



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO PORTO (ESS)**

**Perceção da Realidade versus Realidade Profissional em
utentes com amputação unilateral do Membro Inferior
Protetizados**

Mestrando: Jackelyn Marlene Guedes da Rocha, nº25160004

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por: Prof. Doutor Joel Augusto Barros Fernandes
Coorientada por: Prof. Mestre José Pedro Fulgêncio de Matos

Versão Definitiva
(Inclui as correções ou alterações sugeridas pelo Júri)

Porto, Agosto de 2019.



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO PORTO (ESS)**

**Perceção da Realidade versus Realidade Profissional em
utentes com amputação unilateral do Membro Inferior
Protetizados**

Mestrando: Jackelyn Marlene Guedes da Rocha, nº25160004

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau
de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de
Saúde

Orientada por: Prof. Doutor Joel Augusto Barros Fernandes

Coorientada por: Prof. Mestre José Pedro Fulgêncio de Matos

Versão Definitiva
(Inclui as correções ou alterações sugeridas pelo Júri).

Porto, Agosto de 2019.

Resumo

O objetivo deste estudo é a percepção do amputado do membro inferior (MI), quanto à deambulação com o recurso a uma prótese, quanto ao bem-estar e aparência da mesma, elaborando ao mesmo tempo, uma análise socioprofissional demográfica e clínica dos referidos amputados, no sentido de estabelecer padrões e relações que lhes permita uma melhor qualidade de vida.

Utilizamos o método quantitativo com a elaboração de dois questionários: um de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos e um PEQ-PT. Obtivemos e tratamos estatisticamente a resposta de 103 amputados do MI.

Como principais resultados obtivemos: Os valores atribuídos à deambulação, ao bem-estar e à aparência, foram, em média, respetivamente de 59,3%, 62,7% e 75,3%. Quanto à atividade laboral atual, há um maior número de empregados para idades até aos 45 anos e menor depois dessa idade e ainda que o número de empregados é maior para os que possuem habilitações literárias correspondentes ao ensino superior ou secundário e menor para habilitações inferiores. Um elevado número (80,6%) refere que por ser amputado tem um aumento dos gastos financeiros mensais e um significativo número (41,7%) refere que, para além do referido aumento de gastos, tem uma diminuição dos rendimentos financeiros mensais. O valor atribuído à aparência da prótese para o sexo masculino e feminino, foi, em média, respetivamente de 79,32% e 65,03%, sendo a diferença estatisticamente significativa.

Concluimos o seguinte: O amputado do MI possui em média uma boa percepção em relação à sua deambulação com prótese, bem-estar e aparência, com predominância do valor atribuído à aparência. A idade com que ocorreu a amputação e a escolaridade do amputado, encontram-se relacionadas com a empregabilidade após a amputação. Existe um aumento de custos e uma diminuição de rendimentos do amputado após a amputação/protetização. Existe diferença estatisticamente significativa entre o valor atribuído à aparência da prótese consoante o sexo do amputado.

Palavras-chave: amputados do membro inferior; deambulação; bem-estar; aparência.

Resumen

El objetivo de este estudio es la percepción del amputado de miembro inferior (MMII), en lo que respecta a la marcha recurriendo a una prótesis, al bienestar y apariencia de la misma, elaborando al mismo tiempo, un análisis socio-profesional demográfico y clínico de los referidos amputados, en el sentido de establecer patrones y relaciones que les permitan una mejor calidad de vida.

Hemos utilizado el método cuantitativo con la elaboración de dos encuestas: uno de datos socio-profesionales, demográficos y clínicos y un PEQ-PT. Hemos obtenido y tratamos estadísticamente la respuesta de 103 amputados de MMII.

Como principales resultados hemos obtenido: Los valores atribuidos a la marcha, al bienestar y a la apariencia fueron, en media, respectivamente de 59,3%, 62,7% e 75,3%. En lo que respecta a la actividad laboral actual, hay un mayor número de empleados para edades hasta los 45 años y menor después de esa edad, y el número de empleados es mayor para los que poseen estudios de educación de nivel superior o secundaria y menor para estudios de nivel inferior.

Un número elevado (80,6%) refiere que por ser amputado tiene un aumento en los gastos financieros mensuales y un número significativo (41,7%) refiere que, además del referido aumento de gastos, tiene una disminución de los rendimientos financieros mensuales. El valor atribuido a la apariencia de la prótesis para el sexo masculino y femenino fue, en media, respectivamente de 79,32% e 65,03%, siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Hemos concluido lo siguiente: El amputado de MI posee en media una buena percepción con respecto a su marcha con la prótesis, bienestar y apariencia, predominando el valor atribuido a la apariencia. La edad con que ocurrió la amputación y la educación académica del amputado, están relacionadas con la empleabilidad tras la amputación. Existe un aumento de los costes y una disminución de rendimientos del amputado tras la amputación/protetización. Existe diferencia estadísticamente significativa entre el valor atribuido a la apariencia de la prótesis en función del sexo del amputado.

Palabras-clave: amputados de miembro inferior; marcha; bienestar; apariencia.

Abstract

The purpose of this study is to evaluate the perception of the lower-limb amputee, regarding ambulation using a prosthetic limb, the appearance of the prosthetic limb and well-being provided by it, elaborating at the same time a clinical and demographic socioprofessional analysis of the amputees, in order to establish patterns and relations that will offer a better quality of life.

For this study it was used the quantitative method with the elaboration of two questionnaires: one referring to the clinical, demographical and socioprofessional data, and a PEQ-PT Questionnaire. We obtained and statistically treated the answers of a total of 103 lower-limb amputees.

As of major results, we obtained that: The values attributed to ambulation, well-being and appearance of the prosthetic limb were on average 59,3%, 62,7% and 75,3%, respectively. Concerning the actual labour activity, it was found a larger number of employed amputees for ages up to 45 years old, and less employed after that age, and also that the number of employed amputees is larger for those with literacy corresponding to university degree or highschool, and smaller for those with lower literacy. A large part of the amputees (80,6%) refers having an increase of their monthly expenses due to being amputees, and a significant part (41,7%) refers that besides the said increase, it also has a decrease of their monthly income. The value attributed for the appearance of the prosthetic limb for male and female were of 79,32% and 65,03%, respectively, meaning the statistic difference is significant.

Conclusions: The lower-limb amputee has on average a good perception regarding their ambulation with the prosthetic limb, well-being and appearance, with predominance of the value attributed to the appearance. We concluded that the age at which the amputation occurred and the amputee's literacy has significant correlation with the employability after amputation. There is an increase of the monthly expenses and a decrease of the monthly income after amputation/prosthetic fitting. There is a statistically significant difference between the value attributed to the prosthetic limb's appearance according to gender.

Keywords: lower-limb amputees; ambulation; well-being; appearance.

Agradecimentos

Gostaria de aproveitar este espaço para efetuar os agradecimentos merecidos a todas as pessoas que me proporcionaram o apoio científico e afetivo que tornou possível a realização da presente dissertação.

Agradeço então ao Professor Doutor Joel Augusto Barros Fernandes, pela sua enorme paciência e compreensão e pela sua ajuda na resolução de qualquer dúvida e problema que surgisse.

Ao Professor Mestre José Pedro Fulgêncio de Matos, pela disponibilidade em facultar a versão do PEQ-PT por ele validada para a população portuguesa e por toda ajuda e disponibilidade.

Ao Doutor Paulo Pereira pela ajuda no tratamento estatístico efetuado.

À gerência da empresa Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda., que se disponibilizaram para a distribuição dos questionários, assim como a todos os voluntários que preencheram os questionários, o melhor que souberam e conseguiram.

Aos meus colegas de trabalho Sónia Ferreira e Nuno Ferreira pela partilha de conhecimento e dicas, por estarem sempre dispostos a dar uma gargalhada e a relativizar todos os problemas e dias menos bons. À Isabel Rodrigues estagiária do 4º ano da Licenciatura em Ortoprotésia da Escola Superior de Saúde de Lisboa, que participou ativamente na administração dos questionários aos participantes e por todo o apoio e disponibilidade em ajudar.

Finalmente gostaria de agradecer à minha família, por sempre terem acreditado nas minhas capacidades e incentivado a minha progressão, por todo o apoio e por nunca me deixar desistir e voltar atrás, assim como ao meu namorado por toda a paciência e compreensão que demonstrou para comigo, sempre disposto a ajudar e a suavizar o percurso.

A todos o meu sincero obrigada

Lista de abreviaturas e/ou siglas

AVD's – Atividades da Vida Diária

APNOR – Associação de Politécnicos do Norte

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade

DL- Decreto-Lei

ESS- Escola Superior de Saúde

EUA- Estados Unidos América

ICIDH- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IEFP- Instituto de Emprego e Formação Profissional

IPP – Instituto Politécnico do Porto

MI – Membro Inferior

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAIPDI- Plano de Ação para Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade

PEQ- Prosthesis Evaluation Questionnaire

PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

PMS- Pesquisa Mundial de Saúde

QALY- Quality Adjusted Life Years

QdVRS - Qualidade-de-Vida-relacionada-com-Saúde

QV- Qualidade Vida

TDT- Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

TF- Transfemural

TSDT- Técnicos Superior de Diagnóstico e Terapêutica

TT- Transtibial

WHO- World Health Organization

Índice geral

Resumo	i
Resumen	ii
Abstract	iii
Agradecimentos.....	iv
Lista de abreviaturas e/ou siglas.....	v
Índice geral.....	vi
Índice de figuras	viii
Índice de tabelas	xii
Introdução.....	1
CAPÍTULO I - Fundamentação teórica	4
1.1 Caracterização epidemiológica e níveis de amputação dos amputados do membro inferior (MI).....	4
1.2 A Ortoprotesia e as próteses do MI	9
1.3 A problemática da deambulação, bem-estar e aparência em amputados do MI protetizados.....	11
1.4 A problemática da empregabilidade em pessoas portadoras de deficiência.....	19
1.5 A importância dos instrumentos de medida de resultados no setor da saúde	27
CAPÍTULO II - Metodologia.....	30
2.1 Modelo hipotético de investigação ou objetivos gerais	30
2.2 Objetivos específicos	31
2.3 Questões de investigação	31
2.4 Tipo de estudo, população em estudo e amostra	32
2.5 Procedimentos	33
CAPÍTULO III -Apresentação de resultados da investigação	38
3.1 Análise descritiva da amostra	38
3.2 Análise de consistência interna da escala do questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese.....	61
3.3 Análise descritiva da escala do questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese.....	61
3.4 Análise inferencial de dados das seis questões de investigação (Q1 a Q6)	62

CAPÍTULO IV - Análise e discussão dos resultados	78
Conclusões, limitações e futuras linhas de investigação	85
Referências bibliográficas	91
Anexos.....	104
Anexo I - Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, 9ª revisão de 1975 (CID-9).....	105
Anexo II - Exemplos de próteses exoesqueléticas e endoesqueléticas	106
Anexo III - Pedido formal para a utilização do questionário PEQ-PT e respetiva resposta	107
Anexo IV - Pedido de colaboração da empresa para o estudo	109
Anexo V - Consentimento informado	111
Anexo VI - Questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos	113
Anexo VII - Perguntas do questionário PEQ-PT utilizadas	127
Anexo VIII - Dados demográficos.....	132
Anexo IX - Dados clínicos	133
Anexo X - Dados profissionais	135
Anexo XI - Dados sociais	137
Anexo XII - Emprego	139
Anexo XIII - Qualidade de vida.....	142
Anexo XIV - Próteses	143
Anexo XV - Opinião sobre este estudo	144
Anexo XVI - Questionário PEQ-PT	145
Anexo XVII - Questões de investigação.....	147

