, os corpos marcados pela deficiência eram vistos como manchados pelo espírito demoníaco. A pessoa com deficiência deixa de ser morta na altura do nascimento, mas passa por um processo de estigmatização, pois, para o moralismo cristão a deficiência era sinónimo de pecado. O Humanismo veio, contudo, resgatar o papel e a importância do ser humano em oposição ao poder divino (Mather, 2008). Num período de mudança, após a II Guerra Mundial, iniciaram-se em hospitais programas de reabilitação dirigidos aos lesionados das guerras como forma de reintegração na comunidade social. Mas será com a promulgação do Ano Internacional do Deficiente, decretado pela Organização das Nações Unidas, em 1981, que se dará um maior ênfase, por parte dos dirigentes políticos, à tentativa de gerar discussões acerca do problema que envolve essa população clínica, principalmente quanto à valorização das possibilidades dos corpos com défices em contraponto às suas restrições (Rechineli et al., 2008).

Assim, no passado, confirma-se a exclusão dos corpos deficientes, historicamente renegados e maltratados por décadas. Contudo, com o aparecimento dos movimentos sociais em nome dos corpos excluídos, existiu uma mudança radical na compreensão da deficiência a partir de uma perspectiva médica e de bem-estar, com um foco na questão dos direitos humanos (Hancock et al., 2000).

No entanto, apesar da sua capacidade ou vontade de participação na sociedade, os indivíduos são ainda, por diversos momentos, discriminados e impedidos da igualdade de acesso em domínios sociais como a educação, o namoro, o casamento ou o emprego (Frank, 1988). O corpo deficiente como que “*dis-aparece*” como consequência da opressão da vida quotidiana, permanecendo fechado no próprio reconhecimento de um ser alienado do mundo (Paterson & Hughes, 1999). Segundo uma análise estrutural, a incapacidade passou a ser vista como uma experiência coletiva e a deficiência como um problema localizado no seio da população em geral (Shakespeare & Watson, 1996).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1980), a deficiência é analisada como qualquer perda ou anormalidade nas estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatómicas. A incapacidade é vista como qualquer forma de restrição ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidade na realização de uma atividade de acordo com o padrão normativo de execução. Já um *handicap* é uma desvantagem para um determinado indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o cumprimento de um papel que é considerado normal para o indivíduo em geral (dependendo da idade, do sexo e de fatores culturais) (*Ibidem*).

Trata-se de um fenómeno complexo, refletindo a interação entre as características do corpo e da própria sociedade. Daí para a OMS, a deficiência referir-se a qualquer desvio à norma biomédica, e se interfere ou não com a vivência quotidiana. Um indivíduo pode ter uma lesão (condição biológica) com uma incapacidade (consequência social da lesão), sendo que nem todas as lesões encontram-se ligadas a condições de incapacidade. Já uma incapacidade está presente quando existe restrição (resultante da lesão) da habilidade no desempenho de uma atividade na sua forma tradicionalmente aceite (Stone, 1995).

2. A amputação

2.1. Definição da amputação: a que se refere?

O termo remonta aos primórdios das civilizações e foi primeiramente descrito por Hipócrates, considerado o pai da “Medicina Científica”, na Grécia Antiga, com o uso da “laqueação das artérias” no decurso de uma amputação (Marques, 2008). Na História, sobre a prevalência de amputações adquiridas os estudos são ambíguos e não se encontram documentados. Dados reais revelam que as amputações adquiridas são realizadas desde o período neolítico, pelo menos 43.000 anos antes de Cristo. Em diversas culturas, a amputação era mais temida do que a morte, uma vez que afetava o “Espírito de Vida”,

simbolizando a perda para a eternidade. Além disso, o enterro do corpo inteiro, com todas as suas partes foi e continua a ter um papel de grande importância em diferentes sociedades (o que o processo da amputação desde logo comprometia). Falava-se da amputação por punição, como forma curativa, até aos dias de hoje, com inúmeras causas subjacentes (Padula & Friedmann, 1987). Durante muitos anos esteve associada a casos em que o prognóstico de sobrevivência estava em risco e a retirada de um membro era a condição necessária para conservar a própria vida (Dias, 2006).

A amputação está ligada à perda total ou fragmentada de um ou mais membros do corpo, na qual à parte do membro residual, como resultado da extração, se apelida de coto (Pedrinelli & Teixeira, 2005 citado em Sousa, 2009). De acordo com Adams et al. (1985, *Ibidem*) pode ser definida como a remoção de um membro ou parte dele, como causa de acidente ou medida de preservação da vida.

A amputação pode ser designada como congénita (membro inexistente desde a nascença ou deformado no momento do nascimento) ou como adquirida (envolvendo a remoção de um membro lesionado de forma irreversível) (Miller, 1995). As amputações (quer congénitas quer adquiridas) incluem-se no domínio motor com causa não cerebral, segundo a categorização de Rodrigues (1983 citado em Sousa, 2009), no âmbito de uma restrição motora definitiva (*Ibidem*).

2.2. Etiologia da amputação: quais as causas?

A amputação pode ser resultado de várias e inúmeras causas. Segundo Adams et al. (1985 citado em Sousa, 2009) podem ser divididas em quatro grupos nomeadamente: congénitas; devido a tumor – para travar o desenvolvimento de uma doença maligna; trauma – acidentes de viação, por exemplo; ou doença – como a diabetes, podendo causar graves problemas circulatórios). Donohue (1997) considera que a etiologia da amputação pode ser agrupada em cinco categorias: a doença vascular, o trauma, as malformações congénitas, a doença maligna e as infeções. Mais recentemente, Gabriel (2001) considerou três grandes causas na amputação: a vículo-endócrina (devido a isquemia vascular crónica, a arteriopatia diabética ou às duas causas associadas); a traumática (acidentes de viação e de trabalho); e a neoplásica (mais rara). Em menor propensão considerou as causas infecciosas e agenésicas.

Assim, as causas podem dividir-se também em dois grandes grupos: as adquiridas (traumáticas – acidente; ou cirúrgicas – doença) e não adquiridas (congénitas) (Sousa, 2009). Segundo Oliveira (2000) as causas de amputação variam com a idade: nos mais

jovens a principal causa é de origem traumática e nos mais velhos por doença. O amputado traumático é geralmente jovem, sem grandes patologias associadas, e que depois de ultrapassar a fase aguda, geralmente reage de forma positiva, sendo que por acidente de trabalho se torna muito complicado pois visualiza a sua atividade como mais limitada (Gabriel, 2001).

Em Portugal ainda se torna difícil contabilizar o número de amputações. Numa investigação efetuada no serviço de Medicina Física e Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) constatou-se que a maior parte das amputações eram devidas a causas traumáticas (47%), a insuficiência arterial crónica (35%), a patologia tumoral (12%) e, em menor extensão, a causas infecciosas e agenésicas. De notar que neste estudo 80% dos indivíduos amputados pertenciam ao sexo masculino (Leão et al., 1995 como citado em Dias, 2006).

Uma investigação elaborada no Norte da Europa indicou que 90% das amputações do membro inferior eram devidas a doença vascular oclusiva. Destas, 45% eram relacionadas com *diabetes mellitus* (Rommers, Vos, Groothoff, & Eisma, 2001). *Diabetes mellitus* (DM) é uma síndrome de etiologia diversa, “decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente os seus efeitos” (Lucas, Barichello, Zuffi, & Barbosa, 2010, p. 536). É notório que indivíduos portadores de DM, que apresentam alteração nos pés, corram grandes riscos de se submeterem a uma amputação (Morais & Alencar, 2008). Ainda doenças como a isquemia dos membros inferiores (doença vascular que ocorre quando o sangue reduz o fluxo de oxigénio para as extremidades inferiores) podem estar na base de uma amputação, pois podem surgir ulcerações que conduzam à extração inevitável do membro, se não tratadas de forma adequada (Beard, 2000).

2.3. Classificação da amputação: quais os níveis?

Os níveis de amputação são enquadrados de acordo com o quadro clínico do paciente, vigorando níveis ideais de amputação se o objetivo no futuro for alcançar o que se considera ser uma protetização satisfatória (Dias, 2006).

A classificação da amputação pode ser realizada de acordo com os níveis em que esta ocorre, dividindo-se em dois agrupamentos principais (de membro inferior e de membro superior) (Sousa, 2009).

No membro inferior as amputações descritas são: antepé, retropé, amputação abaixo da articulação do joelho, amputação acima da articulação do joelho, desarticulação da

coxo-femural, e hemipelvectomias (Gabriel, 2001). A amputação de membros inferiores é realizada predominantemente para aliviar a isquemia aguda/crónica dos membros causada por doença vascular, por DM mal controlada ou, ocasionalmente, por uma infeção (Donohue, 1997). A indicação para amputar o membro inferior pode ser de forma selecionada (portadores de sequelas) ou de urgência (risco de vida) (Marques, 2008). Cerca de 90% das amputações, no estudo do Serviço de Medicina Física e Reabilitação dos HUC, incidem no membro inferior (Leão et al., 1995 como citado em Dias, 2006).

No membro superior as amputações consideradas são: cintura escapular, amputação do braço, desarticulação do cotovelo, amputação do antebraço, desarticulação do punho e amputações parciais da mão (Adams et al., 1985 como citado em Sousa, 2009). No mundo ocidental, em contraste com o que acontece com os membros inferiores, as amputações dos membros superiores geralmente ocorrem numa idade muito mais jovem, numa média de idades entre os 25 e os 32 anos (Datta, Selvarajah, & Davey, 2004).

2.4. A prótese na amputação

A prótese possui um papel crucial na vivência quotidiana da pessoa com amputação, nomeadamente ao nível pessoal e social. É entendida como o sistema agregado de peças que substitui uma parte corporal, isto é, funcionando como um suplente artificial do membro natural eliminado (Sautreuil, 1996 como citado em Sousa, 2009) e como uma tentativa de restaurar a função anatómica perdida (Murray & Fox, 2002).

O tipo de prótese depende do estilo de vida e das necessidades diárias do paciente, rumo a uma maior habilidade funcional, existindo próteses temporárias (usadas por tempo limitado e potenciando a maturação do coto) e as próteses permanentes/definitivas (com a substituição do membro e adaptação a todas as funções) (Palmer & Toms, 1988 como citado em Sousa, 2009).

Estes auxiliares técnicos sofreram uma enorme evolução ao nível dos materiais, dos componentes e modos de fabrico, das técnicas de ajustamento, dos sistemas de suspensão, e dos recursos eletrónicos de controlo. Atualmente, indivíduos com um nível de amputação elevado usufruem de próteses funcionais que lhes permite atingir uma total independência (Esquenazi, 2004). A reabilitação com recurso a prótese para pacientes com perda do membro superior no Reino Unido é geralmente realizada por equipas de especialistas multidisciplinares envolvendo *prostheticists*, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e médicos de reabilitação (Datta et al., 2004), sendo que a avaliação pré-operatória do

paciente deverá sempre envolver uma abordagem multidisciplinar (Marshall & Stansby, 2010).

Numa pesquisa com 954 sujeitos entre os 18 e os 84 anos de idade com a perda dos membros nos Estados Unidos, 93% dos entrevistados relataram possuir uma prótese, mas 12% disseram que não as utilizam de forma regular. Entre os que recorrem ao uso da prótese, 83,7% dos inquiridos informaram que as utilizavam todos os dias durante a semana (Kelley, 2007).

3. Imagem Corporal

“Um corpo é sempre a expressão de um ego e de uma personalidade, e está num mundo.” (Schilder, 1999, p. 337)

O ideal cultural do corpo é referente a uma imagem bela, atlética, magra e musculada e a sociedade vive numa busca frenética por um corpo perfeito e moldado de acordo com os interesses de uma indústria cultural (Morgado, Ferreira, Andrade, & Segheto, 2009).

O mito da perfeição corporal surge como aquele que é permeado na cultura dominante na civilização Ocidental (no último século XX). A pessoa deve esforçar-se (e pode fazê-lo) para alcançar corpos perfeitos. Ao contrário do Judaísmo, cujos ensinamentos se encontram enraizados na carne e afirmam o corpo, a Cristandade separa-o do espírito, referindo-se em relação ao corpo como essencialmente mau. Este é entendido como casa espiritual, sendo suposto tratar o nosso corpo como um templo que deve ser conservado puro (Stone, 1995). De facto, a imagem do corpo ideal foi sofrendo mudanças conforme o desenvolvimento dos comportamentos e das perpectivas. É perçetível que, no âmbito de uma cultura que valoriza, de forma acérrima, a magreza (como o mundo ocidental), se procure alcançar esse protótipo do “belo” (Alves, Pinto, Alves, Mota, & Leirós, 2009).

O nosso corpo é, antes de mais, um desafio ao reconhecimento pessoal, sendo que construímos e anulamos enunciados corporais que culminam numa compreensão da nossa própria vivência. *“O corpo, então, é o lugar onde há a quebra da simetria, onde tudo pode acontecer e acontece.”* (Barros, 2005, p. 551). A experiência vivida do corpo só pode ser entendida no contexto da vida diária e nas limitações e possibilidades inerentes (Watson, Cunningham-Burley, Watson, & Milburn, 1996). A representação que cada um possui do seu corpo constrói-se num universo relacional/social com especificidades. Como refere

Marilou Bruchon-Schweitzer (1990) a representação de um corpo está muito dependente da forma como o observamos. Se o observamos do “lado de fora” vemos um corpo-objeto, enquanto se o vemos de forma interior, assume-se como uma vivência mais subjetiva. A experiência corporal emerge, assim, da interação entre a avaliação somática (interna) e o mundo (exterior), do espaço entre a vida psíquica e a dimensão relacional da existência (Lorenzi, Hardoy, & Cabras, 2000), isto é, o corpo a que nos referimos não é um corpo apenas de cariz biológico, mas um corpo experienciado (Barbosa, 2001). Para Melo (1994) a consciência corporal emerge como o nível mais complexo e mais refinado na organização da noção corpórea.

A imagem corporal surge, desta forma, como a representação na mente do corpo existencial, como uma expressão da experiência do nosso corpo (a tal experiência corporal) que se vai tornando mais organizada e consciente. É dinâmica, mas com um núcleo mais constante que legitima a existência singular do ser humano no mundo (Campana & Tavares, 2009). Mas a sua definição não foi sempre clara e sofreu algumas evoluções, ao longo da história.

O neurologista francês Pierre Bonnier foi o primeiro a introduzir o termo “esquema corporal”; o objetivo era reconhecer o que uma determinada lesão acarretava na percepção do sujeito sobre o próprio corpo (*Ibidem*). Definiu o *schème* como uma representação espacial e consciente do corpo, que determina a orientação do mesmo e das suas partes. Anos mais tarde alguns autores consideraram importante efetuar uma distinção clara entre o que seria o esquema corporal e a imagem corporal, sendo que para Rodrigues (1987 como citado em Barros, 2005) o esquema corporal é entendido como uma estrutura neuromotora que permite ao sujeito estar consciente do seu próprio corpo, ajustando-o às exigências de novos acontecimentos. Olivier (1995) apoia igualmente essa distinção e afirma que a imagem corporal desenvolve-se sobre o esquema do corpo. Le Boulch (1992 como citado em Barros, 2005) afirma, no entanto, que a ambiguidade introduzida por esta dupla terminologia cria a sensação de que existiria, por um lado, um corpo neurológico, e, por outro, um corpo ligado ao espírito e teriam de ser feitos esforços para agregar os dois núcleos. O esquema corporal interpõe-se na imagem corporal e vice-versa, formando um único conceito. De notar que a imagem corporal é contínua e representativa do esquema do corpo, acompanhando o indivíduo desde o seu nascimento até à sua morte e sendo ajustada a cada fase vivencial (Mataruna, 2004).

Nesta evolução de conceitos ao longo da história, antes de Pierre Bonnier, na França, no século XVI, um cirurgião militar (Ambroise Paré) registou o que até aquele

momento era ignorado: a queixa de alguns pacientes sobre a dor no membro que tinha sido amputado. Após a Guerra Civil Americana, os pacientes amputados descreveram sintomas muito próximos como dor, frio ou a sensação de ainda ter o membro e de o conseguir movimentar. Em 1871, Mitchel batizou este quadro, quando doloroso, de “dor fantasma”, sendo que estas dores atenuavam à medida que os anos sucediam a amputação (Campana & Tavares, 2009). Pode-se definir como membro fantasma o fenómeno de possuir um membro inexistente que atua de forma similar ao membro real. A sensação da presença do membro após a sua extinção é descrita por quase todos os pacientes que sofreram uma amputação (Demidoff, Pacheco, & Sholl-Franco, 2007). Segundo Ramachadran e Blakeslee (2004) não são apenas pernas e braços fantasmas, há muitos casos de seios fantasmas em doentes que sofreram uma mastectomia.

Nikolajsen e Jensen (2001) sugeriram as definições seguintes sobre aspetos relacionados com a amputação: a dor do membro fantasma, como qualquer sensação dolorosa referente ao membro ausente; a sensação fantasma, como qualquer sensação no membro extraído, exceto dor; a dor do coto, ou seja, a dor excedente do membro; e a contração do coto – movimentos espontâneos que podem variar em termos de amplitude. A dor fantasma normalmente está presente na primeira semana após a amputação, mas ela pode aparecer após meses ou até vários anos (*Ibidem*). A dor do membro residual, para a maioria é episódica e não totalmente incapacitante. No entanto, para outros a dor pode ser bastante lesiva devendo ser analisado o impacto da mesma sobre o funcionamento do indivíduo (Ehde et al., 2000).

De notar que a pesquisa com a indução experimental da assim chamada “sensação fantasma”, com membros superiores amputados, demonstrou algum potencial terapêutico em termos do alívio da própria dor (MacLachlan, Desmond, & Horgan, 2003).

Ampliando as perspetivas, surgiu um novo paradigma no âmbito da definição do que seria a imagem corporal, pois Schilder (1999) buscava ver o fenómeno além dos aspetos neurológicos, no sentido de compreender as relações entre o sujeito e o seu corpo. E define:

“Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo, formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor. Há sensações que vêm dos músculos e seus invólucros, indicando sua deformação; (...) e sensações provenientes das vísceras. Além disso existe a experiência imediata de uma unidade do corpo. Esta unidade é

percebida, porém é mais do que uma percepção. Nós a chamamos de esquema de nosso corpo. (...) O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal” (Ibidem, p.7).