Índice de figuras

Figura 1: Número de Amputações “Major” e “Minor” em Portugal no período compreendido entre 2006 e 2015.....	8
Figura 2: Esquema representativo das questões de investigação propostas a estudar	32
Figura 3: Prótese exosquelética para amputação transtibial, vista lateral interna.....	106
Figura 4: Prótese exosquelética para amputação transfemural, vista lateral externa	106
Figura 5: Prótese endosquelética para amputação transfemural antes e após colocação de revestimento cosmético, vista anterior.	106
Figura 6: Prótese endosquelética para amputação transtibial antes e após colocação de revestimento cosmético, vista lateral interna	106
Figura 7: Gráfico de frequências: Sexo.....	132
Figura 8: Gráfico de frequências: Idade.....	132
Figura 9: Gráfico de frequências: Estado civil.....	132
Figura 10: Gráfico de frequências: Existência de filhos	132
Figura 11: Gráfico de frequências: Número de filhos.....	132
Figura 12: Gráfico de frequências: Residência Permanente (Distrito).....	132
Figura 13: Gráfico de frequências: Habilitações literárias atuais	132
Figura 14: Gráfico de frequências: Etiologia (causa) da amputação	133
Figura 15: Gráfico de frequências: Lado da amputação.....	133
Figura 16: Gráfico de frequências: Antiguidade da amputação.....	133
Figura 17: Gráfico de frequências: Nível da amputação.....	133
Figura 18: Gráfico de frequências: Possui outras patologias (doenças) associadas	133
Figura 19: Gráfico de frequências: Anos de utilização de prótese	133
Figura 20: Gráfico de frequências: Horas por dia, em média de utilização de prótese	134
Figura 21: Gráfico de frequências: Utiliza a prótese para.....	134
Figura 22: Gráfico de frequências: Utiliza auxiliares de marcha.....	134
Figura 23: Gráfico de frequências: Qual/Quais os auxiliares de marcha que utiliza	134
Figura 24: Gráfico de frequências: Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha	134
Figura 25: Gráfico de frequências: Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese.....	134
Figura 26: Gráfico de frequências: Quão relevante é para si a aparência da sua prótese	134

Figura 27: Gráfico de frequências: Grau de incapacidade permanente	134
Figura 28: Gráfico de frequências: Atividade Laboral antes da amputação	135
Figura 29: Gráfico de frequências: Atividade Laboral antes da amputação	135
Figura 30: Gráfico de frequências: Quantos meses/anos esteve de baixa após a amputação até voltar a exercer a profissão	135
Figura 31: Gráfico de frequências: Há quantos anos já trabalhava até ocorrer a amputação	135
Figura 32: Gráfico de frequências: Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego	135
Figura 33: Gráfico de frequências: Profissão após amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança profissão do primeiro emprego	135
Figura 34: Gráfico de frequências: Atividade Laboral atual	135
Figura 35: Gráfico de frequências: Profissão atual	135
Figura 36: Gráfico de frequências: Como classifica o acesso ao seu local de trabalho.....	136
Figura 37: Gráfico de frequências: Se mudou de atividade laboral após a amputação teve de voltar a estudar para conseguir o novo emprego	136
Figura 38: Gráfico de frequências: Relativamente à sua atividade laboral sente-se/sentia-se mais realizado profissionalmente.....	136
Figura 39: Gráfico de frequências: Após a amputação pediu antecipação da reforma.....	136
Figura 40: Gráfico de frequências: Quantos anos lhe faltavam para a reforma	136
Figura 41: Gráfico de frequências: Alguma vez recebeu algum subsídio de doença.....	137
Figura 42: Gráfico de frequências: Recebeu subsídio de doença durante quantos dias	137
Figura 43: Gráfico de frequências: Precisa de ajuda de 3ª pessoa	137
Figura 44: Gráfico de frequências: Quantas horas por dia necessita de ajuda de 3ª pessoa.....	137
Figura 45: Gráfico de frequências: Qual a atividade laboral da 3ª pessoa.....	137
Figura 46: Gráfico de frequências: Profissão 3ª pessoa.....	137
Figura 47: Gráfico de frequências: Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais.....	137
Figura 48: Gráfico de frequências: Qual o montante que mais se adequa ao aumento desses gastos	137
Figura 49: Gráfico de frequências: Pelo facto de ser amputado tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal	138
Figura 50: Gráfico de frequências: Qual o montante que mais se adequa a essa diminuição	138

Figura 51: Gráfico de frequências: Na sua opinião, ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego.....	139
Figura 52: Gráfico de médias: A influência negativa na obtenção de emprego deve-se ao facto de:	139
Figura 53: Gráfico de médias: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados (1ª parte).....	139
Figura 54: Gráfico de médias: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados (2ª parte).....	139
Figura 55: Gráfico de médias: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego (1ª parte)	139
Figura 56: Gráfico de médias: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego (2ª parte)	139
Figura 57: Gráfico de médias: Relativamente ao que poderá melhorar a sua qualidade de vida (1ª parte)	142
Figura 58: Gráfico de médias: Relativamente ao que poderá melhorar a sua qualidade de vida (2ª parte)	142
Figura 59: Gráfico de médias: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho (1ª parte).....	143
Figura 60: Gráfico de médias: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho (2ª parte).....	143
Figura 61: Gráfico de médias: Relativamente ao estudo em questão	144
Figura 62: Gráfico de médias: Escala de Deambulação - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:	145
Figura 63: Gráfico de médias: Escala de Bem-estar - Ao longo das últimas quatro semanas:	145
Figura 64: Gráfico de médias: Escala de Aparência - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:	145
Figura 65: Gráfico de médias: Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese	145
Figura 66: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e a idade	147
Figura 67: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e a idade	147
Figura 68: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e as habilitações literárias.....	147
Figura 69: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e as habilitações literárias	147

Figura 70: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”	147
Figura 71: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para a “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”	147
Figura 72: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para pelo facto de ser amputado tem “um aumento de gastos financeiros mensais” e “uma diminuição de rendimento financeiro mensal”	147
Figura 73: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e o sexo	147
Figura 74: Gráfico de médias: Relações entre “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e o sexo.....	148
Figura 75: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese”	148
Figura 76: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese”	148
Figura 77: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Profissão após amputação	148
Figura 78: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” e a Profissão após amputação	148
Figura 79: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral após a amputação	148
Figura 80: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral atual	148
Figura 81: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”	148
Figura 82: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade Laboral após a amputação.....	149
Figura 83: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade Laboral atual.....	149
Figura 84: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”	149

Índice de tabelas

Tabela 1: Percentagem da etiologia obtida das amputações de membros efetuadas nos Hospitais do Servio Nacional de Saúde entre 1990 e 1993.	6
Tabela 2: Total de amputações dos Membros Inferiores por motivo de diabetes em Portugal entre 2006-2015.	6
Tabela 3: Níveis de amputação e suas percentagens nos EUA entre 1988-1996.	7
Tabela 4: Níveis das amputações em 2015 no território de Portugal Continental.....	8
Tabela 5: Fatores determinantes para a capacidade de deambulação e o consumo de energia metabólica durante a deambulação.	13
Tabela 6: Taxas de empregabilidade e relações em países selecionados.	21
Tabela 7: Taxas de empregabilidade, proporção de com deficiência e não deficiência.	21
Tabela 8: Subescalas validadas, distribuição das questões e conteúdos do PEQ-PT a utilizar nesta dissertação.	33
Tabela 9: Tabela de frequências: Sexo	39
Tabela 10: Tabela de frequências: Idade.....	39
Tabela 11: Tabela de frequências: Estado civil	39
Tabela 12: Tabela de frequências: Existência de filhos.....	39
Tabela 13: Tabela de frequências: Número de filhos	39
Tabela 14: Tabela de frequências: Residência Permanente (Distrito)	40
Tabela 15: Tabela de frequências: Residência Permanente (Concelho)	40
Tabela 16: Tabela de frequências: Residência Permanente (Cidade)	41
Tabela 17: Tabela de frequências: Habilitações literárias atuais.....	41
Tabela 18: Tabela de frequências: Etiologia (causa) da amputação.....	41
Tabela 19: Tabela de frequências: Lado da amputação.....	42
Tabela 20: Tabela de frequências: Antiguidade da amputação.....	42
Tabela 21: Tabela de frequências: Nível da amputação	42
Tabela 22: Tabela de frequências: Possui outras patologias (doenças) associadas	42
Tabela 23: Tabela de frequências: Qual/quais as outras patologias (doenças) associadas que possui	43
Tabela 24: Tabela de frequências: Anos de utilização de prótese	43
Tabela 25: Tabela de frequências: Horas por dia, em média de utilização de prótese	43

Tabela 26: Tabela de frequências: Dias por semana, em média de utilização de prótese	44
Tabela 27: Tabela de frequências: Utiliza a prótese para	44
Tabela 28: Tabela de frequências: Utiliza auxiliares de marcha	44
Tabela 29: Tabela de frequências: Qual/Quais os auxiliares de marcha que utiliza	44
Tabela 30: Tabela de frequências: Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha	45
Tabela 31: Tabela de frequências: Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese	45
Tabela 32: Tabela de frequências: Quão relevante é para si a aparência da sua prótese	45
Tabela 33: Tabela de frequências: Grau de incapacidade permanente	45
Tabela 34: Tabela de frequências: Atividade Laboral antes da amputação	46
Tabela 35: Tabela de frequências: Profissão antes da amputação	46
Tabela 36: Tabela de frequências: Quantos meses/anos esteve de baixa após a amputação até voltar a exercer a profissão	46
Tabela 37: Tabela de frequências: Há quantos anos já trabalhava até ocorrer a amputação	47
Tabela 38: Tabela de frequências: Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego	47
Tabela 39: Tabela de frequências: Profissão após amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança profissão do primeiro emprego	47
Tabela 40: Tabela de frequências: Atividade Laboral atual	48
Tabela 41: Tabela de frequências: Profissão atual	48
Tabela 42: Tabela de frequências: Como classifica o acesso ao seu local de trabalho	48
Tabela 43: Tabela de frequências: Se mudou de atividade laboral após a amputação teve de voltar a estudar para conseguir o novo emprego	49
Tabela 44: Tabela de frequências: Relativamente à sua atividade laboral sente-se/sentia-se mais realizado profissionalmente	49
Tabela 45: Tabela de frequências: Após a amputação pediu antecipação da reforma	49
Tabela 46: Tabela de frequências: Quantos anos lhe faltavam para a reforma	49
Tabela 47: Tabela de frequências: Alguma vez recebeu algum subsídio de doença	49
Tabela 48: Tabela de frequências: Recebeu subsídio de doença durante quantos dias	50
Tabela 49: Tabela de frequências: Precisa de ajuda de 3ª pessoa	50
Tabela 50: Tabela de frequências: Quantas horas por dia necessita de ajuda de 3ª pessoa	50
Tabela 51: Tabela de frequências: Qual a atividade laboral da 3ª pessoa	50

Tabela 52: Tabela de frequências: Profissão 3ª pessoa.....	51
Tabela 53: Tabela de frequências: Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais.....	51
Tabela 54: Tabela de frequências: Qual o montante que mais se adequa ao aumento desses gastos	51
Tabela 55: Tabela de frequências: Qual o motivo do aumento desses gastos	52
Tabela 56: Tabela de frequências: Pelo facto de ser amputado tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal	52
Tabela 57: Tabela de frequências: Qual o montante que mais se adequa a essa diminuição	52
Tabela 58: Tabela de frequências: Qual o motivo dessa diminuição de rendimentos	53
Tabela 59: Tabela de frequências: Na sua opinião, ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego	53
Tabela 60: Tabela de frequências: A influência negativa na obtenção de emprego deve-se ao facto de:.....	53
Tabela 61: Tabela de frequências: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados.....	55
Tabela 62: Tabela de frequências: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego	56
Tabela 63: Tabela de frequências: Relativamente ao que poderá melhorar a sua QV.....	57
Tabela 64: Tabela de frequências: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho	58
Tabela 65: Tabela de frequências: Relativamente ao estudo em questão.....	59
Tabela 66: Estatísticas: Escala de Deambulação - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:	60
Tabela 67: Estatísticas: Escala de Aparência - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:	60
Tabela 68: Estatísticas: Escala de Bem-estar - Ao longo das últimas quatro semanas:.....	61
Tabela 69: Estatísticas de consistência interna: Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese	61
Tabela 70: Estatísticas: Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese	61
Tabela 71: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e a idade	62
Tabela 72: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e a idade	63
Tabela 73: Tabela de frequências: Habilitações literárias atuais.....	64
Tabela 74: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e as habilitações literárias.....	64

Tabela 75: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e as habilitações literárias	65
Tabela 76: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”	66
Tabela 77: Intervalos de confiança a 95% para a “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”	67
Tabela 78: Intervalos de confiança a 95% para pelo facto de ser amputado tem “um aumento de gastos financeiros mensais” e “uma diminuição de rendimento financeiro mensal”	67
Tabela 79: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e o sexo	68
Tabela 80: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e o sexo	69
Tabela 81: Intervalos de confiança a 95% para “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese”	69
Tabela 82: Intervalos de confiança a 95% para “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese”	69
Tabela 83: Tabela de frequências: Profissão após amputação	70
Tabela 84: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Profissão após amputação	71
Tabela 85: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” e a Profissão após amputação	71
Tabela 86: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral após a amputação	72
Tabela 87: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral atual	73
Tabela 88: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”	74
Tabela 89: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade laboral após a amputação	75
Tabela 90: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o	

uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade Laboral Atual	76
Tabela 91: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”	77
Tabela 92: Estatísticas: A influência negativa na obtenção de emprego deve-se ao facto de:	140
Tabela 93: Estatísticas: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados...	140
Tabela 94: Estatísticas: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego	141
Tabela 95: Estatísticas: Relativamente ao que poderá melhorar a sua qualidade de vida	142
Tabela 96: Estatísticas: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho	143
Tabela 97: Estatísticas: Relativamente ao estudo em questão	144
Tabela 98: Dimensões da Escala do Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese	146

Introdução

Atualmente assiste-se a uma contínua evolução das ciências e tecnologias médicas acompanhadas de uma melhoria da formação dos profissionais de saúde entre os quais os ortoprotésicos (Silva, Rodrigues, Ferreira, Pacheco, & Matos, 2015). Com a evolução da Ortoprotesia e com a previsão de um aumento contínuo do número de amputados, surge a necessidade de se refletir sobre a reabilitação do amputado (Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, 2008).

Segundo projeções, estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA) até 2050 o número de amputados duplique, passe de 1.600.000 em 2005 para 3.600.000 em 2050, sendo que, 85% de todas as amputações são do membro inferior (MI) e dentro destas as mais frequentes são as amputações transtibiais (TT), que ocorrem na faixa etária compreendida entre os 50 e 75 anos. Este tipo de amputações tem como principal etiologia a vascular (mais de 80%), sendo a diabetes a principal causa seguida da aterosclerose, embolias e trombozes arteriais. Em segundo lugar temos a etiologia traumática (10,6%), abrangendo sobretudo jovens adultos (Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, 2008). Quanto ao género, 75% da incidência recai no sexo masculino (Carvalho, Kunz, Depieri, & Cervellini, 2005).

Apesar de em Portugal até à data não existirem bases de dados capazes de quantificar o número de amputados existentes, é de realçar um estudo recente realizado por Matos, Carolino & Ramos (2018) onde foram publicados dados referentes ao número de amputações efetivos em Portugal Continental no período compreendido entre 2000 a 2015 (inclusive). Neste estudo foram registadas 76288 amputações de membros onde cerca de 45446 são amputações do MI. Só no ano de 2015, segundo este estudo registaram-se 5012 amputações, das quais 4390 são amputações do MI das quais aproximadamente 1.250 foram devido à diabetes, dados estes que são corroborados pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016) (Matos, Carolino, & Ramos, 2018; Matos, 2015; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

O principal objetivo na reabilitação do amputado do MI é a sua total reintegração na sociedade no máximo das suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais (Franchignoni, Giordano, Ferriero, Orlandini, Amoresano & Perucca, 2007; Rocha, Duro, Vaz, Pimentel, & Roque, 2012). Sempre que possível para a reabilitação do amputado recorre-se ao uso de dispositivos biomecânicos, nomeadamente a próteses. Estes deverão ser aplicados de forma consciente, sustentada e fundamentada numa base científica (Van der Linde, Hofstad, Geurts, Postema, Geertzen & Van Limbeek, 2004). Com o intuito de alcançar o objetivo de reintegração, tem surgido um crescente interesse em instrumentos que possam quantificar resultados em saúde a fim de se monitorizar com precisão o impacto das intervenções terapêuticas com a utilização de próteses (Franchignoni, Giordano, Ferriero, Orlandini, Amoresano & Perucca, 2007; Gil, 2015; Resnik & Borgia, 2011; Sinha, Ja Van Den Heuvel & Arokiasamy, 2011).

Instrumentos que avaliem a Qualidade-de-Vida-relacionada-com-Saúde (QdVRS), têm sido alvo de uma atenção redobrada nas últimas décadas, porque estes têm vindo a ser reconhecidos como

um importante indicador utilizado em reabilitação, com a possibilidade de avaliação dos resultados das intervenções, monitorização da doença, da funcionalidade física, psicológica, social e de bem-estar, sendo um importante indicador da adaptação à prótese pelo amputado (Reis Pedro & Pais-Ribeiro, 2008; Sinha, Ja Van Den Heuvel & Arokiasamy, 2011). Estes instrumentos são importantes não só para uma caracterização da funcionalidade da população amputada, mas também como auxiliares em tomadas de decisões conscientes e esclarecidas, tornando-se importantes instrumentos não somente como monitor de práticas e resultados, mas também como instrumentos essenciais na gestão de recursos dos cuidadores e pagadores numa ótica de rentabilização e otimização dos mesmos (Gil, 2015; Kark & Simmons, 2011; Matos, 2015; Matos, 2016; Serapioni, 2009; Sinha, Ja Van Den Heuvel & Arokiasamy, 2011).

Nos amputados de MI, é interrompido o padrão normal de deambulação e algumas alterações são notadas (Debastiani, 2005; Marques, 2008). A restauração da locomoção através da deambulação é o objetivo final da reabilitação do amputado do MI, onde a utilização dos diversos recursos disponíveis deve resultar numa melhoria significativa na sua QV (Debastiani, 2005). Os amputados do MI muitas vezes sentem que só retomando à deambulação é que retomarão os seus estilos de vida anteriores, pelo que andar novamente é uma importante transição para este grupo em concreto (Esquenazi & DiGiacomo, 2001; O'Neill & Evans, 2009).

Quando há uma lesão ou um trauma, como a perda ou ausência de um segmento corporal, existe uma drástica mudança na forma como o indivíduo se passa a sentir fisicamente, mentalmente e socialmente, alterando a forma como ele se apresenta face aos outros e como apreende o mundo. O indivíduo perde a autoestima e o funcionamento social é claramente afetado, diminuindo assim a sua perceção de bem-estar (Marques, 2008). Muitas vezes, só após protetização é que o amputado sente melhorias no seu bem-estar, sentindo que só então pode retomar seus estilos de vida anteriores, papéis, atividades e socialização. A capacidade de andar torna-se então numa melhoria de bem-estar para o amputado (O'Neill & Evans, 2009). A prótese passa então a funcionar como uma ferramenta mediadora entre a incapacidade e o bem-estar do indivíduo (O'Neill & Evans, 2009).

Na sociedade atual, cada vez mais se valoriza a imagem corporal, os aspetos físico e estético. Tanto os homens como mulheres dão especial importância às características corporais que consideram desejáveis, fazendo de tudo para ter o corpo ideal (Marques, 2008). 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. As sensações corporais que asseguram a construção da imagem corporal que são necessárias para uma vivência eficaz ficam comprometidas, alias, a investigação sobre a deficiência física e a imagem corpórea sugere que a primeira tem um impacto negativo sobre a segunda, sendo as amputações adquiridas consideradas as causas primordiais de alteração da imagem corporal (Albuquerque & Falkenbach, 2009; Benedetto, Forgione & Alves 2002; Galván & Amiralian, 2009; Holzer et al., 2014; Lovo, 2006; Silva, 2013; Sousa, 2009). Usar uma prótese faz com que o amputado recupere para além

da funcionalidade corporal a sua estética, na medida em que passa a visualizar o seu corpo, novamente, como completo (Paiva & Coellner, 2008).

A inserção no mercado de trabalho constitui um momento bastante importante para a participação ativa na sociedade por parte dos indivíduos. O facto de os cidadãos em geral possuírem um emprego contribui em muito para o alcance da sua realização pessoal, contudo ainda nos dias de hoje verifica-se a existência de preconceitos que envolvem as diferenças de cada indivíduo, que se deparam no seu dia-a-dia com dificuldades específicas que as impedem de viverem e atuarem em pleno na sociedade de uma forma ativa e envolvida (Carapinha, 2015). O meio laboral persiste como uma das áreas onde a exclusão das pessoas com deficiência, nas quais se incluem os amputados do MI, é mais notória (Carapinha, 2015).

Considerando-se a prevalência em todo o Mundo e em Portugal das amputações do MI e o vínculo estabelecido, entre a deambulação, bem-estar, aparência da prótese e a opinião do amputado na aceitação da mesma, e na melhoria da sua qualidade de vida (QV), assim como a importância da inserção no mercado de trabalho para o alcance da realização pessoal é pertinente a elaboração de estudos nesta área sobretudo tendo em conta a sua escassez (Cairns, Murray, Corney, & McFadyen, 2014; Paiva & Coellner, 2008).

Em suma, através desta investigação pretende-se abordar a problemática do amputado com amputação unilateral do MI que utilizem prótese segundo a sua perceção, sobre deambulação, bem-estar e aparência, assim como elaborar uma análise socioprofissional demográfica e clínica dos referidos utentes, o que permitirá o fornecimento de informações aos prestadores de cuidados, permitindo assim auxiliar uma tomada de decisão mais fundamentada com base numa sustentação científica. Estamos convictos que este trabalho poderá ser um contributo importante, para os envolvidos na reabilitação dos amputados do MI.

A estrutura seguida ao longo da dissertação pretende ser clara, metodologicamente correta e de fácil compreensão de forma que se optou por construir o trabalho segundo quatro capítulos. No primeiro capítulo denominado fundamentação teórica apresentamos os resultados da revisão bibliográfica efetuada que se encontra dividida pelos temas: Caracterização epidemiológica e níveis de amputação dos amputados do MI; a ortoprotesia e as próteses do MI, a problemática da deambulação, bem-estar e aparência em amputados do MI protetizados; a problemática da empregabilidade em pessoas portadoras de deficiência e a importância dos instrumentos de medida de resultados no setor da saúde.

No segundo capítulo apresentamos a metodologia da investigação. Nesta parte, abordamos o modelo hipotético de investigação ou objetivos gerais; os objetivos específicos; as questões de investigação; a caracterização da população em estudo e amostra e por último os procedimentos de recolha de dados. No terceiro capítulo, apresentamos os resultados da investigação. Nesta parte foi realizada uma análise exploratória e uma análise inferencial de dados. No último capítulo, são discutidos os resultados com base na revisão bibliográfica realizada. Em forma de fecho desta dissertação após estes quatro capítulos são ainda apresentadas as conclusões, limitações do estudo e possíveis linhas de investigação futuras.

CAPÍTULO I - Fundamentação teórica

1.1 Caracterização epidemiológica e níveis de amputação dos amputados do membro inferior (MI)

Desde o início da humanidade que se assiste a amputações de membros. Amputação significa retirada ou perda de um membro, de forma cirúrgica ou por trauma, causando limitações funcionais à pessoa que é feita; onde a parte do membro residual se apelida de coto (Agne, Cassol, Bataglioni, & Ferreira, 2004; Carvalho, Kunz, Depieri, & Cervellini, 2005).

A amputação de um membro, é de facto quase sempre a ultima opção, sendo primordial o resgate do mesmo, desde que o membro recuperado seja funcionalmente melhor do que a contrapartida protética (Bowker, 1992; Muller, 2016).

Caracterização epidemiológica dos amputados do MI

É estimado que nos EUA uma em cada 300 pessoas já tenha sofrido uma grande amputação e que em cada ano ocorram cerca de 35.000 amputações (Agne, Cassol, Bataglioni, & Ferreira, 2004).

Segundo projeções, estima-se que nos EUA até 2050 o número de amputados duplique, passe de 1.600.000 em 2005 para 3.600.000 em 2050, sendo que, 85% de todas as amputações são do MI e dentro destas as mais frequentes são as amputações TT que ocorre na faixa etária compreendida entre os 50 e 75 anos. Este tipo de amputações tem como principal etiologia a vascular (mais de 80%), sendo a diabetes a principal causa seguida da aterosclerose, embolias e trombozes arteriais. Em segundo lugar temos a etiologia traumática (10,6%), abrangendo sobretudo jovens adultos (Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Travison, Brookmeyer & Jones, 2008). Quanto ao género, 75% da incidência recai no sexo masculino (Carvalho, Kunz, Depieri, & Cervellini, 2005).

As amputações do MI podem ser resultado de inúmeras etiologias, onde ao longo dos anos têm vindo a ser agrupadas de maneira diferente consoante os autores. Uma das classificações mais aceites é a Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, 9ª revisão de 1975 (CID-9)(Togna, Crosato, Melani, Michel-Crosato, & Biazevic, 2011) (Ver Anexo A).

Apesar de não existirem bases de dados capazes de quantificar o número de amputados existentes em Portugal é importante mencionar dois estudos. Um deles foi realizado por Serqueira em 1996, e apesar de ser antigo é importante ser mencionado por ser um dos poucos estudos encontrados na literatura referentes ao número de amputações de membros e a sua etiologia em todos os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. O outro estudo foi realizado por Matos, Carolino, & Ramos, (2018) onde foram publicados dados referentes ao número de amputações efetivas em Portugal Continental no período compreendido entre 2000 a 2015 (inclusive).