O grande diferencial na visão do autor é a introdução de uma visão sistêmica sobre a imagem do corpo. A imagem corporal é, desta forma, continuamente reconstruída, de acordo com as experiências vividas, ultrapassando os limites corpóreos. Schilder desenvolve a ideia de que se trata de uma estrutura tridimensional que agrega os aspectos fisiológicos e as experiências contextualizadas pela dimensão social da vivência corporal. O corpo é uma realidade e cada um é singular e único na sua essência (Schilder, 1999).

As ideias desta época foram retomadas em 1958 por Fisher e Cleveland, que desenvolveram o conceito de “limites corporais” (*body boundaries*) (Campana & Tavares, 2009), que estariam ligados à diferente forma como os indivíduos atribuem firmeza e definição às suas “bordas” corporais (Ribeiro & Tavares, 2011). Schilder e Fisher foram pioneiros nestes estudos e na consolidação de um novo paradigma na abordagem do tema: uma perspectiva sistêmica e integrada que considera o ser humano na sua totalidade (Campana & Tavares, 2009).

Na atualidade, as linhas de investigação e formas de avaliação dividem-se em diferentes perspectivas: a perspectiva social (voltada para a aparência física e para os valores culturais); a perspectiva psicodinâmica (representação mental do próprio corpo), a perspectiva cognitivo-comportamental (influências do passado e dos processos futuros); a perspectiva da teoria do processamento da informação (imagem corporal como um tipo de predisposição cognitiva que é determinada e ao mesmo tempo define outros processos cognitivos); e a perspectiva neurológica (interesse pela experiência da lesão, com uma visão abrangente do fenómeno do membro fantasma) (*Ibidem*).

A imagem do corpo condensa, de facto, a amálgama de representações que o indivíduo foi desenvolvendo acerca do seu corpo, através de experiências sensoriais, cognitivas, afetivas e sociais (Bruchon-Schweitzer, 1990; Cash & Pruzinsky, 1990). Segundo Batista (1995) é multidimensional e está integrada na imagem global do indivíduo.

A satisfação corporal será, então, uma dimensão da imagem corporal, definida como “(...) os pensamentos e sentimentos que as pessoas têm relativamente ao seu corpo.” (Barbosa, 2001, p. 72) e associada a fatores desenvolvimentais, psicológicos e sociais, tais como a autoestima, a confiança interpessoal ou a estabilidade emocional (Cash

& Pruzinsky, 1990). Já a estima corporal refere-se, por outro lado, à avaliação do corpo como positivo ou negativo e a estima sexual foi definida por Snell e Papini (1989) como uma avaliação positiva quanto à capacidade de vivência da sexualidade (de forma satisfatória e agradável).

Como vimos, as sensações corporais asseguram a construção da imagem corporal. Esta representação mental do corpo torna-se necessária para uma vivência eficaz e fica prejudicada quando há uma lesão ou um trauma, como a perda ou ausência de um segmento corporal (Albuquerque & Falkenbach, 2009). Globalmente, a investigação sobre a deficiência física e a imagem corpórea sugere que a primeira tem um provável impacto negativo sobre a segunda. Indivíduos com deficiência física enfrentam enormes desafios à estima corporal, incluindo um *feedback* negativo do outro, devido à sua diferença física (Stone, 1995).

4. Imagem corporal e ajustamento psicossocial na amputação

Na atualidade a importância atribuída ao corpo é cada vez mais significativa e pode expressar consequências negativas em indivíduos vítimas de amputação (Sousa, 2009).

De acordo com Blinde e McClung (1997), indivíduos com deficiências físicas ultrapassam dificuldades no desenvolvimento de uma percepção mais positiva acerca de si mesmos, relativamente a competências físicas, sociais ou psicológicas, resultado muitas vezes de constrangimentos à participação nas mais diversas atividades sociais. No caso de indivíduos com amputações a perda de um membro simboliza uma mudança corporal, através de um corpo pelo qual o sujeito apreende o mundo (Merleau-Ponty, 1999). O impacto da perda de um membro leva o indivíduo a vivenciar um processo de luto que pode ser comparado à perda de um familiar próximo (Lucas et al., 2010). Os pacientes perdem a autoestima (percepção que a pessoa tem do seu próprio valor) e o funcionamento social é claramente afetado (Singh, Hunter, & Philip, 2007).

Entre as pessoas com amputações de longo prazo, a **depressão** tem sido associada com maiores níveis de restrição da atividade em geral, ao aumento das sensações de vulnerabilidade e a piores condições de saúde. Enquanto alguns estudos não encontraram nenhuma evidência do aumento dos níveis de depressão, outros concluíram que indivíduos amputados têm uma vulnerabilidade peculiar para a sintomatologia depressiva se desenvolver (Horgan & MacLachlan, 2004). Os sintomas depressivos são mencionados como frequentes nesta população clínica, pois apresenta tristeza, episódios de choro,

isolamento social, perda de apetite, dificuldade em dormir, entre outros sintomas (Wald & Álvaro, 2004).

Taleporos e McCabe (2002) verificaram que a estima corporal e sexual estavam, também, relacionadas com a depressão e com a perda da autoestima em homens e em mulheres com deficiência. Num estudo com amputados, verificou-se que os fatores cognitivos parecem ter fortes influências sobre o início e o curso da depressão e, como outras cognições desadaptativas, é provável que sejam passíveis de intervenção terapêutica (Rybarczyk, Edwards, & Behel, 2004). Numa outra investigação na amputação, resultados depressivos significativos foram relatados por 15% a 25% dos participantes (Phelps, Williams, Raichle, Turner, & Ehde, 2008).

A **ansiedade** é outra medida potencial de ajustamento psicossocial ao fenómeno. Estudos com indivíduos que passaram um ano sobre a própria amputação sugerem que os níveis de ansiedade são gerados durante esse período. Parece que é provável que a ansiedade seja um pouco maior imediatamente depois do acontecimento ou até um ano após o mesmo. Depois disso, porém, os níveis de ansiedade parecem cair para aqueles que são observados na restante população. Numa amostra representativa da população amputada no Reino Unido, utilizadora de prótese (67 participantes), identificou-se a prevalência de ansiedade em 29,9% dos participantes (Atherton & Robertson, 2006). A ansiedade face à imagem corporal tem sido encontrada para ser associada com a depressão, com uma pior qualidade de vida percecionada, com níveis mais reduzidos de autoestima, e com um grau mais elevado de ansiedade generalizada (Horgan & MacLachlan, 2004).

Na verdade, o ajustamento psicológico necessário tem sido comparado ao exigido para lidar com o luto e por isso não é surpreendente que os sintomas ansiogénicos ou depressivos sejam comuns após a amputação. Vários estudos sugerem que os níveis de sintomatologia depressiva continuam elevados até dez anos depois. E reações de elevada ansiedade foram igualmente relatadas após a amputação, apesar dos níveis diminuírem logo depois (Singh et al., 2007), como já foi referido.

O funcionamento social é outra medida potencial de ajustamento psicossocial a uma amputação, e de forma mais particular, o **suporte social**. Para Oliveira (2004), as incapacidades funcionais podem desestruturar as bases do indivíduo, interferir no desempenho das regras e dos papéis sociais, na independência e na habilidade de realização de tarefas, bem como na capacidade afetiva. No caso específico dos indivíduos que passam pela amputação de membros, o apoio social pode tornar-se muito significativo, uma vez que o indivíduo se sente mais amado e valorizado (Nogueira, 2001).

As redes sociais são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o ser humano, de acordo com as suas características, como a disponibilidade e frequência de contacto com amigos e familiares, ou com grupos de pessoas com quem existe proximidade ou alguma forma de participação social (Andrade, 2001). O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de auxílio mútuo, potencializado quando uma organização é integrativamente forte (*Ibidem*).

De facto, o suporte social pode ser definido como “*a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*” (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983, p.127). Cobb (1976) designa suporte social como a informação pertencente a uma de três classes: a que conduz o sujeito a acreditar que ele é estimado e que os outros se preocupam com ele; a que o leva a confiar que tem valor; e a que o conduz a crer que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações recíprocas. Singer e Lord (1984 como citado em Pais-Ribeiro, 2011) esclarecem que o suporte social pode ser informacional, emocional ou material e, em termos de quem o fornece, pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos; pode ser relativamente formal (organizações e associações); ou pode ser do tipo profissional (em termos de consulta ou terapia). Os componentes identificados no suporte social são: o constitucional (necessidades e congruência entre estas e o suporte existente); o relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais); o funcional (suporte disponível: tipo, qualidade e quantidade); o estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência); e o da satisfação (utilidade e ajuda fornecida) (Pais-Ribeiro, 1999).

No campo da saúde e da doença, Kessler, Price e Wortman (1985) explicam que suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos nocivos do stress. Alguns autores concluem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar (Sarason, Sarason, Potter III, & Antoni, 1985). Hohaus e Berah (1996), por sua vez, verificaram que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis associadas com a satisfação com a vida.

O suporte social fornecido é, assim, fundamental para uma melhor adaptação à situação de saúde/doença e para a aceitação da nova imagem corporal, aumentando a vontade de viver e a autoestima (Rumsey & Harcourt, 2011).

De notar também que diversas investigações têm sugerido que viver com uma deficiência física interfere com o estabelecimento e manutenção de relações íntimas sexuais, já que indivíduos com deficiências severas e visíveis eram mais facilmente julgados de forma negativa pelos outros e menos facilmente tinham uma relação com um parceiro (Lease, Cohen, & Dahlbeck, 2007).

A **autoestima**, como já vimos, assume-se também como uma variável central em todo este processo e com uma forte ligação à imagem corporal e aos sintomas psicopatológicos. Para compreender este conceito é necessário previamente esclarecer o que se entende por autoconceito, sendo que Vaz Serra (1988) o considera como “*a percepção que o indivíduo tem de si próprio e o conceito que, devido a isso, forma de si*” (p. 101). A componente avaliativa ou afetiva do autoconceito é a autoestima, pois está ligada à avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades, performances ou virtudes (*Ibidem*), ou seja, do seu próprio valor.

A autoestima pode ser dividida em autoestima global e autoestima específica. A primeira consiste numa avaliação global de si mesmo e, a segunda, de uma parte específica de si próprio (Menezes, 2008). Um dos campos que mais exerce influência na definição do autoconceito de jovens é o domínio físico e, sobretudo, o da aparência física, ponto fulcral na autoestima global, com um papel importante logo desde a infância para o ajustamento psicossocial do indivíduo, pois as crianças recebem desde muito cedo *feedback* acerca da condição física, da forma como se apresentam, entre outros aspetos (Faria, 2005).

Rosenberg (1965), um dos principais estudiosos da autoestima, concetualiza-a como uma avaliação que um indivíduo faz e mantém em relação a si mesmo, o que implica um sentimento de valor, englobando uma componente sobretudo afetiva, a qual se expressa numa atitude de aprovação/desaprovação de si próprio. Contudo, a autoestima não é só um sentimento, dado que implica todas as cognições (por exemplo, percepções) envolvidas no desenvolvimento das próprias atitudes. De acordo com o autor a autoestima global consiste na soma de juízos de valor que um indivíduo gera acerca de si mesmo, sendo uma avaliação de carácter geral dos vários elementos da autoestima – como o valor pessoal, o autorrespeito, a autoconfiança e o amor-próprio. Algumas características gerais que se podem manifestar (direta ou indiretamente) em indivíduos com alteração da autoestima são: autodesvalorização, sentimentos de culpa e vergonha, manifestação de sintomatologia depressiva (problemas do sono e alimentação), necessidade exagerada de aprovação pelos outros, comportamentos autodestrutivos, entre muitos outros (Menezes, 2008).

Concretamente relacionado com a autoestima existem estudos que verificaram que a autoestima e o suporte social eram bons indicadores do estilo de vida e que, este último, tinha um impacto positivo na avaliação de si (McNicholas, 2002). Outras investigações corroboram esta ligação entre autoestima e saúde, defendendo que a primeira influencia o bem-estar psicológico (ansiedade, depressão, entre outros sintomas) (Menezes, 2008).

A satisfação com a imagem corporal e o autoconceito encontram-se positivamente relacionados sendo que um autoconceito positivo aumenta quando a satisfação com o corpo aumenta também (Menezes, 2008; Rosen & Ross, 1968). A autoestima é, geralmente, considerada como um indicador-chave da saúde psicológica e de ajustamento à vida social (Dorak, 2011). E a alteração da imagem corpórea está fortemente ligada à autoestima pessoal, existindo uma correlação positiva entre a imagem corporal e a autoimagem, e entre a satisfação com o corpo e a autoestima global (Menezes, 2008).

Parece notório que a incapacidade física tende a colocar enormes exigências ao ser humano e a provocar distúrbios emocionais vários, baixa autoestima e até fenómenos de perda de identidade (Oliveira, 2004). Um indivíduo que não consegue reagir, quando inserido num problema, tende, automaticamente, a se desvalorizar, contribuindo para a diminuição da sua autoestima (Teixeira, 2008).

Depois do processo de amputação o paciente pode sentir-se perturbado pela exposição da zona corporal amputada, pois o corpo está diferente! No entanto, com o passar do tempo e com o auxílio das fontes de suporte, o indivíduo tende a tornar-se mais fortalecido, desenvolvendo a capacidade de enfrentar os desafios (Matheus & Pinho, 2006).

Na amputação, a dependência assume-se como um motivo de preocupação e gerador de insegurança e receios. A não realização de atividades diárias, ou a execução com determinados auxiliares, leva o paciente a desenvolver sentimentos de inferioridade. Acredita-se que a prótese possibilite a execução de inúmeras atividades, melhorando a autoestima e, portanto, minimizando os prováveis efeitos negativos da amputação (Chini & Boemer, 2007). Segundo Horgan e MacLachlan (2004) a prótese assume-se como um mediador no ajustamento psicológico e social, ao ser capaz de colmatar ou diminuir a restrição física que uma amputação provoca. Permite ainda adaptar a imagem corporal modificada àquela valorizada pela sociedade, ou pelo menos aproximá-la. De acordo com o estudo de Murray e Fox (2002), maiores níveis de satisfação global com as próteses encontram-se correlacionados com níveis mais reduzidos do distúrbio da imagem do corpo.

Estudos mostram que a dor fantasma, sentimento de dor no membro amputado, em pacientes vítimas de amputação, pode expressar uma tentativa de reintegração corporal (Benedetto, Forgione, & Alves, 2002). Segundo Fisher e Hanspal (1998) a dor no membro fantasma pode ser prevenida quando os pacientes são encorajados a expressar o sofrimento da perda. A reintegração corporal irá se repercutir no próprio autoconceito do indivíduo e se esta não for positiva irá potencializar sentimentos de inferioridade e baixa autoestima. É importante desta forma que o indivíduo possa reformular a sua imagem corporal (que sofreu uma desestruturação), incorporando as suas limitações físicas e adaptando-se ao seu novo estado físico e até à prótese caso seja colocada para uma melhor reabilitação (Benedetto et al., 2002).

Muitos indivíduos amputados não se reconhecem nem em termos físicos nem no que diz respeito às reações afetivas. A vivência descrita é de profunda angústia e indefinição com relação ao futuro, às capacidades e às limitações vividas. Existe uma ausência de sentido para a vida, falta de esperança em relação ao futuro, e o não reconhecimento do seu corpo como parte de si mesmo. O indivíduo chega mesmo a viver a perda de uma parte do corpo como uma anulação de si próprio (Galván & Amiralian, 2009).

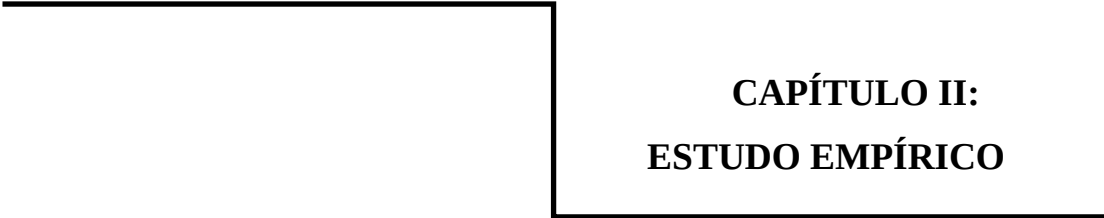
Ao longo da história, as investigações associaram, como já foi dito, o fenómeno de ser amputado a diversas perturbações psicológicas, como a depressão. No entanto, começou a observar-se uma resposta mais positiva à experiência. Apesar de alguns indivíduos ligarem o fenómeno a um problema pessoal, outros veem-no como uma oportunidade de crescimento a nível psicológico, permitindo um positivo ajustamento psicossocial (Rybarczyk, Nyenhuis, Nicholas, Cash, & Kaiser, 1995). Estudos revelam que se inicialmente um indivíduo com uma amputação sente-se vazio e vulnerável, com o passar do tempo, descobre como poderá melhor lidar com as limitações e restrições com que se depara (Horgan & MacLachlan, 2004). Num estudo de Zidarov, Swaine e Gauthier-Gagnon (2009) a qualidade de vida de indivíduos amputados de membros inferiores foi considerada elevada e manteve-se relativamente estável três meses depois de receber a alta hospitalar.

Parece existir uma variação no funcionamento psicossocial de indivíduos com amputação de membros e alguns dados apontam para uma tendência dos mais velhos em revelarem uma avaliação positiva sobre o seu bem-estar (Diogo, 2003).

Logo, uma imagem corporal positiva, níveis elevados de energia e competências sociais adequadas podem ser necessárias para o progresso (Rumsey & Harcourt, 2011).

Elaborar a perda de um membro envolve a reorganização do esquema de consciência de si mesmo, quer na relação individual quer com o mundo. Esse fenómeno torna-se, muitas vezes, o principal responsável na dificuldade de assimilar uma prótese (Lima & Leão, 2004).

Para concluir dizer que a amputação de membros num corpo implica a nível mais geral (e salvo exceções anteriormente referidas de uma adaptação positiva) uma mutilação física e psicológica. Os impactos de ordem física, emocional, social e profissional podem ser inúmeros (Albuquerque & Falkenbach, 2009). A deficiência física, independentemente da sua forma de manifestação, pode afetar gravemente a imagem corporal do indivíduo (*Ibidem*), daí advirem graves consequências no funcionamento psicológico e social.



CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO

1. Objetivos e hipóteses

1.1. Objetivo geral

Este estudo tem como objetivo principal compreender o impacto da amputação na imagem corporal dos indivíduos. Pretende-se, ainda, conhecer o ajustamento psicossocial destes indivíduos ao nível da sua sintomatologia depressiva e ansiogénica, da satisfação com o suporte social e da sua autoestima global.

1.2. Objetivos específicos e hipóteses

- a) **Explorar o ajustamento psicossocial** destes participantes, especificamente ao nível da *insatisfação corporal*, de *sintomas depressivos e ansiogénicos*, da *satisfação com o suporte social* e da *autoestima global*.

Hipótese 1: Espera-se que os indivíduos com amputação apresentem valores elevados de insatisfação corporal e de sintomas depressivos e ansiogénicos, bem como valores reduzidos de autoestima global e de satisfação com o suporte social.

Diversos estudos concluíram que indivíduos amputados possuem uma vulnerabilidade particular para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva (Horgan & MacLachlan, 2004; Wald & Álvaro, 2004) e ansiogénica (Singh et al., 2007), bem como ultrapassam dificuldades na perceção de competências físicas (Blinde & McClung, 1997). Além de que perdem a autoestima (Singh et al., 2007) e o apoio social pode tornar-se mais significativo (Nogueira, 2001).

- b) Perceber **como se relacionam** as variáveis *insatisfação corporal*, *depressão*, *ansiedade*, *satisfação com o suporte social* e *autoestima global* nestes participantes.

Hipótese 2: Espera-se que indivíduos amputados com valores mais reduzidos de insatisfação corporal apresentem valores mais elevados de autoestima global e de satisfação com o suporte social, bem como valores mais reduzidos de sintomas depressivos e de ansiedade.

De acordo com a literatura existe uma correlação positiva entre a satisfação corporal e a autoestima, que parece igualmente influenciar o bem-estar psicológico (Menezes, 2008). Além de que numa situação de doença ou incapacidade, a disponibilidade do suporte social é fundamental para a aceitação da nova imagem corporal (Rumsey & Harcourt, 2011).

c) **Analisar o efeito** de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas (como o *sexo*, o *estado civil*, o *tempo de amputação*, o *nível de amputação*, a *causa da amputação*, e a *utilização de prótese*) na insatisfação corporal.

Hipótese 3: Espera-se que haja uma influência: a) do *sexo*; b) do *estado civil*; c) do *tempo da amputação*; d) do *nível de amputação*; e) da *causa da amputação*; f) da *utilização de prótese* na (in)satisfação corporal dos indivíduos amputados, com as mulheres, os solteiros, os amputados mais recentemente, de membro inferior, com origem traumática, e os não utilizadores de prótese a revelarem maiores níveis de insatisfação corporal comparativamente aos restantes grupos.

A investigação diz-nos que o desconforto em relação ao corpo será maior logo após a amputação (Matheus & Pinho, 2006), com a causa traumática (ligada a mudanças mais abruptas) e a ausência de suporte social efetivo a traduzir menor satisfação corporal. Além disso, os utilizadores de prótese tenderão a estar mais satisfeitos com o corpo comparativamente aos não utilizadores (Chini & Boemer, 2007; Horgan & MacLachlan, 2004). Ainda, os amputados de membro inferior poderão demonstrar níveis superiores de insatisfação corpórea devido aos esperados constrangimentos funcionais associados. Alguns estudos, apesar de não realizados com esta população clínica, apontam o sexo feminino como o mais insatisfeito com a imagem corporal (Valverde, Santos, & Rodríguez, 2010).

d) Explorar quais os **melhores preditores da (in)satisfação corporal** dos amputados, tendo em conta as variáveis exploradas no estudo.

Hipótese 4: Espera-se que a *idade*, a sintomatologia psicopatológica (*depressão e ansiedade*), a *satisfação com o suporte social* e a *autoestima global* sejam preditores significativos da (in)satisfação corporal dos amputados.

e) **Explorar a vivência corporal e as representações** pessoais dos indivíduos com amputação.

Questão 1: Como é que o indivíduo amputado vivenciou as mudanças decorrentes da amputação? (Representações/significados atribuídos à amputação: *O que significou para si a amputação?*)

Questão 2: Como é que o indivíduo amputado se sente em relação ao seu corpo? (*Como se sente em relação ao seu corpo? Como se sente face a um corpo diferente?*)

Questão 3: Quais as principais mudanças em relação à vivência do corpo, após a amputação? (*Sente que alguma coisa mudou desde a amputação, em relação à vivência do seu corpo? Como se via antes e como se vê agora?*)

Questão 4: Qual a importância atribuída à imagem corporal antes e após a amputação? (*Que importância atribuía à sua imagem antes da amputação? E hoje em dia?*)

Questão 5: Se fosse possível ao indivíduo amputado alterar alguma parte do corpo, qual seria? E de que forma essa alteração poderia ser concretizada? (*O que mudaria no seu corpo? De que forma essa nova imagem pode ser criada/conseguida?*)

2. Método

2.1. Participantes

A amostra foi selecionada por via presencial e *online*, no sentido de abranger o maior número possível de participantes, a nível nacional, de acordo com um processo não probabilístico de amostragem por conveniência (método *snowball*).

O estudo em questão contou com a participação de 46 indivíduos amputados. Da amostra fazem parte indivíduos de ambos os sexos, 36 homens (78,3%) e 10 mulheres (21,7%), com idade mínima de 18 anos, compreendida entre os 22 e os 84 anos, com uma média de idades de 50,52 (*DP* = 16,13).

Ao nível de critérios de exclusão, considerou-se o facto de não serem incluídos participantes com défices a nível cognitivo ou com graves lesões cerebrais que colocassem em risco a compreensão e a resposta à bateria de instrumentos utilizada no estudo. Aos participantes foi dada a possibilidade do preenchimento dos questionários ser realizado autonomamente (n = 41) ou com o apoio de um administrador (n = 5) visto que a condição clínica de amputação de membro superior poderia impossibilitar a colaboração na investigação.

Dos 46 sujeitos amputados, 26,1% (n = 12) possuem o 1º ciclo (instrução primária completa); 15,2% (n = 7) possuem o 2º ciclo (6º ano); 10,9% (n = 5) completaram o 3º ciclo (9º ano); 28,3% (n = 13) frequentaram o ensino secundário; e 19,6% (n = 9) possuem o ensino universitário.

Relativamente ao **estado civil**, 97,8% (n = 45) responderam à questão, existindo 2,2% (n = 1) de valores omissos. Dos indivíduos amputados que responderam, 22,2% (n = 10) são solteiros, 8,9% (n = 4) encontram-se a viver em união de facto, 53,3% (n = 24) são casados, 8,9% (n = 4) estão separados/divorciados e 6,7% (n = 3) são viúvos.

De 45 indivíduos amputados que responderam, apenas cinco participantes (11,1%) afirmaram viver sozinhos, sendo que 40 participantes vivem acompanhados (88,9%).

Quanto ao **número de irmãos** dos participantes da amostra varia entre os zero e os nove, sendo que 41,3% (n = 19) da amostra tem entre dois a três irmãos.

Verificámos, ainda, que 26,7% (n = 12) dos participantes afirmaram receber **apoio económico**, decorrente da condição clínica de amputação e 73,3% (n = 33) disseram que não têm qualquer apoio desta natureza. Existindo 2,2% (n = 1) de valores omissos.

A **causa da amputação** na amostra distribuiu-se da seguinte forma: a *causa congénita* foi descrita por dois indivíduos amputados (4,3%), um sujeito (2,2%) sofreu uma amputação *devido a tumor*, 20 participantes foram amputados devido a *trauma* (43,5%), a *doença* foi apontada por 12 participantes (26,1%) como causa da condição clínica e *outras causas* foram apontadas por 11 sujeitos (23,9%).

Quanto ao **nível de amputação**, dos 46 indivíduos amputados, dois não responderam (4,3%). 81,8% (n = 36) indicaram possuir amputações de membros inferiores, 15,9% (n = 7) de membro superior e 2,3% (n = 1) de membro superior e inferior. No que diz respeito ao **ano da primeira amputação e anos de restantes amputações**, constatou-se que o ano da primeira amputação entre os participantes variou entre 1965 e 2013 e das restantes amputações (apenas citada uma segunda amputação por quatro dos indivíduos amputados) variou entre 2003 e 2013.

Dos 46 indivíduos amputados, 31 sujeitos indicaram **utilizar prótese** (67,4%) e 15 pessoas afirmaram não utilizar (32,6%). Dos 31 utilizadores de prótese, 25,8% (n = 8) usa-a temporariamente e 74,2% (n = 23) utiliza-a de forma definitiva. 3,2% (n = 1) está *muito insatisfeito* com o uso da prótese, 3,2% (n = 1) encontra-se *insatisfeito* com a utilização, 19,4% (n = 6) *nem estão insatisfeitos, nem satisfeitos*, 48,4% (n = 15) estão *satisfeitos* e 25,8% (n = 8) encontram-se *muito satisfeitos* com o uso.

Quanto à presença de **doença ou lesão/doença na família**, 19 indivíduos amputados admitem possuir uma doença ou lesão (41,3%) e 27 sujeitos referem não possuir qualquer patologia (58,7%). Em relação à existência de doença na família, dos 45 indivíduos que responderam (97,8%) do total de participantes (n = 46), 16 admitem ter alguém na família com doença/lesão (35,6%) e 29 referem não ter (64,4%).

Na amostra total 11 indivíduos amputados dizem frequentar um **tratamento de reabilitação** (23,9%) e 35 sujeitos admitem não o fazer (76,1%). Dos que frequentam o tratamento, 45,5% (n = 5) dizem ir acompanhados ao local de tratamento e 54,5% (n = 6) admitem ir sozinhos. 45,5% (n = 5) referem estar *muito satisfeitos* com o tratamento, 36,4% (n = 4) dizem-se *satisfeitos* e 18,2% (n = 2) *nem satisfeitos nem insatisfeitos*. 72,7% (n = 8) classificam o acesso ao local como *acessível*, 18,2% (n = 2) como *muito acessível* e 9,1% (n = 1) como *nem pouco nem muito acessível*. Admitem fazê-lo, em média, entre duas a três vezes por semana.

Relativamente à possibilidade de terem **apoio psicológico**, 87% (n = 40) referem não usufruir de nenhum apoio psicológico e 13% (n = 6) dizem ter acesso. Entre a amostra total, 12 amputados (26,1%) não responderam à importância que atribuíam ao apoio psicológico (quer frequentando ou não). Dos 34 participantes com amputação que responderam, 8,8% (n = 3) consideram o apoio do Psicólogo como *pouco importante*, 23,5% (n = 8) como *nem pouco nem muito importante*, 20,6% (n = 7) como *importante* e 47,1% (n = 16) como *muito importante*.

Todos os dados quanto à caracterização sociodemográfica e clínica da amostra encontram-se sintetizados na Tabela 1 em anexo (cf. Anexo 1).

2.2. Instrumentos

2.2.1. Body Image Scale (BIS; Escala de Imagem Corporal)

Para se avaliar a satisfação com a imagem corporal foi utilizada a *Body Image Scale* (BIS), desenvolvida por Hopwood (2000 como citado em Hopwood, Fletcher, Lee, & Al

Ghazal, 2001) e adaptada e validada para a população portuguesa por Moreira e colaboradores (2007 como citado em Moreira, Silva, Marques, & Canavarro, 2010) numa amostra de 173 pacientes com cancro da mama, manifestando boas propriedades psicométricas, nessa população (*alfa* de Cronbach de 0,93), não se conhecendo a utilização desta escala na população deste estudo.

A Escala de Imagem Corporal (*Ibidem*) é constituída por dez questões, incluindo itens afetivos, comportamentais e cognitivos de avaliação da imagem corporal, permitindo uma avaliação breve e completa de aspetos diversos. Este instrumento, como é desde logo inferido, aproxima-se de um modelo afetivo-cognitivo-comportamental do distúrbio da imagem corporal, que se desenvolveu a partir dos itens produzidos mais frequentemente por pacientes e profissionais de saúde (Hopwood et al., 2001).

É usada uma escala de resposta tipo *Likert* de quatro pontos [“nada” (0); “um pouco” (1); “moderadamente” (2) e “muito” (3)], sendo que os indivíduos devem avaliar cada afirmação tendo em conta como se sentiram na última semana. A pontuação global consiste na soma dos dez itens, podendo variar entre zero e 30 pontos. Zero pontos traduz a inexistência de sintomas, enquanto pontuações mais elevadas correspondem ao aumento de sintomas e mais preocupações com a imagem corporal (Hopwood et al., 2001; Moreira et al., 2010). Não existem itens invertidos e se um item estiver em falta deve calcular-se a pontuação do mesmo a partir da média das respostas nos restantes itens. Embora, na versão preliminar da escala, cinco questões fossem apresentadas de forma positiva, os autores da validação portuguesa decidiram reformular a escala e apresentar todos os itens negativamente, a fim de evitar algum desconforto possível na resposta aos itens positivamente formulados (Moreira et al., 2010).

Na nossa amostra a versão portuguesa da BIS revelou uma consistência interna elevada (*alfa* de Cronbach = 0,95). Além disso, todos os valores de *alfa* para cada item (quando eles são excluídos) foram menores ou igual ao *alfa* total, indicando que a sua supressão não contribuiria para um aumento da confiabilidade geral. A consistência interna da escala foi ainda confirmada pelas correlações item-total corrigidas acima dos critérios usuais de 0,30 (Field, 2005, *Ibidem*), variando entre 0,63 e 0,91, o que indica que todos os itens se correlacionam bem com a pontuação total da escala e medem o mesmo construto.

2.2.2. *Brief Symptom Inventory* (BSI; Inventário de Sintomas Psicopatológicos)

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) de Derogatis (1982/1993 como citado em Canavarro, 1999) foi adaptado à população portuguesa por Canavarro (1995, *Ibidem*) – Inventário de Sintomas Psicopatológicos –, sendo constituído por 53 itens, com escala de resposta tipo *Likert*, com cinco pontos (0 - Nunca; 1 - Poucas vezes; 2 - Algumas vezes; 3 - Muitas vezes; 4 - Muitíssimas vezes).

Este instrumento pode ser aplicado a doentes do foro psiquiátrico ou psicológico, a indivíduos com perturbação emocional, e a quaisquer outros doentes e indivíduos da população em geral (que não se encontrem com qualquer perturbação do campo emocional). A idade mínima recomendada é de 13 anos, com a condição de um especialista se encontrar disponível para esclarecer possíveis dúvidas (Canavarro, 1999).

Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo estes últimos avaliações globais de perturbação emocional. As nove dimensões primárias descritas por Derogatis (1982, *Ibidem*) são as seguintes: Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide; e Psicoticismo.

As dimensões escolhidas para serem utilizadas neste estudo foram apenas a *Depressão* (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50 - refletem o grande número de indicadores de depressão clínica; estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, a perda de energia vital, a falta de motivação e de interesse pela vida); e a *Ansiedade* (indicadores gerais tais como nervosismo e tensão; inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49). Desta forma foram apenas aplicados 12 dos 53 itens dos que compõem a escala na sua totalidade.

Do ponto de vista clínico, a análise das pontuações obtidas nas nove dimensões fornece informação sobre o tipo de sintomatologia que preponderantemente perturba mais o indivíduo. Obtiveram-se as pontuações para as duas dimensões psicopatológicas somando os valores obtidos em cada item, pertencentes a cada dimensão. A soma obtida foi, seguidamente, dividida pelo número de itens a que o indivíduo respondeu, para essa dimensão (Canavarro, 1999).

Os níveis de consistência interna para as nove escalas, na versão original do instrumento, situam-se nos valores de *alfa* de Cronbach entre 0,71 (Psicoticismo) e 0,85 (Depressão) (*Ibidem*). Na nossa amostra a dimensão *depressão* revelou uma consistência interna de 0,88 (correlações item-total corrigidas a variarem entre 0,64 e 0,74) e a dimensão *ansiedade* de 0,90 (correlações item-total corrigidas a variarem entre 0,61 e 0,88). Os valores de *alfa* para cada item (quando eles são excluídos) foram menores ou

igual ao *alfa* total, indicando que a sua supressão não contribuiria para uma melhoria da consistência interna.

2.2.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999) pretende avaliar a percepção de suporte social na assunção que esta percepção é uma dimensão crucial nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida dos indivíduos.

A versão final da escala é constituída por 15 frases que são apresentadas para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações. No entanto, podem ser de preenchimento assistido (o participante pode responder à escala na presença do entrevistador e este, se necessário, pode apoiar o preenchimento, mas sem influenciar a resposta). Isto pode ser necessário para sujeitos com dificuldades sensoriais e motoras. Pode ser igualmente aplicada por entrevista (por exemplo, pelo telefone), ou mediante o envio por correio ou por computador (Pais-Ribeiro, 2011).

O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de *Likert* com cinco posições: 1 - “concordo totalmente”; 2 - “concordo na maior parte”; 3 - “não concordo nem discordo”; 4 - “discordo na maior parte”; e 5 - “discordo totalmente” (*Ibidem*).

A ESSS fornece cinco pontuações, uma por cada dimensão e, uma global, resultante da agregação de todas as dimensões. A pontuação de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada fator. Dado o número de itens de cada subescala ser diferente, as pontuações mínimas e máximas por dimensão são distintas. A pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A escala inclui itens invertidos que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15. A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior satisfação com o suporte social (Pais-Ribeiro, 2011).

Na versão original, a consistência interna (*alfa* de Cronbach) da escala total é de 0,85 (*Ibidem*). Na nossa amostra a ESSS revelou uma consistência interna elevada (*alfa* de Cronbach = 0,83). Os valores de *alfa* para cada item (quando eles são excluídos) foram menores ao *alfa* total, indicando que a sua supressão não contribuiria para uma melhoria da consistência interna. As correlações item-total corrigidas variaram entre 0,27 e 0,60.