Começando pelo estudo realizado por Serqueira, este é referente a todos os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde entre 1990 e 1993 (Sequeira & Martins, 1996). Neste estudo, o autor já utiliza a CID-9 dividindo as etiologias da amputação em 4 grupos, sendo elas, traumática, vascular, osteomuscular e endócrino-metabólica. Tal como podemos ver pela tabela:1, abaixo apresentada, a maior percentagem obtida (70,43%) vai de encontro à causa vascular, o que se encontra em consonância com os resultados obtidos a nível Mundial na atualidade. Quanto ao género foi encontrada uma relação masculino/feminino de 2,3:1; quanto à idade, a idade média encontrada

foi de 61,3 anos e em relação ao nível de amputação predominantes foi o TF (72%) seguido do TT (21%) (Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, 2008).

Quanto ao estudo realizado por Matos, Carolino, & Ramos, (2018) onde foram publicados dados referentes ao número de amputações efetivos em Portugal Continental no período compreendido entre 2000 a 2015 (inclusive) foram registadas 76288 amputações de membros onde cerca de 45446 são amputações do MI. Segundo o mesmo estudo só no ano de 2015, registaram-se 5012 amputações, das quais 4390 são amputações do MI. Neste estudo pode ainda observar-se que a maior percentagem de amputações foi registada no distrito de Lisboa em 2014 onde ocorreram cerca de 1138 amputações, seguido do distrito do Porto em 2008 onde ocorreram cerca de 766 amputações (Matos, Carolino, & Ramos, 2018). Neste mesmo estudo pode-se observar que cerca de 66,5% de todas as amputações ocorreram no sexo masculino e apenas 33,5% no sexo feminino. Quanto à etiologia a maior percentagem recaiu sobre as doenças do aparelho circulatório com 44%, seguida da diabetes com 26%. O maior número de amputações foi registado na faixa etária compreendida entre os 70 e os 80 anos de idade (cerca de 28,2%) e entre os 80 e os 90 (cerca de 22,5%) (Matos, Carolino, & Ramos, 2018).

Tabela 1: Percentagem da etiologia obtida das amputações de membros efetuadas nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde entre 1990 e 1993.

Fonte: Adaptada de Sequeira & Martins (1996).

Etiologia das amputações de membros no SNS 1990-1993				
	Traumática	Vascular	Oste-muscular	Endócrino-metabólica
Percentagem	13,78%	70,43%	14,92%	0,87%

Sendo a diabetes uma doença crónica com uma incidência expansionista em todo o mundo, sendo segundo os estudos realizados por Matos, Carolino, & Ramos, (2018) a segunda causa de amputações do membro inferior em Portugal entre 2005 e 2015, e em praticamente todos os países desenvolvidos ser a principal causa de amputações de MI é de especial relevância focarmos mais um pouco nesta causa (Legro, Reiber, Smith, Del Aguila, Larsen & Boone, 1998; Matos, Carolino, & Ramos, 2018; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Segundo dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes – Edição de 2016 e dos estudos realizados por Matos, Carolino, & Ramos, (2018) estima-se que só no ano de 2015 existiram cerca de 1.250 amputações por causa da diabetes, tal como se pode observar através da tabela 2 abaixo apresentada (Matos, Carolino, & Ramos, 2018; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Tabela 2: Total de amputações dos Membros Inferiores por motivo de diabetes em Portugal entre 2006-2015. Fonte: Adaptada de Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2012/2016 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

Amputações	Anos									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	1731	1552	1599	1620	1622	1456	1493	1556	1385	1250

Níveis de amputação do MI

As amputações de MI são classificadas regularmente numa primeira instância como unilaterais ou bilaterais, consoante afetem um ou os dois membros do amputado (Murphy, 2013).

Quanto ao seu nível podem ser agrupadas em dois grupos, nomeadamente amputações “major” e amputações “minor”. As amputações definidas como “major” são aquelas em que ocorre amputação da parte proximal do pé (amputação tipo Syme), TT (abaixo do joelho), desarticulação do joelho, TF (acima do joelho), desarticulação da anca e hemipelvectomy; enquanto as “minor” são restritas aos dedos dos pés ou à parte anterior do pé (Murphy, 2013; Nather & Wong, 2013; Rolim, Sampaio, Gonçalves-Dias, Almeida, Almeida-Lopes & Teixeira, 2015; Spichler, Miranda Jr, Spichler, & Franco, 2004; Varma, Stineman, & Dillingham, 2014).

As percentagens das amputações do MI nos EUA no período compreendido entre 1988-1996 são apresentadas abaixo na tabela 3, onde se pode verificar que a maior percentagem das amputações do MI recai sobre as amputações dos dedos, seguida das TF (Lusardi, Jorge, & Nielsen, 2013).

Tabela 3: Níveis de amputação e suas percentagens nos EUA entre 1988-1996.
Fonte: Adaptado de Lusardi, Jorge, & Nielsen (2013).

Nível da Amputação	Percentagem
Dedos	33,11%
Pé e Tornozelo	11,38%
Transtibial	28,12%
Desarticulação do Joelho	0,52%
Transfemural	26,08%
Desarticulação da Anca e Hemipelvectomy	0,64%
Amputações Bilaterais	0,15%
TOTAL	100%

Já no que se refere à população portuguesa e aos níveis de amputação do MI mais uma vez é de salientar o estudo realizado por Matos, Carolino, & Ramos, (2018) onde de todas as amputações do MI, tal como se pode observar através da tabela 4, abaixo apresentada, cerca de 2205 são consideradas amputações “major” e 2185 amputações “minor”. De todas as amputações do MI tal como se pode observar pela tabela 4, abaixo apresentada a maior percentagem de amputações recai sobre a amputação de dedo do pé, seguida da amputação do MI acima do joelho. Estes dados vêm de alguma forma contrariar os dados anteriormente registados nos EUA por Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, (2008) onde é mencionado o nível de amputação mais frequente como sendo o TT (Matos, Carolino, & Ramos, 2018; Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, 2008).

Uma vez já referida a pertinência de se abordar a diabetes nas amputações do MI, através da figura 1, abaixo apresentada, pode-se observar de que forma tem-se vindo a distribuir ao longo dos anos as amputações do MI entre “major” e “minor”, onde se pode verificar uma diminuição das amputações “major”, acompanhadas de um aumento das amputações “minor”, contudo este valor ainda é bastante elevado e segundo este mesmo relatório é necessário avaliar se esta tendência se manterá ao longo dos próximos anos ou se se irá inverter (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Tabela 4: Níveis das amputações em 2015 no território de Portugal Continental
Fonte: Adaptada de (Matos, Carolino, & Ramos, (2018)

	Membro Inferior Total	Percentagem %	Membro Inferior Major	Membro Inferior Minor
Amputação de Membro Inferior, não especificada de outro modo	39	0,78	39	
Amputação de Dedo do Pé	1861	37,13		1861
Amputação do Membro Inferior pelo Pé	303	6,05		303
Desarticulação do Tornozelo	8	0,16		8
Amputação do Tornozelo pelos Maléolos da Tíbia e do Perónio	13	0,26		13
Amputações Abaixo do Joelho NCOP	420	8,38	420	
Desarticulação do Joelho	1	0,02	1	
Amputação do Membro Inferior Acima do Joelho	1612	32,16	1612	
Desarticulação da Coxo-femoral	121	2,41	121	
Amputação Abdominopélvica	12	0,24	12	
Total Membro Inferior	4390	87,59	2205	2185

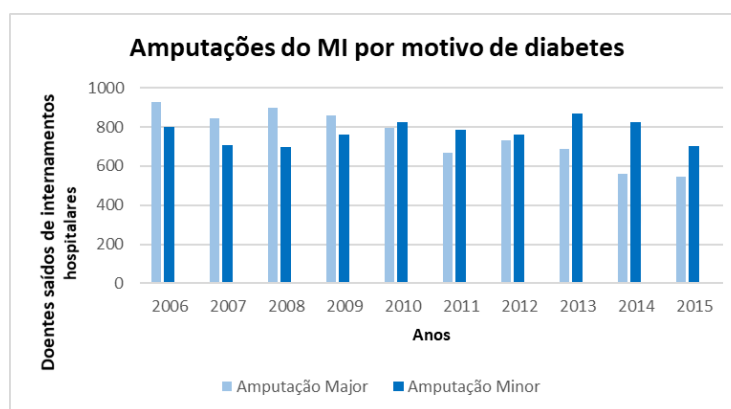


Figura 1: Número de Amputações “Major” e “Minor” em Portugal no período compreendido entre 2006 e 2015.
Fonte: Adaptado de Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2012/2016 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016)

As amputações TT e TF podem ser ainda classificadas de acordo com o comprimento do coto, ou seja, consoante a sua proximidade da articulação mais próxima que foi preservada (joelho no caso das amputações TT ou anca no caso das amputações TF), mediante três níveis distintos, sendo eles, terço proximal; terço medial; e terço distal (Lusardi, Jorge, & Nielsen, 2013).

1.2 A Ortoprotesia e as próteses do MI

Desde o início da humanidade que membros artificiais de algum tipo são utilizados, sendo o membro artificial mais antigo conhecido na existência uma perna de cobre e madeira desenterrada em Capri, na Itália em 1958 que foi estimada como pertencente a cerca de 300 a.C., infelizmente foi destruída durante um bombardeio na Segunda Guerra Mundial (Bowker, 1992; Muller, 2016).

Cada grande guerra teve um papel fulcral no estímulo da melhoria das técnicas cirúrgicas de amputação e por conseguinte no desenvolvimento das próteses, sendo notório sobretudo após a Segunda Guerra Mundial (Bowker, 1992; Muller, 2016).

O que é a ortoprotesia?

Com a evolução da medicina e das tecnologias surgem as profissões denominadas de profissões de tecnologias da saúde, dando origem aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) que a partir de 19 de Julho através do Decreto-Lei nº 110/2017 deram origem aos atuais Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), dos quais os técnicos ortoprotésicos fazem parte (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002; Decreto-Lei no 110/2017, de 19 de Julho do Ministério da Saúde, 2017; Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A licenciatura em ortoprotesia insere-se no ensino superior politécnico, visando ministrar conhecimentos científico com vista à preparação de pessoas qualificadas para o exercício da atividade (Carvalho, 2005; Silva, Rodrigues, Ferreira, Pacheco, & Matos, 2015).

Segundo o Decreto-Lei nº 111/2017, de 31 de Agosto compete ao ortoprotésicos exercer funções de reabilitação de indivíduos com deficiência do aparelho neuro-musculo-esquelético, através da adaptação de dispositivos mecânicos, a fim de substituir um membro ausente (próteses) ou potenciar uma função que se encontra ausente ou diminuída (ortóteses), assim como a avaliação e aconselhamento na reabilitação funcional do indivíduo, recorrendo à adaptação de espaços físicos e aconselhamento na eliminação de barreiras arquitetónicas, entre outros (Catarino, 2012; Decreto-Lei no 111/2017, de 31 de Agosto do Ministério da Saúde, 2017; Silva, Rodrigues, Ferreira, Pacheco, & Matos, 2015).

O que são próteses do MI e como são classificadas?

Segundo a norma ISO 10328:2016 o termo prótese é usado para descrever um dispositivo permanente ou transitório aplicado externamente usado para repor totalmente, ou parte, da ausência ou deficiência de um segmento do MI ou superior (International Organization for

Standardization, 2016). Uma prótese deve atender a padrões de conforto, ajuste, alinhamento, função, aparência e durabilidade (Assumpção et al., 2009; Major & Fey, 2017; Muller, 2016; Murray & Fox, 2002). O objetivo ideal para qualquer dispositivo protético para o usuário é sentir que o dispositivo é parte do seu corpo, restaurando o mais possível a sua função e aparência (Major & Fey, 2017; Muller, 2016; Murphy, 2013; Murray & Fox, 2002; Paiva & Coellner, 2008).

Na literatura são enumerados de forma genérica cinco tipos de próteses de MI, próteses pós-operatórias, próteses iniciais, próteses preparatórias, próteses definitivas e próteses especiais (Bowker, 1992; Muller, 2016).

Tanto as próteses pós-operatórias como as próteses iniciais são próteses muito rudimentares, as primeiras são colocadas quando recomendadas 24 horas após a amputação, enquanto as segundas são colocadas assim que as suturas são removidas até que a linha de sutura seja estável e a pele possa tolerar o contacto de um encaixe mais íntimo (Bowker, 1992; Muller, 2016). As próteses pós-operatórias e iniciais são mais comumente usadas em unidades de reabilitação ou em hospitais com programas para amputados muito ativos. Contudo a maior parte dos amputados terá apenas próteses preparatórias e definitivas (Bowker, 1992; Muller, 2016).

As próteses preparatórias são usadas durante os primeiros meses de reabilitação do utente para facilitar a transição para um dispositivo definitivo, acelerando a reabilitação. São também comumente usadas para avaliar o potencial ambulatorio ou de reabilitação do amputado e ajudam a esclarecer detalhes da prescrição protética. Este tipo de próteses por norma possui componentes de qualidade definitiva, mas não possui o acabamento externo protetor e cosmético para reduzir o custo. Este tipo de próteses permite que o fisioterapeuta, o amputado e o ortoprotésico trabalhem juntos para otimizar o alinhamento à medida que o padrão de marcha do amputado progride. Diferentes tipos de componentes podem ser testados para verificar se a função do utente melhora (Bowker, 1992; Muller, 2016).

A prescrição definitiva baseia-se principalmente na experiência que o utente teve ao usar a prótese preparatória, assim como o seu nível de atividade. As próteses definitivas não são próteses permanentes porque todo o tipo de dispositivos mecânicos ou biomecânicos sofrem desgaste e necessitam de ser retificados periodicamente (Bowker, 1992; Muller, 2016).

Apenas uma pequena minoria terá próteses especiais para tomar banho, nadar ou para outros desportos. As próteses de uso especial são valiosas para o amputado que deseja expandir as suas atividades tanto a nível desportivo como recreativo (Bowker, 1992; Muller, 2016).

As próteses têm sofrido 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 (Silva², 2013). Primariamente apenas existiam as próteses denominadas próteses exosqueléticas também conhecidas por prótese convencionais (Ver Anexo II fig. 3 e 4). São próteses confeccionadas com componentes de madeira ou plástico (Cabral Silva, 2009; Oliveira, 2009). Com o evoluir dos materiais, foram aparecendo novos componentes, dando origem às próteses endosqueléticas ou modulares. Estas próteses, são atualmente as mais prescritas e são

normalmente constituídas por módulos onde a conexão entre encaixe e pé protésico é realizada com a utilização de elementos modulares e tubos. Os materiais normalmente utilizados são aço, titânio, alumínio e fibra de carbono e a nível de estética são utilizadas espuma com acabamento cor de pele (Ver Anexo II fig. 5 e 6)(Cabral Silva, 2009; Oliveira, 2009).

1.3 A problemática da deambulação, bem-estar e aparência em amputados do MI protetizados

A deambulação e a amputação do MI

A deambulação pode ser definida em sentido amplo como um tipo de locomoção. Outros tipos de locomoção incluem rastejar ou usar uma cadeira de rodas. Nos humanos, um padrão bípede de deambulação é adquirido ainda em criança. Com a prática o sistema sensitivo-motor torna-se muito competente em controlar automaticamente um conjunto repetitivo de comandos de controlo motor para permitir a um indivíduo andar sem esforço consciente (Debastiani, 2005). A marcha, é uma tarefa funcional que exige interações complexas e coordenação entre muitas das principais articulações do corpo, particularmente da extremidade inferior (Debastiani, 2005). A marcha é mais ou menos simétrica em relação aos movimentos angulares das principais articulações, padrões de ativação muscular e sustentação de carga dos membros inferiores (Debastiani, 2005).

Uma doença ou lesão do sistema músculo-esquelético pode interromper o padrão normal de deambulação (JM, CA, Polomski, JR, LH & Houdijk, 2006; Pastre, Saloni, Oliveira, Micheletto, & Júnior, 2006). Para os amputados de membros inferiores, essa relação íntima é quebrada e algumas alterações são notadas (Debastiani, 2005; Marques, 2008).

A restauração da locomoção através da deambulação é o objetivo final da reabilitação do amputado, onde a utilização dos diversos recursos disponíveis deve resultar numa melhoria significativa na sua QV (Debastiani, 2005). Os amputados do MI muitas vezes sentem que só retomando à deambulação é que retomarão os seus estilos de vida anteriores, pelo que andar novamente é uma importante transição para este grupo em concreto (Esquenazi & DiGiacomo, 2001; O'Neill & Evans, 2009).

Com o intuito de alcançar as melhores soluções no que se refere à atribuição da prótese, inúmeros são os determinantes presentes na literatura, tais como, a idade, etiologia da amputação, nível de amputação, problemas de coto, habilidades cognitivas, comorbidades associadas e aptidão física antes e após a amputação que devem ser tidos em conta e que podem ajudar-nos a prever precocemente a capacidade de deambulação do amputado e quais os componentes mais indicados para a prótese consoante as limitações de cada um (JM, CA, Polomski, JR, LH & Houdijk, 2006; Van Eijk, Van Der Linde, Buijck, Geurts, Zuidema & Koopmans, 2012).

É esperado que os indivíduos que se submetem a amputações do MI por etiologia vascular em comparação com os que se submetem a amputações devido a outras etiologias tenham mais

dificuldades para andar; mais dificuldades em se equilibrar em pé; força muscular significativamente menor e como por norma estes amputados também são mais velhos, apresentam uma menor capacidade para andar, uma vez que os níveis de aptidão física diminuem com a idade (Raya, Gailey, Fiebert, & Roach, 2010; Sansam, Neumann, O'Connor, & Bhakta, 2009). É também esperado que amputados com um nível de amputação menor em comparação com amputados com um nível de amputação maior; amputados que apresentam uma maior independência nas Atividades da Vida Diária AVD's (entenda-se por AVD's as tarefas de autocuidado tais como tomar banho, vestir-se, andar no quarto e alimentar-se. Essa medida reflete um substancial grau de incapacidade. Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as AVD's, mais severa é a sua incapacidade) e uma maior capacidade de ficar em pé numa perna; assim como aqueles que apresentam maior resistência física e maior capacidade funcional pré-operatória estejam associados com resultados melhores na capacidade de caminhar. Em contrapartida aqueles que apresentem problemas de coto, a existência de comorbidades e dificuldades de aprendizagem estão associados a uma deambulação retardada e com várias complicações associadas (Pinto, Lange, Pastore, Llano, Castro & Santos, 2016; Sansam, Neumann, O'Connor, & Bhakta, 2009; Van Eijk, Van Der Linde, Buijck, Geurts, Zuidema & Koopmans, 2012).

É esperado que a marcha resultante destes utentes com a utilização de prótese seja diferente produzindo assimetria e maior oscilação do centro de gravidade, acarretando maior gasto energético. São esperados passos mais largos, velocidade da marcha inferior, com uma cadência também inferior e o comprimento do passo menor (Debastiani, 2005). Este tipo de marcha é evidentemente menos eficiente e mais cara, em termos de dispêndio de energia quando comparada com a marcha normal de um indivíduo normal (Debastiani, 2005; Prada, 2014). Simples mecanismos tais como, subir e descer escadas são frequentemente motivo de preocupação para o amputado, muitas das vezes não sendo possível numa fase inicial (Esquenazi & DiGiacomo, 2001; O'Neill & Evans, 2009).

É bem aceite que a capacidade de deambulação e o consumo de energia metabólica durante a deambulação para amputados de membros inferiores seja significativamente mais elevada do que para os não-amputados e que mesmo quando estamos a falar apenas no grupo referente aos amputados, vários são os fatores na literatura que são enumerados como influenciadores da capacidade de deambulação e de consumo energético durante a marcha com prótese (Alves et al., 2016; Major & Fey, 2017). Como principais fatores determinantes para a capacidade de deambulação e consumo de energia metabólica durante a deambulação são referidos na literatura, tal como se pode observar através da tabela 5 abaixo apresentada, o sexo, a idade, a atividade física, as horas de utilização diária da prótese, a data da primeira protetização, a utilização de auxiliares de marcha, o nível de amputação, a etiologia de amputação, o nível de atividade e o comprimento do coto são determinantes capazes de influenciar diretamente a capacidade de deambulação e o consumo energético durante a marcha com prótese (Alves et al., 2016; Bohannon, Wang, & Gershon, 2015; Dourado, 2011; Gaspar, Ingham, & Chamlian, 2016; Göktepe, Cakir, Yilmaz, & Yazicioglu, 2010; Hoffman, Sheldahl, Buley, & Sandford, 1997; Iwama,

Andrade, Shima, Tanni, Godoy & Dourado (2009); Major & Fey, 2017; Waters, Perry, Antonelli, & Hislop, 1976; Waters & Mulroy, 1999).

Ao usar uma prótese TT, o amputado tem um dispêndio de 25% a 40% a mais de energia para desempenhar marcha do que uma pessoa não amputada, subindo para 65% a 100% aquando da utilização de uma prótese TF (Biffi, Aramaki, Silva, Garavello, & Cavalcanti, 2017; Gaspar, Ingham, & Chamlian, 2016; Mackenzie et al., 2004; Schmalz, Blumentritt, & Jarasch, 2002).

Tabela 5: Fatores determinantes para a capacidade de deambulação e o consumo de energia metabólica durante a deambulação.

Fonte: Tabela adaptada através do confronto de opiniões de diversos autores ((Alves et al., 2016; Bohannon, Wang, & Gershon, 2015; Coelho, 2011; Crouse, Lessard, Rhodes, & Lowe, 1990; Devlin, Pauley, Head, & Garfinkel, 2004; Dourado, 2011; Gaspar, Ingham, & Chamlian, 2016; Göktepe, Cakir, Yilmaz, & Yazicioglu, 2010; Hoffman, Sheldahl, Buley, & Sandford, 1997; Iwama, Andrade, Shima, Tanni, Godoy & Dourado (2009); Major & Fey, 2017; Navega, Miguel, & Del-Masso, 2011; Waters & Mulroy, 1999; Waters, Perry, Antonelli, & Hislop, 1976).

Fatores determinantes para a capacidade de deambulação e o consumo de energia metabólica durante a deambulação			
Características Individuais	Sexo	Masculino	Custo energético menor; Distância percorrida maior; Velocidade de marcha maior
	Faixa etária	Mais jovens	Custo energético menor; Distância percorrida maior
Hábitos e Fatores comportamentais	Atividade física	Prática regular	Custo energético menor; Distância percorrida maior
	Horas de utilização diária da prótese	Utilização durante mais horas	Distância percorrida maior.
	Auxiliares de marcha	Utilização de auxiliares de marcha	Custo energético maior; Velocidade de marcha menor.
Quadro Clínico	Nível de amputação	Amputação mais proximal	Custo energético maior; Distância percorrida menor; Velocidade de marcha menor.
	Etiologia de amputação	Etiologia traumática	Custo energético menor; Distância percorrida maior; Velocidade de marcha maior
	Nível de atividade	Nível mais alto	Distância percorrida maior.
	Comprimento do coto	Maior comprimento	Custo energético menor; Velocidade de marcha maior

Já que as alterações biomecânicas da marcha com a prótese são responsáveis por um aumento importante do consumo de oxigênio, a prótese prescrita deve ser a mais leve possível para que a demanda muscular seja menor (Gaspar, Ingham, & Chamlian, 2016). A melhoria em componentes

protéticos e tecnologia de montagem nos últimos anos destinam-se a reduzir o consumo de energia e aumentar a mobilidade do amputado (Esquenazi, 2004; Major & Fey, 2017; Schmalz, Blumentritt, & Jarasch, 2002).

As taxas de não utilização de próteses de MI nos EUA estão estimadas em cerca de 15% e o número de indivíduos dependentes de uma cadeira de rodas para a mobilidade aumenta de 13% a 39% em menos de 5 anos pós amputação (Darter, Nielsen, Yack, & Janz, 2013; Schaffalitzky, Gallagher, MacLachlan, & Ryall, 2011; Schaffalitzky, Ni Mhurchadha, Gallagher, Hofkamp, MacLachlan & Wegener, 2009). A protetização ao término do programa de reabilitação, varia em média entre 75 a 95% (Chamlan, 2014).