A primeira dimensão, “satisfação com amigos” (SA), que mede a satisfação com as amizades/amigos e inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15) teve uma consistência interna

de 0,83 na amostra original (Pais-Ribeiro, 2011). Na nossa amostra, a consistência interna era de 0,73, mas caso o item 1 fosse eliminado “*Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria*” aumentava para o valor de 0,85, pelo que se procedeu à sua eliminação. As correlações inter-item, após a eliminação, variaram entre 0,54 e 0,81.

O segundo componente, intitulado “intimidade” (IN), mede a perceção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6) que têm uma consistência interna de 0,74 (*Ibidem*). Na nossa amostra o *alfa* de Cronbach foi de 0,58, o que pode ser justificado pelo número reduzido de itens, sendo que a eliminação de qualquer item não provocava alterações na consistência interna. As correlações inter-item variaram entre 0,26 e 0,46. Neste sentido os resultados relacionados com este factor devem ser analisados com cautela.

O terceiro componente, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social a nível familiar. Inclui três itens (itens 9, 10, 11), com uma consistência interna de 0,74 (Pais-Ribeiro, 2011). Na nossa amostra o *alfa* de Cronbach foi 0,83, sendo que a eliminação de qualquer item não provocava alterações na consistência interna. As correlações inter-item variaram entre 0,65 e 0,75.

O último componente gerado, descrito como “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais. Inclui três itens (itens 2, 7, 8) que têm uma consistência interna de 0,64 (*Ibidem*). Na nossa o *alfa* de Cronbach foi de 0,79, sendo que a eliminação de qualquer item, mais uma vez, não provocava alterações na consistência interna. As correlações inter-item variaram entre 0,57 e 0,69.

2.2.4. Questionário de Autoestima Global

O Questionário de Autoestima Global (Rosenberg, 1965; versão portuguesa, Faria, 2000 como citado em Faria & Silva, 2000) baseia-se no *Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES*. A RSES é uma medida unidimensional constituída por dez itens que avaliam a autoestima global (com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si), baseada na teoria de Rosenberg do autoconceito, como sendo “*uma organização de partes e componentes, organizados hierarquicamente e inter-relacionados de modo complexo*” (Rosenberg, 1979, *Ibidem*).

Esta escala compreende cinco itens como indicadores de atitudes positivas e cinco itens representando atitudes negativas acerca do *self* (não apresentados consecutivamente). Para cada questão existem seis possibilidades de resposta (Concordo Totalmente; Concordo; Concordo Parcialmente, Discordo Parcialmente; Discordo; Discordo

Totalmente). A cotação dos itens negativos encontra-se invertida. Assim, quanto mais elevados forem os resultados obtidos maior é a autoestima global dos sujeitos (Faria & Silva, 2000). Após a inversão das respostas negativas, a soma dos dez itens fornece-nos a cotação final da escala que pode variar entre dez e 60, sendo que uma cotação elevada reflete uma elevada autoestima.

A consistência interna do questionário na escala original traduziu um valor de *alfa* de Cronbach superior a 0,80 (*Ibidem*) e na nossa amostra, foi igualmente elevado (*alfa* de Cronbach = 0,89), com correlações item-total corrigidas entre os 0,30 e 0,88.

2.2.5. Questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial

O questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial teve como objetivo recolher informações ao nível de dados sociodemográficos, dados clínicos e dados psicossociais (cf. Anexo 2).

Dados sociodemográficos: dados pessoais relativos à data de nascimento, idade, sexo, nacionalidade, número de irmãos, local de residência, agregado familiar, estado civil, habilitações académicas, profissão, características demográficas das figuras parentais, apoio económico.

Dados clínicos: causa da amputação, ano da amputação (ou anos caso exista mais do que um caso), nível da amputação (se de membro inferior ou superior, entre outros), utilização de prótese (nível de satisfação com o uso); realização de algum tipo de tratamento (qual, periodicidade, local, e nível de satisfação); doenças na família (quais, há quanto tempo); apoio psicológico.

Dados psicossociais (representações da amputação e vivência corporal): avaliados através de algumas questões abertas como *O que significou para si a amputação?* ou *Como se sente em relação ao seu corpo?*

2.3. Procedimento

A administração dos instrumentos foi realizada entre Novembro de 2012 e Agosto de 2013, pela via presencial (questionário em papel) e pela via da *Internet* (questionário colocado *online*). Foi obtida cerca de metade da amostra em cada condição. Inicialmente, foram contactadas diversas instituições/associações em território nacional ligadas direta ou indiretamente a esta população clínica (amputados). Entre elas, destacamos aquelas em que a colaboração foi efetivada, com os pedidos de autorização devidamente aceites, como o

Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), a Associação Portuguesa de Deficientes (APD) na Delegação Distrital de Braga, a Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) na Delegação do Porto e a Associação Portuguesa de Amputados (ANDAMUS).

O preenchimento de cada questionário, quer na versão em papel quer na versão *online*, situou-se entre os 15 e os 20 minutos, sendo que aos participantes foram fornecidas informações sobre o tema e o objetivo do estudo e foi pedido que lessem e assinassem a declaração de consentimento informado que garantia a colaboração voluntária, o anonimato e a confidencialidade dos dados (cf. Anexo 3). A cada elemento da amostra foi dada a possibilidade de preencher o seu questionário autonomamente ou recorrer ao auxílio do administrador, devido a possíveis impedimentos causados pela sua condição física. Na aplicação presencial dos questionários o investigador manteve-se sempre disponível para o esclarecimento de dúvidas.

Após a administração da bateria de instrumentos, procedeu-se à codificação dos dados e ao posterior tratamento estatístico, com recurso ao programa de análise estatística IBM SPSS Statistics (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 19. Para concretizar cada hipótese do estudo foi testada a normalidade da distribuição e a homogeneidade de variâncias, no sentido de assegurar os pressupostos inerentes a cada teste estatístico. Sempre que a distribuição não se aproximava da normalidade optou-se por realizar o teste não paramétrico alternativo. Caso os resultados não diferissem, optou-se pela descrição do teste paramétrico, por uma questão de familiaridade da sua interpretação.

Em relação à análise das perguntas abertas do questionário, optou-se pela análise de conteúdo, descrita mais à frente.

A interpretação dos resultados foi elaborada tendo em consideração as hipóteses e as questões de investigação propostas, tentando-se integrar os dados obtidos com a revisão da literatura.

3. Apresentação e Discussão dos Resultados

Neste ponto serão apresentados e discutidos os resultados, tomando como referência cada uma das hipóteses ou questões de investigação colocadas. Serão apresentados num primeiro momento os resultados da análise quantitativa, seguidos da exploração qualitativa dos dados.

3.1. Análise quantitativa dos dados

3.1.1. **Hipótese 1:** Espera-se que os indivíduos com amputação apresentem valores elevados de insatisfação corporal e de sintomas depressivos e ansiogênicos, bem como valores reduzidos de autoestima global e de satisfação com o suporte social.

Com o propósito de analisar a amostra de participantes deste estudo empírico em relação às variáveis estudadas foi efetuada uma análise descritiva, de acordo com medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão), e com o valor máximo e o valor mínimo da distribuição (cf. Tabela 1).

Tabela 1

Distribuição de frequências da insatisfação corporal, sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade), satisfação com o suporte social (satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais) e autoestima global (n = 46)

	Média	Desvio-Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Insatisfação corporal	8.48	9.17	0	30
Depressão	0.90	0.91	0	4
Ansiedade	0.75	0.79	0	3.2
Satisfação com o suporte social	58.63	10.10	33	75
Satisfação com os amigos	16.93	3.42	9	20
Intimidade	15.67	3.52	9	20
Satisfação com a família	13.20	2.37	7	15
Atividades sociais	9.17	3.83	3	15
Autoestima global	48.46	10.32	23	60

Quanto à **insatisfação corporal** podemos afirmar que, na nossa amostra, estamos perante casos muito baixos de insatisfação corporal ($M = 8.48$, $DP = 9.17$), considerando o valor “15” como o ponto médio da escala, num total de 30 pontos que indicam uma forte insatisfação corporal, valor apresentado por dois dos participantes ($max. = 30$). Não há

conhecimento de estudos sobre a insatisfação corporal na população amputada em Portugal, com recurso à BIS, contudo fazendo uma pequena comparação com estudos que recorreram ao instrumento para analisar a satisfação com o corpo em populações clínicas, compreendemos que estes participantes não diferem em termos de resultados dos obtidos com uma população de lesionados vértebro-medulares (LVM) [$M = 7.83$; $t(45) = .48$; $p = .63$] (Costa, *no prelo*), de mulheres a vivenciar a infertilidade [$M = 8.07$; $t(45) = .30$; $p = .76$] (Antunes, *no prelo*) e de mulheres com fibromialgia [$M = 9.19$; $t(45) = -.53$; $p = .60$] (Azevedo, 2013).

Os resultados apontam para níveis mais baixos de insatisfação corporal do que seria expectável em indivíduos vítimas de amputação, visto as implicações negativas a nível corporal provocadas pela deficiência física serem inúmeras (Sousa, 2009). Na maioria dos casos a perda do membro conduz a sintomas característicos de um processo de luto (Lucas et al., 2010), pois as fases iniciais inerentes à vivência da amputação traduzem uma sensação de vazio e vulnerabilidade, contudo é crucial que o indivíduo reformule a sua imagem corporal, ao ser capaz de reintegrar não só as limitações, como tentando adaptar-se a uma nova condição física (Benedetto et al., 2002), que nunca pensou vir a aceitar. Daí que os dados positivos, e acima do que seria esperado, possam ser discutidos de acordo com a capacidade do sujeito em executar um processo reintegrativo do próprio corpo.

Em relação à **sintomatologia psicopatológica**, na dimensão *depressão* os participantes apresentam níveis bastante reduzidos ($M = 0.90$, $DP = 0.91$), assim como na dimensão *ansiedade* ($M = 0.75$, $DP = 0.79$), se tivermos, mais uma vez, como ponto de referência, o ponto médio da escala, já que não existem dados que nos permitam comparar com a população em geral. Efetivamente, nove dos participantes encontram-se no valor mínimo da distribuição na *depressão* ($min = 0$) e 12 participantes situam-se no valor mínimo da distribuição na *ansiedade* ($min = 0$). Comparando com o nível de depressão [$M = 1.01$; $t(45) = -.80$; $p = .43$] e com o nível de ansiedade [$M = 0.78$; $t(45) = -.29$; $p = .78$] do estudo com a população de LVM (Costa, *no prelo*), não existem diferenças significativas nos resultados. Se a literatura aponta para que o desenvolvimento da sintomatologia depressiva e ansiogénica seja frequente em indivíduos amputados (Horgan & MacLachlan, 2004; Singh et al., 2007; Wald & Álvaro, 2004), os resultados encontrados afastam-se, mais uma vez, do que seria esperado, podendo a fase inicial de choque ter dado lugar à reconstrução de significados acerca desta experiência. E longe de um quadro patológico, alguns dados apontam para a visão da amputação como uma oportunidade de

crescimento a nível psicológico, existindo um ajustamento psicossocial positivo (Rybarczyk et al., 1995).

Relativamente à **satisfação com o suporte social** os participantes revelam uma satisfação elevada, com uma média bastante acima do valor médio da escala (“37,5”) ($M = 58.63$, $DP = 10.10$) e que difere significativamente do resultado obtido com os LVM [$M = 54.21$; $t(45) = 2.97$; $p < .05$] (Costa, *no prelo*), isto é, a população amputada parece revelar uma satisfação mais elevada com a sua rede de apoio social. Não existem participantes a indicar uma satisfação muito reduzida com o suporte social ($min. = 33$), havendo três indivíduos que se situam no valor máximo da distribuição ($max. = 75$). Especificamente, verificámos que a dimensão *satisfação com amigos* apresenta a média mais elevada ($M = 16.93$, $DP = 3.42$), com 21 participantes a atingir a pontuação máxima ($max. = 20$), seguida das dimensões *intimidade* ($M = 15.67$, $DP = 3.52$), *satisfação com a família* ($M = 13.20$, $DP = 2.37$), significativamente superior à da amostra de LVM [$M = 12.09$; $t(45) = 3.16$; $p < .05$] (*Ibidem*); e *atividades sociais* ($M = 9.17$, $DP = 3.83$). Tendo em conta que as dimensões da satisfação com o suporte social não incluem o mesmo número de itens torna-se difícil fazer comparações exatas entre os fatores. Finalmente, a satisfação com o suporte social será uma condição importante para a aceitação da nova imagem (Rumsey & Harcourt, 2011), e para o desenvolvimento no próprio indivíduo da capacidade de enfrentar os obstáculos, ultrapassando as dificuldades de forma mais coerente (Matheus & Pinho, 2006)

Por fim, relativamente à **autoestima global** da nossa amostra, verificámos que os níveis são bastante elevados ($M = 48.46$, $DP = 10.32$), com sete dos participantes a obter a pontuação máxima ($max. = 60$), não diferindo significativamente dos resultados dos LVM [$M = 47.13$; $t(45) = .87$; $p = .39$]. A incapacidade física parece estar ligada a uma baixa autoestima (Oliveira, 2004; Teixeira, 2008), mas, mais uma vez, os resultados apontam para um processo eficaz de resolução do acontecimento em questão (amputação), com implicações positivas na autoimagem.

3.1.2. **Hipótese 2:** Espera-se que indivíduos amputados com valores mais reduzidos de insatisfação corporal apresentem valores mais elevados de autoestima global e de satisfação com o suporte social, bem como valores mais reduzidos de sintomas depressivos e de ansiedade.

Para testar a relação entre estas variáveis procedeu-se à análise do coeficiente de correlação momento produto de *Pearson* (ver Tabela 2).

Tabela 2

Coeficiente de correlação momento produto de Pearson entre a insatisfação corporal (IC), a autoestima global (AEG), a satisfação com o suporte social (SSS) [e suas dimensões: satisfação com amigos (SA), intimidade (IN), satisfação com a família (SF) e atividades sociais (AS)] e a sintomatologia psicopatológica [depressão (D) e ansiedade (A)] (n = 46)

	IC	AEG	SSS	SA	IN	SF	AS	D	A
IC	1	-.761**	-.620**	-.11(Ns)	-.625**	-.21(Ns)	-.624**	.635**	.588**
AEG		1	.79**	.39*	.65**	.35*	.68**	-.69**	-.54**
SSS			1	.67**	.73**	.54**	.79**	-.65**	-.48*
SA				1	.18(Ns)	.55**	.26	-.13(Ns)	-.13(Ns)
IN					1	.17(Ns)	.46*	-.64**	-.58**
SF						1	.10(Ns)	-.40*	-.18(Ns)
AS							1	-.51**	-.43*
D								1	.77**
A									1

Nota: **valores muito significativos $p < .001$; *valores significativos $p < .05$; a itálico valores marginalmente significativos $p < .10$; Ns (valores não estatisticamente significativos)

Pela análise dos dados, compreendemos que a insatisfação corporal está bastante correlacionada com a autoestima global, e de forma negativa, como seria esperado [$r(46) = -.76$, $p < .001$, $r^2 = .58$]. Isto é, quanto mais insatisfeito com o seu corpo, menor a autoestima global, o que seria de prever visto que vários estudos apontam para a estreita relação entre um conceito positivo do indivíduo e a satisfação com as características corpóreas (Menezes, 2008; Rosen & Ross, 1968). Estudos com indivíduos ostomizados apontam para que a alteração da imagem corporal se encontre fortemente ligada à autoestima global de um indivíduo (Menezes, 2008). De salientar que 58% da variância

explicada pela insatisfação corporal, é explicada pela variância da autoestima, o que é uma proporção bastante razoável.

Da mesma forma, e como esperado, verificámos que a insatisfação corporal apresenta associações moderadas e negativas com a satisfação com o suporte social, $r(46) = -.62, p < .001, r^2 = .38$, com a intimidade, $r(46) = -.63, p < .001, r^2 = .40$, e com as atividades sociais, $r(46) = -.62, p < .001, r^2 = .38$. Isto é, menor insatisfação corporal está associada a maior satisfação com o suporte social, e em particular, no foro íntimo e nas atividades em sociedade. Sabe-se que indivíduos com graves deficiências físicas menos facilmente se envolvem em relações com um parceiro amoroso (Lease et al., 2007), daí que uma satisfação global com o corpo potencie uma maior satisfação com o apoio social percebido e com a rede de apoio criada ao longo do tempo, em particular nas relações íntimas. Por outro lado, a perceção de relações interpessoais positivas e apoiantes potenciará a construção de uma imagem corporal mais satisfatória (Barbosa, 2001, 2008).

Verifica-se, ainda, que a insatisfação corporal não se encontra significativamente correlacionada com a satisfação com os amigos, $r(46) = -.11, p = .46, r^2 = .01$, nem com a família, $r(46) = -.21, p = .17, r^2 = .04$. Isto poderá ser explicado em parte pela média elevada das idades dos participantes (a rondar os 50 anos), estando numa fase da vida em que outros contextos relacionais se destacam (tal como a relação amorosa), em detrimento de uma menor influência dada aos amigos e aos pais (por exemplo).

A Tabela 2 diz-nos, ainda, que a maior satisfação com o corpo está assim moderadamente associada a uma menor **sintomatologia depressiva** [$r(46) = .64, p < .001, r^2 = .41$] e **ansiosgénica** [$r(46) = .59, p < .001, r^2 = .35$], como seria esperado. Efetivamente, tal como Taleporos e McCabe (2002) indicaram, a estima do corpo terá uma forte relação com o quadro de depressão. Estudos comprovam também que a ansiedade em relação à imagem corpórea está associada a valores reduzidos de autoestima (Horgan & MacLachlan, 2004) e a níveis elevados de depressão, traduzidos em problemas de sono e de alimentação (Horgan & MacLachlan, 2004; Menezes, 2008), como nos diz a relação forte encontrada entre a ansiedade e a depressão, $r(46) = .77, p < .001, r^2 = .59$. Note-se que sendo o corpo uma dimensão importante na vivência pessoal de cada indivíduo será natural que sentindo-se menos satisfeito com o próprio corpo isto se vá refletir num humor mais depressivo e em maiores níveis de ansiedade. De frisar que 41% da variância explicada pela insatisfação com o corpo, é justificada pela variância da sintomatologia depressiva e 35% pela variância nos níveis de ansiedade.

De acordo com análises complementares (apesar de não descritas na Tabela 2) verificamos que a idade apresenta uma associação moderada e positiva com a insatisfação corporal, $r(46) = .43$, $p = .003$, $r^2 = .19$. Um estudo de Diogo (2003) diz-nos que parece existir uma variabilidade no ajustamento psicossocial de indivíduos com amputação, com a tendência, por exemplo, dos mais velhos a avaliarem positivamente o seu bem-estar.

Além disso, pelas correlações verificadas entre as restantes variáveis observamos que a autoestima global está positivamente correlacionada com a satisfação com o suporte social, $r(46) = .79$, $p < .001$, $r^2 = .62$, nomeadamente com a satisfação com os amigos, $r(46) = .39$, $p = .008$, com a intimidade, $r(46) = .65$, $p < .001$, com a satisfação com a família, $r(46) = .35$, $p = .02$, e com as atividades sociais, $r(46) = .68$, $p < .001$; por seu lado, encontra-se moderadamente, e de forma negativa, correlacionada com a depressão, $r(46) = -.69$, $p < .001$, e com a ansiedade, $r(46) = -.54$, $p < .001$. Ou seja, quanto maior a autoestima global dos indivíduos, maior a satisfação com a rede de apoio em todas as suas vertentes e menores os níveis de ansiedade e depressão. O suporte social assume-se como um fator de impacto na autoestima, como observado numa amostra de 202 adultos de meia-idade (McNicholas, 2002).

Ainda, verificamos que quanto maior a satisfação com o apoio social, menor a ansiedade [$r(46) = -.48$, $p = .001$] e a depressão [$r(46) = -.65$, $p < .001$]. Focando as relações entre as dimensões do suporte social, observamos que quanto maior a satisfação com amigos, maior a satisfação com a rede familiar [$r(46) = .55$, $p < .001$] e com as atividades em comunidade [$r(46) = .26$, $p = .08$, valor marginalmente significativo]. Quando maior a satisfação com a intimidade maior a satisfação com as atividades sociais [$r(46) = .46$, $p = .001$] e menor a depressão [$r(46) = -.64$, $p < .001$] e a ansiedade [$r(46) = -.58$, $p < .001$]. Se a satisfação com a família for maior, menor será a depressão ($r(46) = -.40$, $p = .005$) e quanto maior a satisfação com as atividades sociais, menor a sintomatologia depressiva [$r(46) = -.51$, $p < .001$] e ansiógena [$r(46) = -.43$, $p < .003$]. Sabe-se que indivíduos com deficiência física lidam com constrangimentos à vida ativa e participada nas diversas atividades sociais (Blinde & McClung, 1997) e, muitas vezes, o cariz depressivo surge associado à restrição generalizada de atividade (Horgan & MacLachlan, 2004). Daí a relação existente entre o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e a satisfação com a rede de apoio, de forma generalizada, e particularmente focada na componente relacional (estatuto e participação nas relações), estrutural (proximidade e reciprocidade de relacionamento) e da satisfação (auxílio efetivo)

(Pais-Ribeiro, 1999), com a satisfação com o suporte social disponível a desempenhar um papel central no bem-estar geral (Sarason et al., 1985).

Note-se que obtivemos, ainda, os seguintes valores em termos de resultados não significativos: a associação entre a satisfação com os amigos e a intimidade [$r(46) = .18, p = .22$], a depressão [$r(46) = -.13, p = .39$] e a ansiedade [$r(46) = -.13, p = .41$]; entre a intimidade e a satisfação com a família [$r(46) = -.17, p = .25$]; e entre a satisfação com a família, as atividades sociais [$r(46) = .10, p = .49$] e a sintomatologia ansiógena [$r(46) = -.18, p = .24$].

Esta cadeia de relações surge pela inevitabilidade do processo de reintegração corporal se repercutir na imagem que o indivíduo desenvolve de si mesmo (Benedetto et al., 2002) e, no caso desta ser negativa, conduzir a sentimentos de desvalorização, a quadros depressivos e de ansiedade, a baixa autoestima e à incapacidade de gerir de forma equilibrada a relação com o outro.

3.1.3. Hipótese 3: Espera-se que haja uma influência: a) do *sexo*; b) do *estado civil*; c) do *tempo da amputação*; d) do *nível de amputação*; e) da *causa da amputação*; f) da *utilização de prótese* na (in)satisfação corporal dos indivíduos amputados, com as mulheres, os solteiros, os amputados mais recentemente, de membro inferior, com origem traumática, e os não utilizadores de prótese a revelarem maiores níveis de insatisfação corporal comparativamente aos restantes grupos.

a) *Sexo*

Para testar esta parte da hipótese recorreu-se ao teste *t-student* para amostras independentes, uma vez que se pretendiam avaliar as diferenças relativas à (in)satisfação corporal entre as médias de duas amostras (participantes do sexo masculino e participantes do sexo feminino).

Através do teste de *Levene* compreendemos que a homogeneidade das variâncias é semelhante na variável insatisfação corporal ($F = 1.00, p = .32$). Verificámos, então, que não existem diferenças significativas de médias entre os dois grupos, $t(44) = -.36, p = .72, d = -.11^1$. Contudo, uma vez que temos grupos tão diferentes em termos numéricos de

¹ De acordo com Cohen (1988), convencionou-se que os valores da magnitude do efeito (“*d*”) são considerados pequenos se $(0.20 \leq d < 0.50)$; médios se $(0.50 \leq d < 0.80)$ e grandes se $(d \geq 0.80)$. No entanto, estes valores devem ser interpretados com alguma cautela, já que mais importante do que a magnitude do efeito obtida, será a sua «significância prática». Cohen prefere que o efeito observado seja comparado com efeitos previamente estabelecidos dentro de uma determinada área de investigação (valores de referência que não temos). Deste modo, por exemplo, encontrar um efeito de $d = 0.11$ quando valores tipicamente

homens e mulheres (36 homens e apenas dez mulheres), estes resultados devem ser interpretados com cautela e esta ausência de significância poderá, certamente, ser explicada pelo facto da amostra contar com muitos mais homens do que mulheres (que hipoteticamente serão mais insatisfeitas com o seu corpo).

Efetivamente, um estudo levado a cabo com cerca de 20.000 adolescentes espanhóis mostrou que eram as raparigas que se mostravam mais insatisfeitas com a imagem do seu corpo (Valverde et al., 2010), enquanto outro estudo recente com uma amostra de 2446 participantes, entre os 18 e os 56 anos, revelou que as mulheres demonstram uma maior preocupação com as formas corporais comparativamente aos homens (Buchanan, Bluestein, Nappa, Woods, & Depatie, 2013). No entanto, não foram encontrados estudos que avaliassem a imagem corporal em homens e mulheres amputados, pelo que seria importante que em estudos futuros com esta população estas variáveis (sexo e satisfação corporal) fossem tidas em consideração.

b) *Estado Civil*

Para testar esta parte da hipótese, e com o objetivo de equilibrar o número de participantes por grupo procedeu-se a uma recodificação da variável *Estado Civil*, categorizando os indivíduos de acordo com a permissão de viverem ou não com alguém e manterem uma relação amorosa [Grupo 1: casados e união de facto ($n = 28$) e Grupo 2: solteiros, viúvos e divorciados ($n = 17$)]. Recorreu-se ao Teste de *Mann-Whitney*, após a exploração dos pressupostos chave à realização dos testes estatísticos. Este teste revela que há diferenças significativas entre os indivíduos casados e que vivem em união de facto e os que são solteiros, viúvos ou divorciados ($U = 152.00$, $p = .04$) quanto à satisfação com o corpo, no sentido esperado. Na verdade, o facto de estarem numa relação amorosa poderá funcionar como protetor da imagem corporal, o que poderá estar relacionado com a perceção de apoio mais positiva que os casados ou a viver em união de facto têm, comparativamente aos que não mantêm uma relação amorosa. Estes dados são dissonantes com um estudo com mais de 16.000 sujeitos em processo de emagrecimento, que aponta para a inexistência de relação entre o estado civil e o aumento da insatisfação com o corpo (Friedman, Dixon, Brownell, Whisman, & Wilfley, 1999), no entanto, dada a natureza da nossa amostra (indivíduos com uma amputação e, portanto mais suscetíveis de

observados são na ordem de 0.08, pode indicar um efeito importante, mas será necessária mais investigação nesta área para podermos analisar estes efeitos com mais precisão.

necessitarem de cuidados e apoio) será natural que esta relação entre o estado civil e a satisfação corporal seja mais evidente, comparativamente a uma população sem qualquer deficiência. Futuramente será importante clarificar esta relação, de entre outras.

c) *Tempo da amputação*

Para testar esta sub-hipótese procedeu-se a uma recodificação da variável *ano da primeira amputação* (visto apenas quatro sujeitos relataram uma segunda amputação), organizando os sujeitos em grupos de acordo com o período de tempo em que foram amputados. Tendo por base a literatura optou-se pela seguinte divisão dos grupos: até há um ano atrás (Grupo 1); entre dois a dez anos atrás (Grupo 2); e há mais de dez anos atrás (Grupo 3). No entanto, a divisão grupal não ficou totalmente equilibrada em termos de distribuição dos participantes pelas condições: Grupo 1 ($n = 5$), Grupo 2 ($n = 13$) e Grupo 3 ($n = 24$) participantes. Uma vez que esta seria uma variável importante, e para conseguirmos prosseguir as análises, optámos por equilibrar os grupos, criando três grupos de cinco elementos. Assim, foi feita uma seleção aleatória de cinco participantes no Grupo 2 e no Grupo 3 para garantir o mesmo número de sujeitos por condição².

Após se verificarem as condições para a realização da análise estatística paramétrica, procedeu-se a uma ANOVA. Verificámos que não existem diferenças significativas de médias entre os três grupos quanto à insatisfação corporal, $F [(2,12) = 2.20, p = .15, \eta^2 = .27]$ (Grupo 1: $M = 19.40$; $DP = 8.20$; Grupo 2: $M = 7.40$; $DP = 9.24$; Grupo 3: $M = 11.00$; $DP = 10.27$). Obviamente que seria espectável que com um número mais elevado de elementos nestes grupos, estes resultados tivessem outra significância estatística, já que uma variância de 27% de insatisfação explicada pelo facto de se ter sofrido a amputação há um ano, entre dois a dez anos, ou há mais de dez anos, tem um significado prático bastante razoável. Assim sendo, através do *G Power* estimou-se a dimensão amostral necessária para que, com esta magnitude do efeito, um nível de significância de .05 e uma potência de teste de .80, a dimensão amostral necessária para que os resultados fossem significativos seria de 30 participantes no total, o que daria dez por grupo.

² Antes de proceder ao processo de seleção aleatória dos participantes por grupo foi executado o procedimento estatístico com a divisão inicial dos participantes. Os resultados apontam em sentido diferente $F (2,39) = 3.97, p = .03, \eta^2 = .21$ e o teste *Post-Hoc* LSD revelou diferenças significativas entre o Grupo 1 ($M = 19.40$; $DP = 8.20$) e o Grupo 2 ($M = 7.46$; $DP = 9.12$) ($p = .01$) e entre o Grupo 1 e o Grupo 3 ($M = 7.75$; $DP = 8.65$) ($p = .01$). No entanto considerarmos mais sensato explorar a comparação de grupos equivalentes em termos numéricos.

A literatura aponta para que após a amputação o sentimento de desconforto em relação ao corpo alterado seja significativo, afetando a autoestima e a imagem corporal (Matheus & Pinho, 2006). No entanto, com o tempo, parece que o indivíduo vai retomando o seu dia-a-dia, desenvolvendo um sentido de resiliência e de capacidade de enfrentar as adversidades (*Ibidem*). Os dados devem ser observados com cuidado visto que o ano da primeira amputação variou entre 1965 e 2013, existindo uma variabilidade temporal bastante acentuada.

Constatámos, ainda, através de análises complementares, que não existem diferenças de médias significativas entre os três grupos em comparação, em relação à sintomatologia depressiva [$F(2,12) = .33, p = .73, \eta^2 = .05$] e ansiogénica, [$F(2,12) = .81, p = .47, \eta^2 = .12$] e na satisfação com o suporte social ($F(2,12) = 1.56, p = .25, \eta^2 = .21$). Contudo, como estamos a falar de amostras reduzidas dificilmente seriam obtidos resultados estatisticamente significativos e, naturalmente, com amostras com mais participantes os dados poderiam ser diferentes. Quanto à autoestima global, os resultados apresentam-se como marginalmente significativos [$F(2,12) = 2.92, p = .09, \eta^2 = .33$]. O teste *Post-Hoc* LSD revelou que indivíduos amputados até há um ano atrás ($M = 35.40; DP = 4.62$) relatam menor autoestima global comparativamente a indivíduos amputados entre dois a dez anos atrás ($M = 51.80; DP = 10.40$) ($p = .03$). Entre o Grupo 2 e o de há mais de dez anos ($M = 44.00; DP = 14.70$) não se observaram diferenças significativas ($p = .27$) bem como entre o grupo de amputados até há um ano e o Grupo 3 ($p = .23$) o que parece significar que o impacto da amputação traduz consequências a curto prazo na imagem de si.

d) *Nível da amputação*

Para testar esta subhipótese procedeu-se a uma recodificação da variável *nível de amputação* (categorizando, de acordo com a literatura, os indivíduos em amputados de membro inferior e amputados de membro superior). A distribuição da amostra revelou-se muito distinta (amputados de membro inferior = 36; amputados de membro superior = 7). Da mesma forma, e para prosseguirmos com as análises, optámos por equilibrar os grupos, criando dois grupos de sete elementos. Assim, foi feita uma seleção aleatória de sete participantes no grupo de amputados do membro inferior.³ Elaborou-se um *t-student* para

³ Antes de proceder ao processo de seleção aleatória dos participantes por grupo foi igualmente executado o procedimento estatístico com a divisão inicial dos participantes. Os resultados apontam no mesmo sentido, [$t(41) = .04, p = .97, d = .01$] (Grupo 1 - membro inferior: $M = 8.86; DP = 9.45$; Grupo 2 - membro superior:

amostras independentes, uma vez que se pretendiam avaliar as diferenças relativas à (in)satisfação corporal entre as médias de duas populações (amputados de membro inferior e amputados de membro superior).

Verificámos que não existem diferenças significativas de médias, $t(12) = .32$, $p = .75$, $d = .18$, entre os amputados de membro inferior ($M = 10.29$; $DP = 9.09$) e os amputados de membro superior ($M = 8.71$; $DP = 9.16$). As investigações apontam para que cerca de 90% das amputações incidam no membro inferior (dados do estudo do Serviço de Medicina Física e Reabilitação dos HUC) (Leão et al., 1995 como citado em Dias, 2006), sendo que a análise de diferenças consoante o nível de amputação seja uma tarefa difícil de executar sem sofrer qualquer tipo de enviesamento.

e) *Causa da amputação*

Devido à distribuição dos participantes pelas condições ser muito dispersa, optou-se por considerar apenas para comparação a causa traumática ($n = 20$), por doença ($n = 12$) ou outra causa não especificada ($n = 11$), visto a origem congénita e por tumor terem sido focadas apenas por três dos participantes. Procedeu-se à recodificação da variável, tendo em conta estas três causas e optou-se pelo recurso à ANOVA (visto o teste não paramétrico associado fornecer resultados no mesmo sentido). Verificamos que não existem diferenças significativas entre os três grupos em comparação, $F(2,40) = 1.15$, $p = .33$, $\eta^2 = .10$], relativamente à insatisfação corporal, embora o grupo amputado por doença tenha obtido médias superiores de insatisfação ($M = 12.08$; $DP = 10.72$), seguido do grupo amputado por causa não especificada ($M = 9.45$; $DP = 8.88$) e por trauma ($M = 7.05$; $DP = 8.29$).

Apesar da causa traumática implicar mudanças abruptas e repentinas na vivência pessoal de um indivíduo, resvalando em desequilíbrios psicológicos e numa diminuição da função física, parece que na nossa amostra o valor médio da insatisfação com o corpo é superior no grupo amputado por doença. Note-se que apenas 10% da variância na insatisfação é explicada por ter sido amputado por doença, por causa não conhecida ou por trauma, consistindo num efeito pequeno (Cohen, 1988). Estes resultados podem estar relacionados com a média elevada das idades dos participantes, já que a doença tendencialmente surge em grupos etários mais avançados, sendo que o trauma (por exemplo causado por episódios de guerra) pode ter sido ultrapassado de forma mais

$M = 8.71$; $DP = 9.16$], daí considerarmos mais sensato explorar a comparação de grupos equivalentes em termos numéricos.

satisfatória. Através da análise da média de idades de cada subgrupo verificámos que na causa traumática é de 45.50 ($DP = 14.98$) enquanto que por doença é de 61.33 ($DP = 11.83$), sendo que por causa desconhecida a média situa-se em valores intermédios (53.27; $DP = 16.27$). De ressaltar ainda que 68,4% dos amputados traumáticos passaram pelo fenómeno há mais de dez anos, enquanto 90% das amputações por doença foram até há dez anos atrás, daí que a variável tempo possa ter influenciado a diminuição da insatisfação corporal nos amputados por trauma.

No entanto em amputações traumáticas o nível de satisfação com o corpo parece sofrer um enorme impacto (com um sentimento de culpabilidade associado, pois surge o pensamento de que poderia ser evitado), comparativamente, por exemplo, à causa por doença, em que a controlabilidade do fenómeno parece estar fora do alcance do indivíduo, daí que estes dados devam ser analisados com maior atenção em estudos futuros. Sabe-se que é aconselhável oferecer um acompanhamento regular pelo menos até dois anos após a lesão nas amputações traumáticas (Perkins, De'Ath, Sharp, & Tai, 2012), no sentido de prevenir complicações futuras. No caso da nossa amostra somente 11 indivíduos amputados admitem frequentar um tratamento de reabilitação (com causa por doença e traumática) e apenas seis usufruem de apoio psicológico (com as três causas: trauma, doença, outra não especificada), apesar de 16 participantes considerarem o apoio do Psicólogo como *muito importante*. Daí que apesar das médias dos grupos serem apresentadas numa ordem diferente ao que seria esperado, sabemos que sentimentos de mágoa, descrença e revolta surgem mais associados numa amputação traumática do que originada numa doença, devendo os valores encontrados serem analisados à luz de características específicas da amostra.

f) *Utilização de prótese*

Para verificar esta sub-hipótese elaborou-se um *t-student* para amostras independentes, uma vez que se pretendiam avaliar as diferenças relativas à (in)satisfação corporal entre as médias (utilizadores de prótese e não utilizadores de prótese). Verificámos que não existem diferenças de médias estatisticamente significativas entre os dois grupos, $t(44) = 1.21$, $p = .23$, $d = .36$, e pela análise da magnitude do efeito estamos perante um efeito moderado (Cohen, 1988). Curiosamente, os não utilizadores de prótese ($M = 6.13$; $DP = 7.35$) apresentam níveis mais reduzidos de insatisfação comparativamente aos que usam prótese ($M = 9.61$; $DP = 9.84$).