Nos estudos de JM, CA, Polomski, JR, LH & Houdijk, 2006, o número total de pessoas com capacidade de andar após reabilitação com prótese (com ou sem auxiliares de marcha) variou de 56% a 97%, ao passo que a percentagem de caminhantes exteriores variou de 26% a 62%. De todos os caminhantes, mais de 80% usa muletas (JM, CA, Polomski, JR, LH & Houdijk, 2006). Já nos estudos de Mackenzie et al., 2004, a maior parte dos caminhantes de exterior refere que precisam de ajuda na deambulação em terreno irregular ou enquanto transportam objetos, contudo esta dificuldade é mais evidenciada pelos amputados TF em comparação com os amputados TT (Mackenzie et al., 2004). Segundo outro estudo, este mais recente, realizado por Biffi, Aramaki, Silva, Garavello, & Cavalcanti, 2017, é apontado que grande parte dos amputados de MI possui problemas de desempenho nas atividades de mobilidade dentro e fora de casa e para usar transportes públicos e particulares, sendo que a maioria utiliza auxiliares de marcha (andarrilho, tripés, bengalas ou canadianas) (Biffi, Aramaki, Silva, Garavello, & Cavalcanti, 2017).

Em suma, a capacidade de deambular com prótese após amputação do MI, é um processo complexo que requer uma intensa reabilitação. Sendo um processo que pode ser influenciado por diversos determinantes, clínicos e não clínicos. Contudo, mesmo com a devida atenção preconizada e embora considerado como de bom prognóstico para uso de prótese, o amputado apresentará limitações de mobilidade durante meses ou até mesmo anos após a retirada do membro (Van Der Linde, Buijck, Geurts, Zuidema & Koopmans, 2012).

O bem-estar em amputados do MI

O conceito de bem-estar, é um conceito bastante complexo, que engloba inúmeras áreas de estudo, tendo vindo a sofrer inúmeras alterações com o decorrer dos anos (Galinha & Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). A sua principal mudança é denotada a partir de meados do século XX, onde até então significava apenas, disponibilidade de bens materiais, nomeadamente comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de ação social e dinheiro suficiente. Atualmente relaciona-se também com dimensões menos tangíveis como sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidade de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria e sentido positivo de si (Giacomoni, 2004; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003). Definir bem-estar é difícil, uma vez que pode ser influenciado por

diversas variáveis tais como idade, gênero, nível socioeconómico e cultura, sendo um conceito psicológico e emocional torna-se de difícil mensuração (Galinha & Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004).

Muito amplamente, diz-se que uma pessoa tem elevado sentimento de bem-estar quando apresenta satisfação com a vida, presença frequente de afeto positivo e relativa ausência de afeto negativo, ou seja, o bem-estar reside dentro da experiência individual; não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos e inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspeto da vida (Galinha & Ribeiro, 2005; Giacomoni, 2004; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

O conceito de bem-estar é recorrentemente utilizado nas investigações relacionadas com a saúde. O termo bem-estar relacionado com a saúde surgiu pela primeira vez no final da década de 1940, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como: “health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 1946). Segundo esta definição o ser humano saudável é então aquele que se sente bem fisicamente, mentalmente e socialmente e não apenas aquele que tem ausência de doença ou enfermidade (Roncoletta, 2009).

Quando há uma lesão ou um trauma, como a perda ou ausência de um segmento corporal, existe uma drástica mudança na forma como o indivíduo se passa a sentir fisicamente, mentalmente e socialmente, alterando a forma como ele se apresenta face aos outros e como apreende o mundo. O indivíduo perde a autoestima e o funcionamento social é claramente afetado, diminuindo assim a sua percepção de bem-estar (Marques, 2008). Segundo Ali Abdalla, Galindo, Carvalho Ribeiro, Riedi, Ruaro & Fréz, em 2013 o bem-estar físico está diretamente relacionado à ausência de doença ou de comprometimento da capacidade locomotora e do conforto, portanto, uma boa saúde física é considerada um forte indicativo de bem-estar, por conseguinte, quando existe uma drástica mudança na capacidade locomotora como após uma amputação assistimos a uma drástica diminuição do bem-estar do indivíduo (Ali Abdalla, Galindo, Carvalho Ribeiro, Riedi, Ruaro & Fréz 2013).

Segundo os estudos de Akarsu, Tekin, Safaz, Göktepe, & Yazıcıoğlu, em 2013, 30% dos indivíduos com algum tipo de amputação apresentam diagnóstico de depressão, influenciando diretamente a sensação de bem-estar. Inicialmente é defendido que a depressão está ligada ao fato de a mobilidade estar reduzida, mas com o passar do tempo pensa-se que está relacionada aos altos níveis de restrição na vida diária do amputado. Quanto maior o retorno às atividades diárias e reinserção na sociedade menor o risco de desenvolver depressão crónica e de um aumento do bem-estar geral do amputado (Akarsu, Tekin, Safaz, Göktepe, & Yazıcıoğlu, 2013; Lima, 2015).

Muitas vezes, só retomando à deambulação, após protetização é que o amputado sente melhorias no seu bem-estar, pois já é capaz de retomar os seus estilos de vida anteriores, papéis, atividades e socialização. A capacidade de andar torna-se então numa melhoria de bem-estar para o amputado (O'Neill & Evans, 2009). Segundo Klute, Berge, Biggs, Pongnumkul, Popovic & Curless,

em 2011 para um indivíduo se sentir integrado como deambulador na comunidade, tem que efetuar no mínimo cerca de 1450 passos/dia, o que permitirá aos indivíduos viverem independentes (Klute, Berge, Biggs, Pongnumkul, Popovic & Curless, 2011). A prótese passa então a funcionar como uma ferramenta mediadora entre a incapacidade e o bem-estar do indivíduo (Benedetto, Forgione & Alves 2002).

No entanto com o uso da prótese também vêm algumas frustrações o que influencia a forma como o sujeito apreende o seu bem-estar, nomeadamente desequilíbrios iniciais, a falta do revestimento cosmético nas próteses preparatórias, a impossibilidade do uso de determinadas roupas e calçado, entre outras dificuldades inerentes a este processo. Contudo é esperado com o evoluir da reabilitação e adaptação à prótese que essa percepção acerca do seu bem-estar melhore, pois a capacidade para realizar atividades diárias são indutoras do bem-estar nos amputados (Benedetto, Forgione & Alves 2002; Silva², 2013).

Para além da importância da deambulação atribuída ao amputado através da protetização outro dos aspetos que é referido na literatura como indicativo de melhoria do bem-estar relacionado com a protetização é a restauração da imagem corporal, pois esta permite ao amputado a apresentação da pessoa antes da apresentação da deficiência (Chini, Gislaine Cristina; Magali, 2007; Paiva & Coellner, 2008). Ainda relacionado com a parte estética conferida pela utilização da prótese simples aspetos, tais como, ser capaz de usar diferentes tipos de sapatos e algumas roupas são extremamente importantes para determinar o bem-estar futuro dos amputados (Highsmith et al., 2016; Murray, 2009; Silva, 2013).

Por último mas não menos importante, diversos autores defendem que uma prática regular de atividade física, assim como o retorno ao meio laboral são outros dois fatores a ter em conta para uma melhoria do bem-estar geral das pessoas com deficiência física, nomeadamente dos amputados do MI (Guarino, Chamlian, & Masiero, 2007; Lovo, 2006; Rafael, Gomes, Duarte, Barreto, & Ferreira, 2012; Santiago, 2016).

A importância da aparência em amputados do MI

Desde as antiguidades grega e latina que o corpo é um dos principais temas de reflexão e de interrogações, inicialmente da filosofia e posteriormente da sociologia, da antropologia, da psicologia e da medicina (Marques, 2008). Contudo é a década de 90 que é considerada um marco nos estudos da imagem corporal, onde o corpo e as suas representações atingiram uma enorme importância na sociedade, uma vez que se tornaram uma referência de estudo em diversas áreas do conhecimento (Lovo, 2006; Marques, 2008; Silva, 2013; Russo, 2005).

Entendamos por imagem corporal a forma como o indivíduo se percebe e se sente em relação ao seu próprio corpo (Russo, 2005; Sousa, 2009). Essa imagem remete de algum modo, ao sentido das imagens corporais que circulam na comunidade e se constroem a partir de diversos relacionamentos que nesse contexto se estabelecem. Isto significa que em qualquer grupo existe sempre uma imagem social do corpo que é, portanto, um símbolo que provoca sentimentos de

identificação ou rejeição dos sujeitos em relação a determinadas imagens (Russo, 2005; Sousa, 2009). A imagem corporal transcende as atuais propriedades físicas do corpo (Tatar, 2010). Assim, como um conceito mental, imagem corporal é fortemente influenciada pelas experiências anteriores (Lovo, 2006; Tatar, 2010). A imagem corporal não é um fenômeno estático, mas sim um fenômeno complexo adquirido, construído e estruturado num contato contínuo com o mundo e com nós mesmos, acompanhando o indivíduo desde o seu nascimento até à sua morte e sendo ajustada a cada fase vivencial (Lovo, 2006; Silva, 2013; Russo, 2005; Sousa, 2009; Tatar, 2010).

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. Os amputados perdem a autoestima e o funcionamento social é claramente afetado (Sousa, 2009). As sensações corporais que asseguram a construção da imagem corporal que são necessárias para uma vivência eficaz ficam comprometidas, alias, a investigação sobre a deficiência física e a imagem corpórea sugere que a primeira tem um impacto negativo sobre a segunda, sendo as amputações adquiridas consideradas as causas primordiais de alteração da imagem corporal (Albuquerque & Falkenbach, 2009; Benedetto, Forgione & Alves 2002; Galván & Amiralian, 2009; Holzer et al., 2014; Lovo, 2006; Silva, 2013; Sousa, 2009).

Após a amputação é então necessário e importante que o amputado reconstrua a sua autoimagem, sendo essencial que esta reconstrução se faça de forma positiva uma vez que vai influenciar o próprio conceito corporal. Se a reconstrução se fizer de forma negativa, o autoconceito diminui e aumentam os valores estigmatizantes e preconceituosos que conduzem a sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, tristeza e, por vezes, depressão, e além disso, uma percepção negativa da própria imagem corporal cria dificuldades para conscientização das atividades musculares e para aquisição de posturas corretas no processo de reabilitação (Holzer et al., 2014; Marques, 2008; Murray & Fox, 2002; Sousa, 2009). Para que esta reintegração corporal seja positiva e produtiva ao amputado, este deve aceitar sua perda física, condição necessária para que possa integrar as funções de um membro mecânico, com seus próprios músculos (Benedetto, Forgione & Alves 2002; Debastiani, 2005; Holzer et al., 2014; Sousa, 2009). Deste modo, é importante que o indivíduo possa reformular sua imagem corporal, incorporando suas limitações físicas e adaptando-se ao seu novo estado físico (Benedetto, Forgione & Alves 2002; Holzer et al., 2014; Murray & Fox, 2002).

A etapa do desenvolvimento em que é adquirida a amputação é um fator central na afeção da imagem corporal. Crianças e adultos acima de 65 anos ajustam-se com mais facilidade, de uma forma não desejável, mas relativamente aceitável (Lovo, 2006). A adolescência é um período particularmente vulnerável, durante o qual doenças que alteram a aparência corporal são particularmente sugestivas em resultar no surgimento de atitudes corporais severamente negativas (Lovo, 2006).

A possibilidade de protetização adquire um caráter bastante singular, uma vez que permite a reconstrução do corpo de forma que o sujeito se apropria dele novamente, voltando a ser visto como alguém "saudável", completo, distanciando-se da representação de ser "doente", este corpo,

ainda que reconstruído artificialmente, adquire nova visibilidade e valorização (Paiva & Coellner, 2008). Os utilizadores de prótese tendencialmente revelam uma insatisfação corporal mais reduzida comparativamente com pessoas com outros tipos de deficientes, 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, Gislaine Cristina; Magali, 2007; Holzer et al., 2014; Horgan & MacLachlan, 2004).

Os estudos de Murray & Fox, em 2002 defendem que níveis superiores de satisfação global com as próteses estão correlacionados com níveis mais reduzidos de distúrbio da imagem corporal (Murray & Fox, 2002; Silva², 2013). Usar uma prótese faz com que os amputados resgatem não apenas a funcionalidade corporal, mas ainda, parte da sua estética, na medida em que passaram a vislumbrar o seu corpo novamente como completo, a prótese passa a ser incorporada na sua imagem corporal, tornando-se um prolongamento dos mesmos (Murray & Fox, 2002; Paiva & Coellner, 2008; Tatar, 2010).

A aparência (estética) da prótese atualmente ainda é muito ligada à cobertura cosmética montada sobre o membro mecânico (Cairns, Murray, Corney, & McFadyen, 2014). Existem inúmeros atributos que contribuem para uma má cosmética de uma prótese, por exemplo, materiais de interface podem ser volumosas ou de cor de tal modo que eles são altamente visíveis para os espetadores, sistemas de suspensão podem exigir botões, alças, fivelas, ou outros dispositivos que sejam perceptíveis através da roupa e que são incompatíveis com a anatomia normal (Highsmith et al., 2016). A aparência ou estética de uma prótese é importante para os amputados e pode influenciar a sua opinião ou aceitação. Um revestimento cosmético protético insatisfatório é suscetível de ter um impacto negativo na forma como o amputado vê o seu corpo (Biddiss, Beaton, & Chau, 2007; Carroll & Fyfe, 2004; Datta, Selvarajah & Davey, 2004; Hagberg & Brånemark, 2001; Highsmith et al., 2016; Murray, 2009). Nos estudos realizados por Highsmith et al., 2016, verificou-se que após 12 semanas de o amputado começar a utilizar a cobertura cosmética na prótese, existia um aumento significativo por parte destes na frequência e no envolvimento de atividades que revelam o corpo, além disso, os inquiridos revelaram uma maior perceção de conforto após a colocação da mesma (Highsmith et al., 2016).

Independentemente da população clínica em estudo, a literatura aponta o sexo feminino como o mais insatisfeito com a sua imagem corporal, uma vez que, os sentimentos do sexo feminino estão relacionados com a sua autoimagem, em que a elaboração da imagem que tem de si própria é construída através da sua perceção do corpo como aceitável ou não aceitável, sendo apontado como o sexo que mais investe na função social do seu corpo atribuindo-lhe mais significado (Marques, 2008; Russo, 2005; Sousa, 2009; Valverde, Pilar; Santos, Francisco, Rodríguez, 2010). Neste âmbito é de salientar dois estudos, um deles levado a cabo por Valverde, Pilar, Santos, Francisco, Rodríguez em 2010 com cerca de 20.000 adolescentes espanhóis e outro por Buchanan, Bluestein, Nappa, Woods & Depatie, em 2013 com uma amostra de 2.446 participantes, entre os 18 e os 56 anos, ambos os estudos mostraram que eram as raparigas que se mostravam mais insatisfeitas com a imagem do seu corpo, demonstrando uma maior

preocupação com as formas corporais comparativamente aos homens (Buchanan, Bluestein, Nappa, Woods, & Depatie, 2013; Valverde, Pilar, Santos, Francisco, Rodríguez, 2010).

Poucos são os estudos que avaliam a imagem corporal em homens e mulheres amputados, contudo segundo os estudos realizados por Tatar em 2010 e por Murray & Fox em 2002 existe uma relação significativa entre o alto nível de satisfação funcional com a prótese e a baixa perturbação corporal da imagem no sexo masculino, ao passo que no sexo feminino a baixa perturbação da imagem corporal foi associada ao peso, funcionalidade e satisfação estética com a prótese (Murray & Fox, 2002; Silva², 2013; Tatar, 2010). Para os amputados do sexo masculino a importância dos aspetos funcionais da prótese estão relacionados com a capacidade de atender às necessidades económicas e de participação em atividades físicas adequadas (Murray & Fox, 2002; Tatar, 2010). Para os amputados do sexo feminino, em particular, os aspetos estéticos ou cosméticos, de uma prótese foram importantes no apoio a um sentido do feminino, onde ser capaz de continuar a usar roupas femininas (por exemplo, saias e saltos altos), foi de especial relevância, assim como ter uma prótese que pareça realista (Murray & Fox, 2002). No entanto, a funcionalidade parece desempenhar um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal positiva em ambos os sexos (Craig D Murray & Fox, 2002; Tatar, 2010). Os estudos realizados por Highsmith et al., 2016 na Flórida (EUA) vêm ajudar a corroborar e complementar os estudos referidos anteriormente elaborados por Tatar em 2010, por Murray & Fox em 2002 e por Cairns, Murray, Corney, & McFadyen, 2014, concluindo que, independentemente do nível de amputação, são requeridas mais cosméticas pelo sexo feminino do que pelo sexo masculino e que para além disso independentemente do sexo do amputado são entregues mais cosméticas a amputados TT do que a amputados TF (Highsmith et al., 2016).

Contudo é de salientar que, apesar de toda a evolução que se verificou na última década na elaboração das próteses, nomeadamente na melhoria da sua estética os níveis de satisfação do amputado com a cosmética da prótese no Reino Unido estão abaixo do que a indústria de dispositivos médicos e da comunidade clínica desejaria (Cairns, Murray, Corney, & McFadyen, 2014).

1.4 A problemática da empregabilidade em pessoas portadoras de deficiência

A inserção no mercado de trabalho constitui um momento bastante importante para a participação ativa na sociedade por parte dos indivíduos. O facto de os cidadãos em geral possuírem um emprego contribui em muito para o alcance da sua realização pessoal. Atualmente ainda se verifica a existência de preconceitos que envolvem as diferenças de cada indivíduo, neste caso em específico das pessoas com um determinado grau de deficiência ou incapacidade. O meio laboral persiste como uma das áreas onde a exclusão das pessoas com deficiência é mais notória (Carapinha, 2015; Conselho Da Europa, 2006; World Health Organization, 2012).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) estima-se que mundialmente a população com deficiência corresponda a cerca de 10% da população, ou seja, 650 milhões de

pessoas, número este que se estima que esteja a aumentar devido sobretudo ao aumento da esperança média de vida, assim como, ao aumento de doenças crónicas associadas à incapacidade (Conselho Da Europa, 2006; World Health Organization, 2012).

Podem-se enumerar diversas desvantagens com as quais a pessoa com deficiência, nomeadamente um amputado se depara no mercado de trabalho, podendo-se referir por exemplo, falta de recursos de financiamento, barreiras arquitetónicas, perceção dos empregadores acerca do que é ser amputado ou da pessoa com amputação entre outros. Cabe então, aos sistemas de proteção social criar soluções e incentivos para alterar esta tendência (World Health Organization, 2012).

Como se pode observar através do Relatório Mundial sobre a deficiência produzido pelo OMS em 2011 a problemática da pessoa com deficiência versus população em geral e o meio laboral, em muitos países ainda apresenta uma visão bastante diminuta ou parcial do problema, podendo-se observar que em diversos países nem sequer existem dados disponíveis sobre esta temática. Neste relatório, segundo esta ótica, é então de salientar um estudo que é apresentado que foi realizado pela OIT em 2003. Este estudo mostrou que dos 111 países e territórios participantes no mesmo, cerca de 14% (16 dos países e territórios) não tinham nenhum dado sobre a empregabilidade e a deficiência. Quando aos dados fornecidos pelos restantes 95 países e territórios pode-se verificar que as taxas de empregabilidade das pessoas com deficiência são inferiores às taxas de empregabilidade da população em geral (Carapinha, 2015; World Health Organization, 2012).

Outro estudo que seguindo esta linha de investigação é importante realçar é um estudo que foi realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em 2010, no qual foram reunidos os dados correspondentes a 27 países. Através da análise dos dados destes 27 países pode-se constatar que em todos os países em estudo a taxa de empregabilidade das pessoas com deficiência está abaixo da taxa de empregabilidade em geral. O país no qual esta discrepância é menor, tal como se pode ver através da tabela 6, mas mesmo assim bastante notória é a África do Sul com uma relação de emprego de 30% e o país onde é maior é no Malawi com uma relação de emprego de 92% (Carapinha, 2015; Conselho Da Europa, 2006; World Health Organization, 2012).

Continuando a explorar esta temática, mas agora tendo em conta para além da empregabilidade da pessoa com deficiência versus população em geral o sexo das mesmas, é de realçar os resultados obtidos pela Pesquisa Mundial de Saúde (PMS). Os resultados desta pesquisa que é referente a 51 países, mais uma vez comprovam que as taxas de empregabilidade independentemente do sexo do indivíduo são superiores na população em geral em comparação com as pessoas com deficiência, sendo mais notório na faixa etária compreendida entre os 50 e os 59 anos de idade e se tivermos em conta o sexo de cada indivíduo essa discrepância é maior no sexo masculino do que no sexo feminino (ver tabela 7) (Carapinha, 2015; Conselho Da Europa, 2006; World Health Organization, 2012).

Tabela 6: Taxas de empregabilidade e relações em países selecionados.
 Fonte: Adaptado de Relatório mundial sobre a deficiência World Health Organization, (2012) e de Carapinha (2015)

País	Ano	Taxa de empregabilidade de pessoas com deficiência (%)	Taxa de empregabilidade da população em geral (%)	Relação de empregos
Africa do Sul	2006	12,4	41,1	0,30
Japão	2003	22,7	59,4	0,38
Suíça	2003	62,2	76,6	0,81
Malawi	2003	42,3	46,2	0,92

Tabela 7: Taxas de empregabilidade, proporção de com deficiência e não deficiência.
 Fonte: Adaptada de Relatório mundial sobre a deficiência (World Health Organization, 2012) e de Carapinha (2015)

Indivíduos	Porcentagem		
	Todos os países		
	Não deficiente	Deficiente	Relação
Homem	64.9	52.8	12.1
Mulher	29.9	19.6	10.3
18-49	57.6	41.2	16.4
50-59	60.9	40.2	20.7
Acima de 60	26.8	10.4	16.4

Embora tendo em conta todos estes resultados apresentados anteriormente pelos diversos estudos que demonstram que existe uma grande diferença entre as taxas de empregabilidade das pessoas com deficiência em comparação com as taxas de empregabilidade das pessoas em geral, pensa-se que estes dados ainda se encontram bastante distanciados da realidade. Como as pessoas com deficiência que não conseguem arranjar emprego após um longo período de tempo deixam de procurar, deixam assim de fazer parte das estatísticas, assim como, muitas das vezes as pessoas com deficiência acham que não são aptas para o emprego ou que não vale a pena tentar pois ninguém lhes irá dar uma oportunidade e acabam por viver de rendimentos dados pelo estado e nunca chegam a procurar ou desistem de o fazer. Desta forma pode-se inferir que as taxas de desemprego das pessoas com deficiência serão mais altas do que as apresentadas nos diversos estudos anteriormente mencionados, não oferecendo uma imagem verdadeira da empregabilidade das pessoas com deficiência (Conselho Da Europa, 2006; World Health Organization, 2012).

Em relação aos indivíduos incapacitados em geral, os amputados são os que têm melhor taxa de retorno ao trabalho, se comparados com os portadores de doença neuromuscular, sequela de

acidente vascular cerebral, esclerose múltipla, entre outras (Dornelas, 2010; Guarino, Chamlian, & Masiero, 2007).

Estudos que têm por base a caracterização epidemiológica da população europeia apontam percentagens entre 58,3% até 89% de retorno ao meio laboral em indivíduos amputados após reabilitação (Fisher, Hanspal, & Marks, 2003; Mezghani-Masmoudi, Guerhazi, Feki, Ennaouai, Dammak & Elleuch, 2004; Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma 2001). Contudo, outros autores, tais como Guarino, Chamlian, & Masiero, em 2007 defendem que tais percentagens não correspondem à realidade, tendo em conta, que o perfil epidemiológico das populações europeias descritos por diversos autores não se enquadram com o perfil epidemiológico associado aos amputados do MI nomeadamente, indivíduos caracterizados por uma elevada média de idade aquando da amputação, prevalência da etiologia vascular; grande percentagem de amputações TF e baixo nível de escolaridade. Nesta ótica são então defendidas taxas de retorno ao trabalho muito inferiores (10,2%) quando comparadas ao descrito por outros autores (Fisher, Hanspal, & Marks, 2003; Guarino, Chamlian, & Masiero, 2007; Mezghani-Masmoudi, Guerhazi, Feki, Ennaouai, Dammak & Elleuch, 2004; Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma 2001).

Estudos realizados por Dornelas, 2010 defendem que, após a reabilitação, os jovens amputados por causa traumática apresentaram melhores condições física e psíquica, e maior retorno às atividades profissionais (Dornelas, 2010). Outros estudos, estes realizados por Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma 2001 observaram que os utentes admitidos precocemente para reabilitação tendem a retornar ao trabalho em menor intervalo de tempo (Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma 2001).

Por motivos de segurança algumas limitações de atividade podem ser impostas quando o amputado retorna ao meio laboral, como por exemplo, subir a grandes alturas; transportar cargas pesadas; trabalhar em torno de veículos em movimento ou em superfícies irregulares enquanto carregam objetos entre outros. Empregos que exijam rastejar, correr ou saltar tornam-se indesejáveis, vendo-se o amputado muitas das vezes na necessidade de escolher uma linha diferente de trabalho (Esquenazi & DiGiacomo, 2001).