De acordo com dados da literatura os utilizadores de prótese tendencialmente revelam uma insatisfação corporal mais reduzida, visto a prótese potenciar aos indivíduos uma maior independência, diminuindo os níveis de preocupação e os sentimentos de inferioridade, melhorando assim a imagem que o indivíduo tem de si (Chini & Boemer, 2007; Horgan & MacLachlan, 2004), o que não parece verificar-se nesta amostra. Mais uma vez a questão etária poderá explicar em parte os resultados encontrados. Pela análise das associações entre variáveis verificámos que quanto mais velhos mais insatisfeitos com o corpo, daí que a média de idades dos utilizadores de prótese ($M = 51.10$; $DP = 15.55$) ligeiramente superior em relação à dos não utilizadores ($M = 49.33$; $DP = 17.78$) possa apontar um caminho na compreensão destes valores inversamente encontrados ao que seria expectável.

Ademais, através do coeficiente de correlação momento produto de *Pearson* verifica-se que existe uma associação fraca e negativa, embora não significativa [$r(31) = -.16$, $p = .38$], entre o grau de satisfação com o uso da prótese e os níveis de insatisfação corporal, o que vai de encontro ao estudo de Murray e Fox (2002), que nos diz que níveis superiores de satisfação global com as próteses estejam correlacionados com níveis mais reduzidos de distúrbio da imagem corporal. No entanto será importante reproduzir estes dados em amostras numericamente superiores para se perceber se a (não) significância desta relação sofria alterações. Note-se que a perda de um membro implica uma reorganização de si mesmo, e da relação estabelecida com o resto do mundo, o que na maioria das vezes compromete o assimilar da prótese como substituto do membro suprimido (Lima & Leão, 2004). Contudo a maioria dos utilizadores revelou um grau de satisfação com a prótese elevado (*satisfeitos*) ($n = 15$).

3.1.4. Hipótese 4: Espera-se que a *idade*, a *sintomatologia psicopatológica* (depressão e ansiedade), a *satisfação com o suporte social* e a *autoestima global* sejam preditores⁴ significativos da (in)satisfação corporal dos amputados.

Para testar esta hipótese realizou-se uma regressão múltipla, com método simultâneo (*enter*), com a idade, a sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade),

⁴ De ressaltar que foram testados outros modelos com variáveis consideradas importantes, nomeadamente, a utilização de prótese, sendo que os resultados em termos dos valores de β e de p situaram-se ainda abaixo dos descritos na Tabela 3.

a satisfação com o suporte social e a autoestima global a entrarem como VIs (variáveis independentes) e a insatisfação corporal como VD (variável dependente) (cf. Tabela 3).

Apesar da regressão múltipla ser geralmente utilizada com amostras consideráveis (a relação de cinco sujeitos para uma VI não é aceitável), neste caso o critério de utilização parece estar assegurado com um resultado maior (46 sujeitos/5 VIs = 9.2).

Foram assegurados os pressupostos principais para a consecução da análise estatística, através da análise dos *outliers*, da multicolinearidade (em que um valor elevado é um problema para a validade da regressão, existindo valores no caso específico abaixo de 1), da estatística *Durbin-Watson* [$d = 2.2$], em que aparenta existir uma independência dos erros, não sendo observada uma autocorrelação entre os resíduos.

Tabela 3

Modelo de regressão múltipla: VIs (idade, sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade), satisfação com o suporte social e autoestima global); VD: insatisfação corporal.

Variáveis preditoras (VIs)	Insatisfação Corporal (VD)		
	<i>B</i>	β	<i>p</i>
Idade	.11	.19	.09
Depressão	1.15	.11	.53
Ansiedade	1.28	.11	.50
Satisfação com o suporte social	-.02	-.02	.90
Autoestima global	-.49	-.55	.002
$R = .81; R^2 = .65; R^2 \text{ ajustado} = .61$			

Verificamos que este modelo prediz significativamente a VD, $F(5, 40) = 14.88$, $p < .001$, explicando 65% da variância da insatisfação corporal. Pudemos constatar que a *autoestima global* ($\beta = -.55$, $p = .002$) é um preditor significativo e a *idade* ($\beta = .19$, $p = .09$) é um preditor marginalmente significativo ($p < .10$), mas não é o caso das dimensões *ansiedade* ($\beta = .11$, *ns*) e *depressão* ($\beta = .11$, *ns*) nem da *satisfação com o suporte social* ($\beta = -.02$, *ns*). Assim, podemos concluir que, e como seria esperado, quanto mais reduzido

for o valor dos participantes na autoestima global e mais velhos os participantes, mais elevado será o valor da insatisfação corporal.

Um estudo no âmbito da deficiência física mostra que no sexo masculino a necessidade de assistência, um elevado grau de depressão e reduzidos níveis de autoestima e de estima sexual predizem baixos níveis de estima corporal; enquanto no sexo feminino a idade e baixos níveis de autoestima e de estima sexual predizem os valores reduzidos de estima com o corpo (Taleporos & McCabe, 2005), sendo que a autoestima é comum aos dois grupos como preditores da estima corporal, o que acontece neste estudo em que surge como o único preditor significativo da VD. Numa outra investigação, entre as mulheres com deficiência física, 50% da variância na satisfação com a vida é explicada, entre outras, pela imagem corporal (Moin, Duvdevany, & Mazor, 2009), daí no modelo de predição deste estudo, variáveis relacionadas com o bem-estar global do indivíduo, como os sintomas depressivos e ansiogénicos e a satisfação com o suporte social também serem incluídas, apesar de não se assumirem como preditores significativos da insatisfação com o corpo.

3.2. Análise qualitativa dos dados (análise de conteúdo)

Exploração das representações pessoais dos indivíduos com amputação acerca da sua vivência corporal

A análise de conteúdo pretende tomar conhecimento daquilo que se situa por detrás das palavras que os indivíduos proferem, procurando novas realidades a partir do que as mensagens veiculadas tentam transmitir. As respostas a perguntas abertas de um questionário (análise de conteúdo de tipo classificatório) como sendo o caso específico deste estudo, implicam uma articulação permanente entre a teoria e a prática, privilegiando a dialética constante entre a criação de novas e enriquecedoras hipóteses e as interpretações mais ou menos sistematizadas dessa informação (Bardin, 2011). O processo de tratamento da informação passou por fases distintas, iniciando-se com uma primária organização dos dados e, posteriormente, uma leitura mais coerente e precisa das respostas codificando o texto, sempre que possível em categorias e subcategorias. Esta análise temática desenrolou-se através dos temas principais associados a cada questão (significado da amputação; sentimento face ao corpo; mudança na vivência corporal; importância atribuída

à imagem antes/depois da amputação; possibilidade de proceder a alterações no corpo; e de que forma essas alterações podem ser exequíveis).

A apresentação dos resultados terá como guião de análise o sistema de categorias e subcategorias que emergiu das respostas às perguntas abertas dos questionários pelos participantes. As nossas *unidades de análise* (elementos unitários de conteúdo submetidos a classificação) foram os temas que foram surgindo nas respostas dos participantes e estas foram sendo classificadas em categorias e subcategorias temáticas mutuamente exclusivas.

3.2.1. Significado da amputação

Tabela 4.

Síntese das categorias e subcategorias do significado da amputação

Categoria	Subcategoria	Frequência das unidades de análise (temas) (n = 63)	Definição
Acontecimento de vida	Incontrolável	4	Acontecimento de vida fora do controlo do indivíduo.
	Traumático	13	Acontecimento de vida que provocou um enorme trauma.
Mudança (readaptação)	Atitude perante a vida (reaprendizagem, oportunidade, desafio,...)	14	Mudança de atitude perante a vida, implicando uma readaptação (vista como uma reaprendizagem, uma oportunidade e um desafio a ultrapassar).
	Na situação profissional	4	Readaptação à situação profissional, após a amputação.
	Estilo de vida	3	Mudança nos hábitos e no estilo de vida, decorrente da amputação.
Perda	Física	10	Perda de uma parte do corpo, implicando uma limitação física.
	Outras	10	Perdas a vários níveis decorrentes da amputação: de qualidade de vida, dos sonhos, da identidade, da independência e da vida ativa.
Luto (resignação/aceitação)		5	Processo de luto e de adaptação/aceitação da nova condição física.

Quando se questionaram os participantes relativamente ao significado atribuído à amputação (cf. Tabela 4), a temática **acontecimento de vida** aparece em 26,9% das respostas (n = 17). Este acontecimento é visto como fora do controlo (n = 4) (*O acidente não deu escolha, então fui amputado* - n31) e, ainda, referido maioritariamente, como

causador de um enorme trauma (n = 13) na vivência pessoal do fenómeno (*No princípio pensei que fosse o fim do mundo* - n7; *Foi horrível* - n14), daí o surgimento de sintomas depressivos e de ansiedade (Horgan & MacLachlan, 2004) nos amputados. Estes dois exemplos de discurso podem ser discutidos à luz dos níveis de depressão observados no BSI (reveladores de níveis depressivos entre os 2,3 e os 4 pontos da escala, valores elevados em relação à média geral encontrada ($M = 0.90$; $DP = 0.91$). Note-se que cinco das dez mulheres do estudo consideraram o fenómeno como um acontecimento traumático.

Por outro lado, é vista pela maioria como uma enorme **mudança** (comprovada por 33,3% dos discursos - n = 21), quer da atitude perante a vida (*Uma nova condição física em que se olha para a vida com outros olhos* - n35), da situação profissional (*Passei à reforma após a amputação o que torna mais difícil ocupar o tempo* - n26) e dos hábitos e estilo de vida (... *Deixei de fazer desporto e reduzi bastante a minha atividade física* - n25). Para muitos, apesar de incidir num processo de readaptação consistiu também numa vasta **perda** [(representada por 31,7% (n = 20) de unidades de análise)], não só física (*Fiquei sem a perna* - n11), como englobando um sem número de outras lacunas ao bem-estar pessoal (*A perda de um sonho* - n16; *Deixei de ter uma vida activa e totalmente independente...* - n26). Daí as incapacidades geradas interferirem, por exemplo, na independência e na capacidade afetiva, ou na execução da atividade profissional (Oliveira, 2004).

Por fim, traduziu-se, para alguns, num processo de **luto** resolvido pela aceitação da condição (7,93%; n = 5) (*Amputação significou uma reviravolta na vida, mas tivemos que aprender a lidar* - n30). Este exemplo de resposta, e como quase todos aqueles pertencentes à categoria em questão, pode ser analisado, igualmente, tendo em conta os níveis depressivos observados (média de 0.7), distantes do ponto médio da escala (valor de “2”). Lucas et al. (2010) consideram que o impacto da perda de um membro pode ser equiparado ao desaparecimento de alguém próximo. No entanto, alguns indivíduos observam nesta experiência uma fase de crescimento psicológico (Rybarczyk et al., 1995).

3.2.2. Sentimento face ao corpo (na atualidade)

Tabela 5

Síntese das categorias e subcategorias dos sentimentos face ao corpo

Categoria	Frequência das unidades de análise (temas) (n = 22)	Definição
Sentimentos positivos	15	Sentimentos positivos face ao corpo (na atualidade)
Sentimentos negativos	7	Sentimentos negativos face ao corpo (na atualidade)

Relativamente aos sentimentos vivenciados face ao corpo, no momento atual (cf. Tabela 5), estes dividem-se em **positivos** (*Gosto imenso da forma como sou, sem qualquer tipo de complexos* - n36), mas também em **negativos** (*É óbvio que me observo com tristeza* - n25), embora tenha sido mais saliente a tonalidade positiva (n = 15; 68,2%) das respostas a esta questão. Aqui a variável tempo pode estar a influenciar as respostas de adaptação, daí os sentimentos positivos emergirem no momento atual; enquanto os aspetos negativos podem estar relacionados com uma maior dificuldade de aceitação da nova imagem e de resolução do processo de reintegração corporal. Note-se que os resultados obtidos através da análise estatística demonstram valores baixos de insatisfação corporal ($M = 8.48$, $DP = 9.17$, num máximo de 30 pontos), tendo em consideração o ponto médio da BIS, o que sustenta a positividade saliente nas respostas.

Tabela 6

Síntese das categorias e subcategorias dos sentimentos face ao corpo(2)

Categoria	Subcategoria	Frequência das unidades de análise (temas) (n = 38)	Definição
Sentimentos positivos/neutros		18	Sentimentos positivos/neutros em relação ao corpo (na atualidade).
Sentimentos positivos, mas exigiu um processo de luto/adaptação		6	Sentimentos positivos (na atualidade), mas implicou a conclusão positiva de um processo de luto face à perda.
	Limitações físicas	5	Sentimentos negativos, tendo por base as limitações físicas inerentes à amputação.
Sentimentos negativos	Limitações na relação com o outro	3	Sentimentos negativos em relação ao corpo, tendo por base as dificuldades na relação com o outro, inerentes à amputação.
	Identidade/ Feminilidade	2	Sentimentos negativos em relação ao corpo, tendo por base o sentimento de perda de identidade e perda de feminilidade.

Vivência emocional da perda (dor fantasma)	1	Sentimentos negativos em relação ao corpo, tendo por base a vivência emocional da perda, como o sentimento da “dor fantasma”.
---	---	---

Quanto à forma como os participantes se sentem relativamente a um corpo “diferente” (cf. Tabela 6), cerca de 47,4% (n = 18) dos discursos refletem a **ausência plena de revolta/indignação** (*Não, quase me esqueço de que sou deficiente* - n6), enquanto a **ausência destes sentimentos após um processo de adaptação** (*Aprendi a aceitar* - n26) foi saliente em 15,8% (n = 6) das respostas. Também fica explícito o **cariz perturbador** (36,8%; n = 14) causado principalmente por limitações físicas (*A única coisa que me perturba é a falta dos membros inferiores* - n5), seguidas das funcionais (*Presa num corpo limitado em parte das suas funções* - n27), na relação com o outro (*...mas a falta das mãos condiciona a manifestação dos afetos* - n9), a nível da identidade/feminilidade (*Parece que falta metade de mim* - n23); *Algumas vezes não me sinto feminina. Sinto falta de usar novamente um sapato de salto alto* - n26) e no que se refere à vivência emocional da perda [*...e continuo a sentir dores (dor fantasma)* - n12]. Muitas vezes o indivíduo vê na amputação um aniquilar de si próprio e das suas funções não se reconhecendo no novo corpo (Galván & Amiralian, 2009) e na relação com o outro. Note-se que os participantes ligados a estes discursos revelam níveis de autoestima global a rondar os 47 pontos e de satisfação com o suporte social a aproximar-se dos 56 pontos (de acordo com as pontuações das escala), valores abaixo do valor médio obtido pela amostra total. Apesar da limitação física ter sido referida como a principal fonte de revolta, as categorias menos referenciadas relacionadas com a perda de identidade/feminilidade (muito ligada à autoestima) e da relação com o outro (suporte social) podem não ter contribuído de forma efetiva para valores mais reduzidos serem observados. O discurso que refere a questão das dores fantasma liga-se a um participante não utilizador de prótese, o que pode estar a dificultar o processo de adaptação ao novo corpo, não existindo conhecimento do ano em que terá sido amputado.

3.2.3. Mudança na vivência corporal (com a amputação)

Tabela 7

Síntese das categorias e subcategorias da mudança na vivência corporal

Categoria	Subcategoria	Frequência das unidades de análise (temas) (n = 33)	Definição
Perda/Mudança (física, funcional, de autonomia)		21	Perda e mudanças a nível físico e no campo da funcionalidade, com comprometimento da autonomia, após a amputação.
Inevitabilidade do uso de auxiliares técnicos (descontentamento)		2	Necessidade do recurso a auxiliares técnicos (como as próteses).
Vivência emocional da experiência (sobretudo, exclusivamente negativa)		6	Sentimentos, sobretudo negativos, provocados pela amputação.
Identidade corporal	Incompletude	2	Sentimento de incompletude em relação ao corpo com comprometimento da identidade corporal.
	Menos feminina	2	Sentimento de perda do lado feminino, com comprometimento da identidade do próprio corpo.

Em relação às mudanças na vivência do corpo, após a amputação (cf. Tabela 7), as respostas apontam maioritariamente para sentimentos de uma enorme **perda/mudança** (63,6%; n = 21), a nível físico, funcional e de autonomia, (...*mas antes conseguia fazer muitas coisas que agora não consigo* - n27; ...*agora sinto um corpo um pouco limitado* - n8). Em segundo lugar, 18,2% (n = 6) dos discursos permeiam uma **vivência emocional da experiência** (sobretudo negativa) (*Antes sentia-me feliz e agora não* - n14), seguida do impacto ao nível da **identidade** corporal (12,1%; n = 4), com sentimentos de incompletude (*Via-me completo* - n24); e o facto das mulheres se sentirem menos femininas (...*O facto de não poder utilizar um sapato de salto alto com uma saia, calça de tecido são situações que deixam alguma nostalgia* - n26), sendo que a incapacidade física é descrita como associada a fenómenos de perda de identidade (Oliveira, 2004), como já vimos. Por fim, é referida a **inevitabilidade do uso de auxiliares técnicos** (6,1%; n = 2) (*Sem as próteses vejo o meu corpo de forma diferente, de forma preconceituosa (mais alvo de preconceito). Não me sinto completo sem as próteses* - n9). É importante salientar que 31 sujeitos da amostra recorrem ao uso da prótese.

3.2.4. Importância atribuída à imagem antes/depois da amputação

Tabela 8

Síntese das categorias e subcategorias da importância atribuída ao corpo antes/depois da amputação

Categoria	Subcategoria	Frequência das unidades de análise (temas) (n = 25)	Definição
Grau de Importância	Mais importante antes	5	Maior importância atribuída ao corpo antes da amputação.
	Igualmente importante	11	Igual importância atribuída ao corpo antes e depois da amputação.
	Mais importante depois	1	Maior importância atribuída ao corpo depois da amputação.
	Sem importância	8	Ausência de importância atribuída ao corpo antes e depois da amputação.

Quanto à **importância** da imagem corporal (cf. Tabela 8), as respostas dos participantes indicaram na sua maioria como sendo igualmente importante (44%; n = 11) (*Atribuo importância à minha imagem de igual modo, não existe diferença* - n9), seguido da falta de importância (32%; n = 8) (*Para mim o que mais importa é o interior, as emoções, o nosso eu. Não dou muita importância ao exterior* - n1), como mais importante antes (20%; n = 5) (*Antes atribuía mais importância à imagem do que hoje. Só me lembro da prótese ao deitar, ao olhar para aquilo e ver que não era assim* - n7), e, por último, mais importante depois (4%; n = 1) (*...Após a amputação, tento cuidar mais da imagem quando saio (ex:colar)* - n26), denotando-se uma variabilidade na forma como valorizam a autoimagem. A participante que considera a imagem do corpo mais importante após o fenómeno é uma viúva, amputada dos dois membros inferiores, há cerca de cinco anos, de causa traumática, o que pode estar relacionado com o impacto ainda maior da perda simultânea de dois membros.

3.2.5. Possibilidade de proceder a alterações corporais

Tabela 9

Síntese das categorias e subcategorias quanto à possibilidade de proceder a alterações corporais

Categoria	Frequência das unidades de análise (temas) (n = 53)	Definição
Nenhuma alteração	20	Necessidade nula de alteração de componentes do corp.
Recuperar membro/imagem	17	Recuperação do membro perdido e da imagem alterada pela amputação.
Recuperar funcionalidade	4	Resgate da funcionalidade corporal, retirada pela perda do membro.
Perder peso/ Melhorar condição física	4	Perda de peso e melhoria da condição física.
Tratamentos estéticos	4	Realização de tratamentos estéticos.
Melhorar dos problemas de saúde	2	Melhoria dos problemas de saúde existentes.
Eliminação das dores (fantasma)	2	Eliminação das dores fantasma inerentes ao processo de amputar um membro.

Em relação a alterações no corpo, caso fossem possíveis de concretizar (cf. Tabela 9), a maioria dos discursos dos participantes dizem-nos que **não se submeteriam a qualquer mudança** (37,7%; n = 20) (*Penso que não mudaria nada* - n1), o que mais uma vez pode ser analisado à luz dos valores de insatisfação corporal, abaixo do que seria esperado, tendo em conta o ponto médio da escala.

Em segundo lugar, é enfatizada a **recuperação do membro/imagem** (32,1%; n = 17) (*...a não ser acrescentar a perna que me falta* - n25). As respostas traduzem ainda, em menor proporção, o **resgate da funcionalidade** (7,5%; n = 4) (*Claro que se pudesse de alguma forma voltar a fazer as coisas que fazia antes do acidente, certamente que as fazia* - n8), a **perda de peso e a melhoria da condição física** (7,5%; n = 4) e dos **problemas de saúde** (7,5%; n = 4), a **realização de tratamentos estéticos** (3,8%; n = 2) (*Quando puder gostaria de realizar uma rinoplastia (tenho o septo ligeiramente desviado)* - n16) e, ainda, a **eliminação das dores (fantasma)** (3,8%; n = 2) (*O que mudou no meu corpo foi principalmente os sentimentos de dedos inexistentes e por vezes dores fantasmas* - n41). Algumas investigações sugerem que a dor fantasma pode ser a expressão da tentativa de reintegração da imagem do corpo (Benedetto et al., 2002), daí que seja importante para os indivíduos amputados eliminar esta sensação.

3.2.6. Como (re)criar uma nova imagem do corpo?

Tabela 10

Síntese das categorias e subcategorias quanto à forma de recriar uma nova imagem do corpo

Categoria	Frequência das unidades de análise (temas) (n = 34)	Definição
Desenvolvimento tecnológico e funcional das próteses	9	Desenvolvimento eficaz a nível da tecnologia e da funcionalidade das próteses.
Aceitação da condição	8	Aceitação da nova condição criada com o processo de amputação.
Autocuidados	4	Investimento em cuidados pessoais.
Exercício físico/ Alimentação saudável	3	Realização de exercício físico e manutenção de uma alimentação saudável.
Incremento do suporte social	2	Incremento do suporte social.
Adaptação das condições de trabalho/acessibilidades	2	Adaptação das condições laborais e das acessibilidades ao indivíduo amputado.
Falta de solução	6	Ausência de solução na recriação da imagem corporal.

Para a recriação desta nova imagem (cf. Tabela 10), dos discursos salienta-se o **desenvolvimento tecnológico e funcional das próteses** (26,5%; n = 9), a **aceitação da condição** (23,5%; n = 8) (*Convivendo com normalidade* - n33), o investimento em **autocuidados** (11,8%; n = 4) (*...Preciso de investir em mim, na minha beleza, autoestima* - n16), a prática de **exercício físico** e a realização de uma **alimentação saudável** (8,8%; n = 3). Além disso, focaram também o **incremento do suporte social** (5,9%; n = 2) (*Com mais apoios tanto familiares, amigos; assim como do estado* - n18), explicado pela importância da satisfação com o suporte social no agrado generalizado com a vida (Hohaus & Berah, 1996). Note-se que estes dois participantes (um do sexo feminino e outro do sexo masculino) revelam níveis de satisfação com o suporte social entre o valor “50” e o “57” (o valor médio da escala total foi de 58,63), sendo que a mulher demonstra níveis de SA, IN, SF e AS sempre abaixo do ponto médio das quatro dimensões. Ainda foram salientadas: a **adaptação das condições de trabalho/acessibilidades** (5,9%; n = 2) (*...e ginásios adaptados à condição dos amputados* - n38) e a **ausência de solução** (17,6%; n = 6).



CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Este estudo pretendeu compreender o impacto da amputação na imagem corporal, relacionando-a com o ajustamento psicossocial dos indivíduos amputados (tendo em conta os níveis de depressão e de ansiedade, da satisfação com o suporte social e da autoestima global).

Pelas análises efetuadas foi possível compreender que os participantes revelaram níveis de insatisfação corporal abaixo do ponto médio da BIS, não diferindo dos valores obtidos em outras amostras clínicas que recorreram ao mesmo instrumento como LVM, mulheres a vivenciar a infertilidade ou, ainda, mulheres com fibromialgia. Em populações clínicas é expectável que a satisfação com o corpo sofra alterações, sobretudo se pensarmos nas vicissitudes que indivíduos amputados (ou com outras problemáticas associadas a nível clínico) tendem a vivenciar, o que terá repercussões na imagem de si e do seu corpo, “mutilado” pela perda. O facto de não terem sido encontrados níveis mais reduzidos de insatisfação com o corpo, pode ser explicado pela reintegração positiva das limitações físicas (Benedetto et al., 2002). Esta reintegração eficaz da perda de uma parte corporal será, ainda, apoiada nos valores de sintomatologia psicopatológica, de satisfação com o suporte social e de autoestima global abaixo do ponto médio das escalas. Parece que um ajustamento psicossocial positivo (Rybarczyk et al., 1995), uma perceção de apoio satisfatória, o desenvolvimento da capacidade de lidar com as dificuldades (Matheus & Pinho, 2006) e um processo de resolução eficaz da perda, promotor de maior autoestima, tendem a justificar os dados mais salientes das análises descritivas.

Por outro lado, ao compreender as relações entre as variáveis do estudo, prevalece a relação entre um autoconceito positivo e a satisfação com as características do próprio corpo (Menezes, 2008; Rosen & Ross, 1968) e um dos resultados mais importantes a reter será o facto do preditor mais significativo da insatisfação corporal ser a autoestima global, indo ao encontro do que a literatura nos indica no âmbito da defiência física com a variável a funcionar como uma preditora da estima com o corpo (Taleporos & McCabe, 2005).

Uma das associações mais salientes é certamente entre a insatisfação corpórea e a satisfação com o suporte social. Isto são dados importantes com implicação na prática interventiva com esta população porque será a imagem positiva de um corpo percecionado como satisfatório (ou vice-versa) que permitirá uma (re)construção de significados. Este processo poderá ser feito gradualmente no sentido de resolver a perda, e caso o indivíduo

amputado permaneça rodeado dos indivíduos mais significativos e que representem uma fonte de apoio efetivo, será mais fácil melhorar a imagem do corpo e de si. A tentativa de investir em atividades em sociedade, como pertença a grupos ou associações, poderá ser uma boa alternativa na tentativa de melhorar a autoimagem e caminhar rumo a uma maior integração do “novo corpo”. Verificou-se também uma ligação entre a existência de um humor mais depressivo e níveis ansiogénicos elevados, com a (in)satisfação com o corpo amputado. Será importante em investigações futuras compreender a influência efetiva destas variáveis na imagem corporal, através de uma avaliação mais pormenorizada, conseguida por exemplo por instrumentos mais específicos para cada quadro sintomatológico (depressão e ansiedade), já que neste estudo foram utilizadas duas dimensões específicas de um questionário mais global (o BSI).

A idade surge como uma variável importante nesta grelha de análise, contrapondo um resultado mais geral encontrado na literatura que nos aponta os mais velhos a avaliarem positivamente o bem-estar (Diogo, 2003), enquanto a nossa investigação nos indica que quanto mais elevada a idade, mais reduzida a satisfação corporal. Note-se que esta variável surge igualmente como um preditor marginalmente significativo da insatisfação corpórea, apesar do valor reduzido de *Beta* ($\beta = .19$). Quanto ao tempo de amputação (ter sofrido a amputação há um ano, entre dois a dez anos ou há mais de dez anos), constatou-se que explica 27% da variância da insatisfação corporal. Assim, futuramente será importante reter a importância desta variável com a população em questão, pois, com o tempo, parece surgir uma retoma da capacidade em enfrentar as adversidades, como já o dissemos. Apesar dos grupos mais extremados não apresentarem as médias mais opostas nesta investigação, a verdade é que o grupo de indivíduos que sofreu a amputação mais recentemente demonstra os valores de insatisfação mais elevados, como seria esperado encontrar. De ressaltar a ausência de estudos longitudinais neste âmbito, que permitissem compreender a vivência corporal e o ajustamento psicossocial ao longo do tempo, ajudando a clarificar melhor *como* é que estas variáveis se relacionam. Daí que a promoção deste género de estudos no futuro será importante pois permitirá analisar as ligações e a influência de aspetos chave na insatisfação com o corpo amputado.

Uma potencialidade deste estudo pensamos ser o valor conjunto da análise quantitativa e qualitativa cujas significações emergentes traduzem muitas vezes pontos de vista complementares e que acrescentam leituras mais integrativas que podem trilhar novos caminhos rumo à compreensão do fenómeno de ser amputado, sobretudo, a nível do impacto na imagem corporal. Nos discursos dos participantes foi saliente o facto da

amputação ser considerada quer como um acontecimento de vida (traumático ou incontrollável) quer como uma enorme mudança (de atitude perante a vida, por exemplo). Além disso como tradução de uma perda não só física como de um processo de luto resolvido pela aceitação da nova condição, o fenómeno liga-se a respostas que maioritariamente explicam sentimentos positivos face ao corpo. Logo os valores positivos encontrados nas variáveis centrais do estudo, tendo em conta os valores médios das escalas utilizadas, indicam pistas para a compreensão dos discursos em que a perda de uma parte do corpo aparenta estar positivamente resolvida. Seria curioso compreender de forma mais exhaustiva qual o impacto da amputação nas representações do corpo, tendo em conta aspetos relacionados e já explicitados no âmbito da investigação, através de guiões de entrevista que permitissem leituras mais aprofundadas, por exemplo.

Apesar dos valores não esperados que encontramos quanto ao efeito da utilização de prótese e da causa de ser amputado na insatisfação corporal, a influência da idade e do tempo de amputação terá de ser estudada com mais cuidado e repercutida, se possível, em novos estudos. Pois será importante compreender se os auxiliares técnicos, tendencialmente associados à melhoria da imagem do corpo, funcionam de igual forma conforme o grupo etário e o tempo em que a amputação ocorreu. Na análise qualitativa o desenvolvimento tecnológico e funcional das próteses foi dos aspetos mais focados caso fosse possível a recriação de uma nova imagem corporal, o que alerta ainda mais para a mais-valia destas análises no futuro.

Em termos das limitações do estudo será crucial considerar a dimensão da amostra ($n = 46$) e o método de amostragem que invalida a generalização dos resultados (ausência de representatividade) e cujas interpretações deverão ser efetuadas com o maior cuidado possível. Note-se que uma das maiores dificuldades para a concretização do estudo foi de facto o difícil acesso à população clínica. Em estudos futuros a presença de amostras maiores seria uma mais-valia para compreensão do fenómeno da amputação.

Por outro lado, esta dificuldade de acesso comprometeu desde logo a divisão dos participantes em termos de sexo, por exemplo (amostra maioritariamente masculina) ou de acordo com o nível de amputação (sobretudo amputados de membro inferior), o que poderá ter enviesado alguns dos resultados. Igualmente, a não utilização de um grupo de controlo que permitisse uma comparação efetiva com a população em geral poderá ser visto como um *handicap* do estudo.

Além disso, a utilização da BIS (instrumento avaliador da satisfação corporal sobretudo relativamente à aparência física) não permite analisar todas as dimensões da

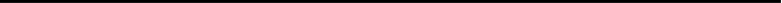
imagem do corpo, assumindo-se como um entrave à interpretação global da mesma. O desenvolvimento e aplicação de instrumentos mais estruturantes poderiam ser pontos-chave para o conhecimento mais integrado de todo o processo da amputação. Também o facto da BIS não se encontrar validada e adaptada à população amputada poderá ser um aspeto a ter em consideração já que o processo de validação de instrumentos específicos para indivíduos amputados poderia traduzir enormes ganhos em termos de investigação. De salientar, contudo, que este instrumento revelou boas qualidades psicométricas com esta população, o que traduz um pequeno avanço rumo à sua posterior utilização noutros estudos com amputados.

Uma clara restrição do estudo encontra-se relacionada com o facto da causa de amputação não especificada (no questionário a opção era apresentada como “Outra”) não ter sido explorada em termos escritos, visto que ficou perceptível no contacto com os indivíduos que a vitimação de guerra foi interpretada algumas vezes não como um trauma, quando poderia ser assim integrada, mas como outra categoria. Também a menor utilização e análise de variáveis importantes como o apoio económico, a frequência de tratamentos de reabilitação ou o recurso ao apoio psicológico é de enfatizar, visto o número de indivíduos inseridos nas mesmas ser bastante reduzido, quando comparado com o número total da amostra.

Quanto às potencialidades do estudo é de salientar que pretendeu contrapor a incipiente investigação ainda realizada na área com esta população clínica, fornecendo uma leitura focada não só na interpretação das variáveis quantificáveis pelas escalas como analisando as representações idiossincráticas quanto à vivência do corpo. Pretendeu-se, ainda, alertar para a importância de um acompanhamento mais regular em termos de apoio psicológico e de recurso a tratamentos de reabilitação, no sentido de atingir cada vez mais uma reintegração eficaz da perda do membro corporal, minimizando o impacto desta na imagem do corpo e no ajustamento psicossocial. Será importante fornecer informação e formação aos profissionais de saúde na prestação de um auxílio eficaz a esta população. No sentido de colmatar quer as limitações físicas (quer de outra ordem) um eficaz desenvolvimento tecnológico das próteses poderá funcionar como uma variável que contribuirá para uma melhor imagem de si e do seu corpo. Uma imagem que no corpo amputado traduz inúmeros desafios e (re)construções...



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, L. & Falkenbach, A. P. (2009). Imagem corporal em indivíduos amputados. *Efdeportes*, 131.
- Alves, D., Pinto, M., Alves, S., Mota, A., & Leirós, V. (2009). Cultura e imagem corporal. *Motricidade*, 5(1), 1-20.
- Andrade, G. R. B. (2001). *Grupo de apoio social no hospital - o caso do "lutando para viver"*. Dissertação de Pós-Graduação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Antunes, R. (no prelo). *A imagem corporal na infertilidade: a infertilidade no feminino*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Atherton, R., & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1201-1209.
- Azevedo, M. D. (2013). *A dor vivida num corpo crónico: fibromialgia e imagem corporal*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Barbosa, M. R. (2001). *A vinculação aos pais e a imagem corporal de adolescentes e jovens*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Barbosa, M. R. (2008). *Contextos relacionais de desenvolvimento e vivência corporal*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 547-554.
- Batista, P. M. F. (1995). *Satisfação com a imagem corporal e autoestima – estudo comparativo de adolescentes envolvidas em diferentes níveis de atividade física*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.
- Beard, J. D. (2000). Chronic lower limb ischemia. *BMJ*, 320, 854-857.
- Benedetto, K. M., Forgione, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. *Ata Fisiátrica*, 9(2), 85-89.

- Blinde, E. M., & McClung, L. R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: accounts of individuals with physical disabilities. *Human Kinetics*, 14, 327-344.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Buchanan, N. T., Bluestein, B. M., Nappa, A. C., Woods, K. C., & Depatie, M. M. (2013). Exploring gender differences in body image, eating pathology, and sexual harassment. *Body Image*, 10, 352-360.
- Campana, A. N. N. B., & Tavares, M. C. G. C. F. (2009). *Avaliação da imagem corporal – instrumentos e diretrizes para a pesquisa*. São Paulo: Phorte Editora.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol.II, pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press.
- Chini, G. C. O., & Boemer, M. R. (2007). A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 330-336.
- Cobb, S. (1976). Social suport as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Costa, F. (no prelo). *A imagem corporal em lesionados vértebro-medulares: a relação com a depressão, a ansiedade, a satisfação com o suporte social e a autoestima global*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Datta, D., Selvarajah, K., & Davey, N. (2004). Functional outcome of patients with proximal upper limb deficiency – acquired and congenital. *Clinical Rehabilitation*, 18, 172-177.
- Demidoff, A. O., Pacheco, F. G., & Sholl-Franco, A. (2007). Membro-fantasma: o que os olhos não veem, o cérebro sente. *Ciências & Cognição*, 12, 234-239.
- Dias, M. A. A. R. (2006). *Qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida: um estudo em indivíduos amputados do membro inferior*. Dissertação de

Mestrado em Ciências do Desporto. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

- Diogo, M. J. D. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13(6), 395-399.
- Donohue, S. J. (1997). Lower limb amputation 1: indications and treatment. *British Journal of Nursing*, 6(17), 970-977.
- Dorak, F. (2011). Self-esteem and body image of turkish adolescent girls. *Social Behavior and Personality*, 39(4), 553-562.
- Ehde, D. M., Czerniecki, J. M., Smith, D. G., Campbell, K. M., Edwards, W. T., Jensen, M. P., Robinson, L. R. (2000). Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1039-1044.
- Esquenazi, A. (2004). Amputation rehabilitation and prosthetic restoration - from surgery to community reintegration. *Disability and Rehabilitation*, 26 (14/15), 831-836.
- Faria, L., & Silva, S. (2000). Efeitos do exercício físico na promoção do autoconceito. *Psychologica*, 25, 25-43.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(23), 361-371.
- Fisher, K., & Hanspal, R. S. (1998). Phantom pain, anxiety, depression, and their relation in consecutive patients with amputated limbs: case reports. *BMJ*, 316, 903-904.
- Frank, G. (1988). Beyond stigma: visibility and self-empowerment of persons with congenital limb deficiencies. *Journal of Social Issues*, 44(1), 95-115.
- Friedman, M. A., Dixon, A. E., Brownell, K. D., Whisman, M. A., & Wilfley, D. E. (1999). Marital status, marital satisfaction, and body image dissatisfaction.
- Gabriel, M. R. S. (2001). *El paciente amputado: labor de equipo*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Galván, G. B., & Amiralian, M. L. T. M. (2009). Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 391-398.
- Hancock, P., Hughes, B., Jagger, E., Paterson, K., Russell, R., Tulle-Winton, E., & Tyler, M. (2000). *The body, culture and society*. Philadelphia: Open University Press.
- Hohaus, L., & Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage, and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering midlife/mid-career. *Psychology & Health*, 11(5), 715-731.

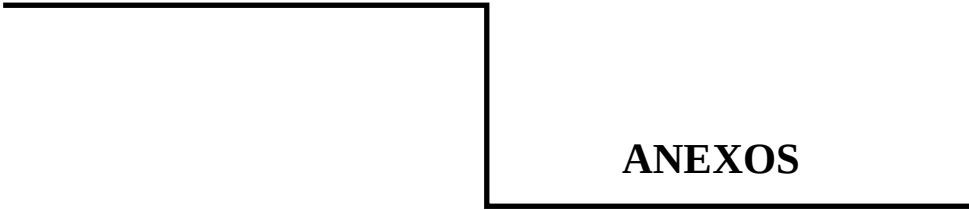
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 189-197.
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 837-850.
- Kelley, R. (2007). Health and well-being of amputees. *Oandpbiznews*, 38-40.
- Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Lease, S. H., Cohen, J. E., & Dahlbeck, D. T. (2007). Body and sexual esteem as mediators of the physical disability–interpersonal competencies relation. *Rehabilitation Psychology*, 52(4), 399-408.
- Lima, C. L., & Leão, M. L. S. L. (2004). *Alteração da imagem corporal percebida por pacientes diabéticos amputados: uma revisão da literatura*. Monografia de especialização em Psicologia Hospitalar. Recife: Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste.
- Lorenzi, P., Hardoy, M. C., & Cabras, P. L. (2000). Life crisis and the body within. *Psychopathology*, 33(6), 283-291.
- Lucas, L. P. P., Barichello, E., Zuffi, F. B., & Barbosa, M. H. (2010). A percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em relação à amputação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 535-538.
- MacLachlan, M., Desmond, D., & Horgan, O. (2003). Psychological correlates of illusory body experiences. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40(1), 59-66.
- Marques, M. S. Q. (2008). *Sentimento de perda: vivências da mulher com amputação do membro inferior*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Marshall, C., & Stansby, G. (2010). Amputation and rehabilitation. *Vascular Surgery II*, 28(6), 284-287.
- Mataruna, L. (2004). Imagem corporal: noções e definições. *Efdeportes*, 71.
- Matheus, M. C. C., & Pinho, F. S. (2006). Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), 49-55.
- Mather, R. (2008). *Hegel, dostoyevsky and carl rogers: between humanism and spirit*. *History of Human Sciences*, 21(1), 33-48.

- McNicholas, S. L. (2002). Social support and positive health practices. *Western Journal of Nursing Research*, 24(7), 772-787.
- Melo, J. P. (1994). *Desenvolvimento da consciência corporal: uma experiência da educação física na idade pré-escolar*. Dissertação de Mestrado em Educação Física. São Paulo: Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas.
- Menezes, M. M. P. N. C. (2008). *Satisfação conjugal, autoestima e imagem corporal em indivíduos ostomizados*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Miller, P. D. (1995). *Fitness programming and physical disability*. USA: Human Kinetics.
- Moin, V., Duvdevany, I., & Mazor, D. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality & Disability*, 27, 83-95.
- Morais, W. L., & Alencar, A. M. P. G. (2008). Diabetes mellitus: a vivência do cliente frente à amputação. *Cadernos de Cultura e Ciência*, 1(1), 70-82.
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A. & Canavarro, M. C. (2010). The portuguese version of the body image scale (BIS): psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 11-118.
- Morgado, F. F. R., Ferreira, M. E. C., Andrade, M. R. M., & Segheto, K. J. (2009). Analysis of the body image evaluation instruments. *Fitness & Performance Journal*, 8(3), 204-211.
- Murray, C. D., & Fox, J. (2002). Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee. *Disability and Rehabilitation*, 24(17), 925-931.
- Nikolajsen, L., & Jensen, T. S. (2001). Phantom limb pain. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 107-116.
- Nogueira, E. J. (2001). *Rede de relações sociais - um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 4(18), 437-453.
- Oliveira, R. A. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 63-67.
- Padula, P. A., & Friedmann, L. W. (1987). Acquired amputation and prostheses before the sixteenth century. *The Journal of Vascular Diseases*. 133-141.

- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo Editora.
- Paterson, K., & Hughes, B. (1999). Disability studies and phenomenology: the carnal politics of everyday life. *Disability & Society*, 14(5), 597-610.
- Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G., & Tai, N. R. M. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *British Journal of Surgery*, 99(1), 75–86.
- Phelps, L. F., Williams, R. M., Raichle, K. A., Turner, A. P., & Ehde, D. M. (2008). The importance of cognitive processing to adjustment in the 1st year following amputation. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 28-38.
- Phillips, C. (2001). Re-imagining the (dis)abled body. *Journal of Medical Humanities*, 22(3), 195-208.
- Ramachandran, V. S., & Blakeslee, S. (2004). *Fantasma no cérebro*. São Paulo: Editora Record.
- Rechineli, A., Porto, E. T. R., & Moreira, W. W. (2008). Corpos deficientes, eficientes e diferentes: uma visão a partir da educação física. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 14(2), 293-310.
- Ribeiro, P. R. L., & Tavares, M. C. F. (2011). As contribuições de seymour fisher para os estudos em imagem corporal. *Motricidade*, 7(4), 83-95.
- Rommers, G. M., Vos, L. D., Groothoff, J. W., & Eisma, W. H. (2001). Mobility of people with lower limb amputations: scales and questionnaires: a review. *Clinical Rehabilitation*, 15, 92–102.
- Rosen, G. M., & Ross, A. O. (1968). Relationship of body-image to self-concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(1), 100.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2011). Body image and congenital conditions resulting in visible difference. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds), *Body image: a handbook of science, practice, and prevention* (pp. 253-260). New York: The Guilford Press.
- Rybarczyk, B., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Cash, S. M., & Kaiser, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 95-110.

- Rybarczyk, B., Edwards, R., & Behel, J. (2004). Diversity in adjustment to a leg amputation: case illustrations of common themes. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 944-953.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter III, E. H., & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47(2), 156-163.
- Schilder, P. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (1996). The body line controversy: a new direction for disability studies? *Hull Disability Studies Seminar*. Leeds, England.
- Singh, R., Hunter, J., & Philip, A. (2007). The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 21, 754-759.
- Sousa, A. I. C. A. (2009). *A experiência vivida da pessoa com amputação através do corpo – influência da prática de atividade física*. Dissertação de Mestrado em Atividade Física Adaptada. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Stone, S. D. (1995). The myth of bodily perfection. *Disability & Society*, 10(4), 413-424.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability*, 19(4), 293-308.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology and Health*, 20(5), 637-650.
- Teixeira, I. (2008). O resgate da autoestima: o desafio de superar as repercussões do tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 19(1), 51-69.
- Valverde, P. R., Santos, F. R., & Rodríguez, C. M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Vaz-Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Psicológica*, 2(6), 101-110.
- Wald, J., & Alvaro, R. (2004). Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors. *Journal of Rehabilitation*, 70(4), 6-15.

- Watson, J., Cunningham-Burley, S., Watson, N., & Milburn, K. (1996). Lay theorizing about 'the body' and implications for health promotion. *Health Education Research*, 11(2), 161-172.
- WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*. Genova: World Health Organization.
- Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. (2009). Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 634-645



ANEXOS

Anexo 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n = 46)

Tipo de preenchimento	Autonomamente			Com apoio de um administrador	
n	41			5	
Sexo	Masculino			Feminino	
n (%)	36 (78,3%)			10 (21,7%)	
Idade	Média	Desvio-Padrão	Valor mínimo	Valor máximo	
	50,52	16,13	22	84	
Habilitações Académicas	1º ciclo (instrução primária completa)	2º ciclo (6º ano)	3º ciclo (9º ano)	Ensino Secundário	Ensino Universitário
n e %	12 (26,1%)	7 (15,2%)	5 (10,9%)	13 (28,3%)	9 (19,6%)
Estado Civil [valores omissos: 2,2% (n=1)]	Solteiro(a)	União de facto	Casado(a)	Separado/ Divorciado (a)	Viúvo(a)
n e %	10 (22,2%)	4 (8,9%)	24 (53,3%)	4 (8,9%)	3 (6,7%)
Agregado Familiar [valores omissos: 2,2% (n=1)]	Vive sozinho(a)			Vive acompanhado(a)	
n (%)	5 (11,1%)			40 (88,9%)	
Número de irmãos	Valor mínimo			Valor máximo	
	0			9	
Apoio económico [valores omissos: 2,2% (n=1)]	Sim			Não	
n (%)	12 (26,7%)			33 (73,3%)	
Causa da amputação	Congénita	Devido a tumor	Trauma	Doença	Outras causas
n (%)	2 (4,3%)	1 (2,2%)	20 (43,5%)	12 (26,1%)	11 (23,9%)
Nível da amputação [valores omissos: 4,3% (n=2)]	Membro inferior	Membro superior	Membro inferior e superior		
n (%)	36 (81,8%)	7 (15,9%)	1 (2,3%)		
Ano da primeira amputação	Valor mínimo			Valor máximo	
	1965			2013	

Ano das restantes amputações	Valor mínimo			Valor máximo	
	2003			2013	
Utilização de prótese	Sim			Não	
n (%)	31 (67,4%)			15 (32,6%)	
Tipo de uso da prótese	Temporário			Definitivo	
n = 31	8 (25,8%)			23 (74,2%)	
Nível de satisfação com o uso da prótese	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
n = 31	1 (3,2%)	1 (3,2%)	6 (19,4%)	15 (48,4%)	8 (25,8%)
Doença/Lesão	Sim			Não	
n (%)	19 (41,3%)			27 (58,7%)	
Doença/Lesão na família [valores omissos: 2,2% (n=1)]	Sim			Não	
n (%)	16 (35,6%)			29 (64,4%)	
Tratamento de reabilitação	Sim			Não	
n (%)	11 (23,9%)			35 (76,1%)	
Acompanhamento ao local do tratamento	Sim			Não	
n = 11	5 (45,5%)			6 (54,5%)	
Grau de satisfação com o tratamento	Muito satisfeito		Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	
n = 11	5 (45,5%)		4 (36,4%)	2 (18,2%)	
Acessibilidade ao local de tratamento	Muito acessível		Acessível	Nem pouco nem muito acessível	
n = 11	2 (18,2%)		8 (72,7%)	1 (9,1%)	
Frequência do tratamento					
n = 11	Em média, entre 2 a 3 vezes por semana				
Apoio psicológico	Sim			Não	
n (%)	6 (13%)			40 (87%)	
Importância atribuída ao apoio psicológico (quer usufruindo de apoio ou não) [valores omissos: 26,1% (12)]	Pouco importante	Nem pouco nem muito importante		Importante	Muito importante
n (%)	3 (8,8%)	8 (23,5%)		7 (20,6%)	16 (47,1%)

Anexo 2. Questionário sociodemográfico, clínico e psicossocial

Questionário Sociodemográfico, Clínico e Psicossocial

Data:			
-------	--	--	--

Nº Questionário:			
------------------	--	--	--

1. Este questionário foi preenchido: Pelo participante ☐

Com apoio do administrador ☐

Dados sócio-demográficos

2. Sexo: M ☐ F ☐

3. Idade: _____ 4. Data de Nascimento: __/__/__

5. Nacionalidade: _____

6. Nº de irmãos: _____

7. Local de residência(terra/local): _____

8. Com quem reside (agregado familiar): _____

9. Estado civil:

Solteiro(a)	☐
União de facto	☐
Casado(a)	☐
Separado(a)/divorciado(a)	☐
Viúvo	☐

10. Habilitações académicas (completas):

1º Ciclo – instrução primária completa	
2º Ciclo – 6º ano	
3º Ciclo – 9º ano	
Secundário – 12º ano	
Universitário/Bacharelato	

11. Profissão:_____

12. Família:

Habilitações académicas (completas):	Pai	Mãe
Analfabeto(a)		
1º Ciclo – instrução primária completa		
2º Ciclo – 6º ano		
3º Ciclo – 9º ano		
Secundário – 12º ano		
Universitário/Bacharelato		
Não se aplica		

13. Profissão:	Pai	Mãe

14. Possui algum apoio económico? Sim ☐ Não ☐

Dados clínicos

15. Causa da amputação:

- | | |
|--|--------------------------|
| Congénita (adquirida antes do nascimento ou no primeiro mês de vida) | ☐ |
| Devido a tumor | ☐ |
| Trauma (ex:acidente de aviação) | ☐ |
| Doença (ex:diabetes) | ☐ |
| Outra | ☐ |

16. Ano da amputação (ou anos caso exista mais do que um caso):_____

17. Nível da amputação (se de membro inferior ou superior, entre outros):_____

18. Utiliza prótese? Sim ☐ Não ☐

18.1. Se sim: a. Indique a periodicidade com que a utiliza_____

b. Indique se a prótese é temporária ou definitiva_____

19. Qual o seu nível de satisfação com o uso de prótese (se aplicável):

1	2	3	4	5
Muito Insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem insatisfeito/a nem satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito Satisfeito/a

20. Possui alguma doença ou lesão? Sim ☐ Não ☐

20.1. Se sim, indique qual (ou quais) _____

21. Realiza algum tipo de tratamento de reabilitação? Sim ☐ Não ☐

21.1 Se sim: a. Qual?_____b.Quantas vezes por semana?_____

c. Em que local?_____d.Costuma vir acompanhado?Sim ☐Não ☐

22. Qual o nível de satisfação com o tratamento? (se aplicável)

1	2	3	4	5
Muito Insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem insatisfeito/a nem satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito Satisfeito/a

23. Como classifica o acesso e a deslocação ao local de tratamento? (se aplicável)

1	2	3	4	5
Nada acessível	Pouco Acessível	Nem pouco, nem muito acessível	Acessível	Muito acessível

24. Alguém na família sofre de alguma doença? Sim ☐ Não ☐

24.1 Se sim: a. Qual? _____ b. Há quanto tempo? _____

25. Possui algum tipo de apoio psicológico? Sim ☐ Não ☐

25.1 Se sim, há quanto tempo? _____

26. Qual o grau de importância que atribui ao apoio psicológico tendo em conta a sua situação? (responda quer esteja a ser acompanhado/a ou não)

1	2	3	4	5
Nada importante				Muito importante

Dados psicossociais

27. O que significou para si a amputação?

28. Como se sente em relação ao seu corpo? Como se sente face a um corpo diferente?

29. Sente que alguma coisa mudou desde a amputação, em relação à vivência do seu corpo? Como se via antes e como se vê agora?

30. Que importância atribuía à sua imagem antes da amputação? E hoje em dia?

31. O que mudaria no seu corpo?

32. De que forma essa nova imagem pode ser criada/conseguida?

Anexo 3. Declaração de consentimento informado



QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Este questionário foi elaborado com vista à realização de um estudo científico, inserido no Mestrado Integrado em Psicologia, que visa compreender o impacto das alterações corporais ao nível psicológico e social.

Não há respostas certas ou erradas: a resposta adequada será aquela que melhor descrever o que pensa e sente em relação às questões. As perguntas podem fazê-lo/a pensar sobre si, mas o questionário não faz nenhum julgamento de valor. Todas as respostas são **anónimas e confidenciais**, não havendo qualquer associação entre as respostas e a pessoa que respondeu.

Esta investigação irá basear-se na sinceridade das suas respostas. A sua participação é muito importante. Por favor responda a **todas** as perguntas, com **calma, consciência e sinceridade**.

No final do preenchimento, verifique, por favor, se respondeu a todas as questões.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e colaboração!

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Este questionário foi elaborado com vista à realização de um estudo científico, inserido no Mestrado Integrado em Psicologia, que visa compreender o impacto das alterações corporais ao nível psicológico e social, designadamente, as ocorridas após uma amputação.

Eu, abaixo-assinado,-----, compreendi a explicação que me foi fornecida e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / ____ / 2013

Assinatura do voluntário:_____

O Investigador principal:

Nome: Marisa Santos Silva

Assinatura:

Caso pretenda disponibilizar o *e-mail* ou algum tipo de contacto para posterior envio dos resultados ou informações acerca do estudo faça-o neste espaço:_____.