Para uma reintegração profissional do amputado bem-sucedida é necessário que o seu retorno ao nível laboral seja feito de forma gradual, indo aumentando a carga laboral ao longo do tempo e sendo acompanhado durante todo o processo de reintegração pela sua equipa multidisciplinar, fazendo-se os ajustes necessários tanto na sua reabilitação (com ou sem prótese) quanto no meio laboral para favorecer o melhor possível a sua reintegração (Esquenazi & DiGiacomo, 2001).

Embora sejam apresentadas na literatura boas percentagem de retorno ao meio laboral, como referido anteriormente, diversos estudos defendem que essa reintegração se fez, mas acompanhada de uma mudança da atividade laboral por parte do amputado, sendo privilegiadas atividades intelectuais com menor demanda física. Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma em 2001, observaram que, muitos trabalhadores que se encontravam nas áreas industrial e de transporte mudaram para uma atividade intelectual e com menor demanda física

(Fisher, Hanspal, & Marks, 2003; Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma 2001; Şirzai, Köseoğlu, Kılınc, & Özel, 2016). Já nos estudos de Guarino, Chamlian, & Masiero em 2007 constatou-se que não houve mudança de categoria nos amputados que retornaram ao trabalho, pois estes já realizavam atividades mais intelectuais (Dornelas, 2010; Guarino, Chamlian, & Masiero, 2007).

Alguns autores referem que outros fatores somam-se ao sucesso/insucesso da inserção ou do retorno ao meio laboral, tais como as condições do acesso à escolaridade, a idade em que ocorreu a amputação, a etiologia da amputação, a existência de comorbidades; protetização pouco adequada a atividade laboral, a qualificação, a existência ou não de adaptação do ambiente de trabalho às novas necessidades, limitações do amputado, entre outros (Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma 2001; Şirzai, Köseoğlu, Kılınc, & Özel, 2016). Diante deste contexto, a reintegração às atividades laborais envolve aspetos tanto da reabilitação quanto do mercado de trabalho (Dornelas, 2010; Fisher, Hanspal, & Marks, 2003; Guarino, Chamlian, & Masiero, 2007; Mezghani-Masmoudi, Guermazi, Feki, Ennaouai, Dammak & Elleuch, 2004).

Derivado às dificuldades encontradas no retorno ao meio laboral ou a conseguir um trabalho após a reabilitação, as pessoas com deficiência muitas das vezes, buscam a aposentação por invalidez para garantia de rendimentos (Dornelas, 2010). Segundo Ferreira, Júnior & Borges, 2006, as pessoas com deficiência apresentam condições precárias para o serviço, dificuldades financeiras e têm pequeno poder de pressão em relação ao emprego (Ferreira, Júnior & Borges, 2006).

Os prejuízos profissionais, financeiros e físicos para o indivíduo e para a sua família refletem-se na sociedade com a perda de produtividade no trabalho e perdas materiais. É necessário, portanto, investir neste grupo, na sua melhor capacitação, escolaridade, acessibilidade e na diminuição do preconceito das empresas. Por um lado, os interessados devem investir na reabilitação ou na adequação das condições físicas para exercer alguma ocupação remunerada e, por outro, o próprio mercado deve preparar-se para empregar estas pessoas (Dornelas, 2010; Ferreira, Júnior & Borges, 2006). Sendo assim, não se pode abordar a problemática da empregabilidade em indivíduos portadores de deficiência sem se mencionar os marcos mais significativos na evolução do quadro legislativo de proteção no emprego e as medidas de apoio à integração profissional do indivíduo com deficiência, tanto a nível internacional como nacional.

Ao nível internacional, tanto a abordagem da pessoa com deficiência como a pessoa com deficiência e o emprego foi evoluindo através de legislação e políticas de inclusão, tendo como foco o direito da pessoa com deficiência ao trabalho digno e à sua inclusão no mercado de trabalho, reforçando a igualdade de oportunidades de todos os cidadãos (Carapinha, 2015).

As organizações internacionais nomeadamente a Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Conselho da Europa, a ONU e a Comunidade Europeia, desde a segunda metade do século XX têm desenvolvido recomendações, estudos e programas de ação com a finalidade de inserirem as pessoas com deficiência no mercado de trabalho (Neves & Graça, 2000).

A ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) publicada em 1980, é considerada a primeira tentativa da OMS para elaborar uma linguagem universal sobre a deficiência, mediante a classificação e análise das consequências de uma doença, bem como de outras lesões e distúrbios (Diniz, Medeiros, & Squinca, 2007; OMS, 1980).

O período pós-segunda Guerra Mundial constitui um marco em termos de integração e institucionalização das pessoas com deficiência, mas foi sobretudo a partir de 1980, que se deu um grande avanço, em que a ONU, através das agências especializadas como a OIT e a OMS, contribuíram para a realização de várias iniciativas que estimularam a produção de vários documentos tais como a Declaração dos Direitos do Deficiente (1975). Em 1981 é instituído pela Assembleia-Geral das Nações Unidas, o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, que iniciou a década do deficiente entre 1983 e 1992 e o Programa Mundial de Ação do Deficiente (1982). Em 1993 com a adoção pela ONU consagrou-se o documento Normas para a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência. Definia-se assim, o conceito de igualdade de oportunidades. Igualmente no panorama da igualdade de oportunidades, o Conselho da Europa revê a Carta Social Europeia em 1996, que consagra a igualdade de oportunidades por parte das pessoas com deficiência (Diniz, Medeiros, & Squinca, 2007; OMS, 1980).

Outro importante documento foi elaborado em 1984, onde se definiram as Normas Internacionais do Trabalho sobre a Readaptação Profissional. Seguiu-se a Declaração de Salamanca (1994), um dos documentos internacionais mais importantes sobre a inclusão, e a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (realizada na Guatemala em 1999)(Carapinha, 2015).

Em 2001 é aprovada uma nova Classificação internacional, a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), sucessora da ICIDH (Carapinha, 2015).

Em 2002 realizou-se o Congresso Europeu sobre Deficiência, cujo tema central foi a promoção da independência da pessoa com deficiência, dando origem à Declaração de Madrid que visa a criação de uma sociedade inclusiva para as pessoas com deficiência. Outros documentos se destacam neste âmbito, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e o Plano de Ação do Conselho da Europa 2006-2015 para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência e incapacidade (Carapinha, 2015; Conselho Da Europa, 2006).

Sob o lema “Por uma Europa livre de barreiras” foi aprovada a Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020 a 15 de novembro de 2010, cujo principal objetivo passa por fornecer os meios necessários para que as pessoas com deficiência possam usufruir de todos os seus direitos e beneficiar plenamente da sua participação na sociedade e na economia europeias (Carapinha, 2015; Comissão Europeia, 2010).

Em Portugal as medidas e políticas de proteção social e de emprego dirigidas às pessoas com deficiência e incapacidade apenas conheceram uma mudança significativa após o 25 de Abril de 1974. O período anterior revela uma visão diminuta ou parcial do problema (Carapinha, 2015; Veiga, 2006).

Em 1983 é publicada uma das primeiras iniciativas legislativas no âmbito do apoio ao emprego das pessoas com deficiência, o Decreto-Lei nº 40/83 de 25 de janeiro onde é instituída a modalidade de “emprego protegido” que visa assegurar a valorização pessoal e profissional das pessoas deficientes, facilitando a sua passagem, quando possível, para um “emprego não protegido” (Decreto-Lei n.º 40/83 de 25 de Janeiro do Ministério do Trabalho, 1983).

Um dos fatores de transformação da sociedade portuguesa reside nos impactos e resultados da adesão à Comunidade Europeia em 1986, é aqui que o Fundo Social Europeu desempenhou um papel essencial, como “principal instrumento europeu para promover o emprego, ajudar as pessoas a conseguirem melhores empregos e garantir oportunidades de emprego mais justas para todos os cidadãos” (Comissão Europeia, 2013).

Como forma de atribuição das prestações foi criado o Sistema de Verificação da Incapacidade nos organismos regionais da Segurança Social, com o Decreto Regulamentar nº 57/87 de 11 de Agosto, passando a ser alternativa à Tabela Nacional de Incapacidades criada em 1960 (Carapinha, 2015; Decreto Regulamentar no 57/87 de 11 de Agosto do Ministério do Trabalho e Segurança Social, 1987).

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 247/89, de 5 de agosto, conhecida como A Lei-Quadro da Reabilitação Profissional, posteriormente regulamentado pelo Despacho Regulamentar nº. 99/90, de 6 de setembro são estipulados os apoios atribuídos às entidades empregadoras promotoras das medidas deliberadas, na orientação e formação profissional, e igualmente na adaptação de postos de trabalho, na instalação por conta própria, na eliminação de barreiras arquitetónicas, no acolhimento personalizado na empresa e na compensação por menor produtividade. Para além destes subsídios foram introduzidos prémios de integração e de mérito destinados às entidades empregadoras que celebrem contratos de trabalho sem termo com pessoas com deficiência no caso do prémio de integração, e um prémio monetário anual, destinado às entidades que se distingam na contratação, no caso dos prémios de mérito (Carapinha, 2015; Decreto-Lei n.º 247/89 de 5 de Agosto do Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1989).

Relativamente à avaliação das incapacidades para o desempenho profissional, em 1993, mediante a Portaria nº 326/93 de 19 de Março, adotou-se o “princípio incentivador dos processos de reabilitação profissional” (Carapinha, 2015; Portaria no 326/93 de 19 de Março de 1993 do Ministério do Emprego e da Segurança Social, 1993).

Com o Decreto-Lei nº 29/2001 de 3 de fevereiro, favoreceu-se a integração profissional das pessoas com deficiência cujo grau de incapacidade seja igual ou superior a 60%, é instituída uma quota obrigatória nos serviços e organismos da administração central e local, bem como nos institutos públicos, “de 5% nos concursos externos de ingresso na função pública em que o número de lugares (...) seja igual ou superior a 10”, quando o número de lugares for inferior a 10 e igual ou superior a 3 é garantida a reserva de um lugar para pessoas com deficiência, e nos concursos com uma ou duas vagas, a pessoa com deficiência tem preferência em igualdade de classificação sobre qualquer condição (Carapinha, 2015; Decreto-Lei no 29/2001 de 3 de Fevereiro do Ministério da Reforma do Estado e da Administração Pública, 2001).

A Lei nº 9/89 é revogada pela Lei nº 38/2004, que define as Bases Gerais do Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência. É reforçada a importância do emprego e do trabalho para a inclusão das pessoas com deficiência e incapacidade, sendo da competência do Estado assegurar os direitos de acesso ao mercado laboral. As quotas de emprego são reforçadas e prevêem por parte das empresas e consoante a sua dimensão “contratar pessoas com deficiência, mediante contrato de trabalho ou de prestação de serviço, em número até 2% do total de trabalhadores”. Por sua vez, a “Administração Pública deve proceder à contratação de pessoas com deficiência em percentagem igual ou superior a 5%”. Consequentemente, o Estado tem o dever de estimular e apoiar o recurso ao autoemprego, teletrabalho, trabalho a tempo parcial e no domicílio, conforme o número 2 do artigo 26º (Carapinha, 2015; Lei nº 9/89 de 2 de Maio da Assembleia da República, 1989; Lei no 38/2004 de 18 de Agosto da Assembleia da República, 2004).

O Plano de Ação para Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009 (PAIPDI), foi o primeiro plano de políticas integradas e práticas sustentadas para a área da deficiência, no qual é contemplado a inclusão laboral das pessoas com deficiência e incapacidade (Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação e Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2006). Como meio de assegurar a continuação dessas medidas foi aprovado o Decreto-Lei nº 290/2009, de 12 de Outubro, quadro legal para a inserção profissional de pessoas com deficiência através da criação do Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiência e Incapacidade, que define o regime de concessão de apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento de políticas de emprego e apoio à qualificação das pessoas com deficiência, bem como cria um fórum para a integração profissional (Carapinha, 2015; Decreto-Lei no 290/2009 de 12 de Outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

Na Sequência do DL nº 290/2009, é criado o Decreto-Lei nº 18/2010 o qual define o regime de acesso aos apoios concedidos pelo IEFEP para o desenvolvimento de ações de formação ao abrigo da Medida de Qualificação de Pessoas com Deficiências e Incapacidades. A medida tem como objetivos promover ações que visem a aquisição e o desenvolvimento das competências profissionais necessárias para o exercício de uma atividade no mercado de trabalho, com a finalidade de potenciar a empregabilidade das pessoas com deficiência e incapacidade (Carapinha, 2015; Decreto-Lei n.o 18/2010 de 19 de Março do Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2010).

A 14 de dezembro de 2010 surge a Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (ENDEF), aprovada na Resolução do Conselho de Ministros nº 97/2010, que engloba um conjunto de medidas de sensibilização, formação e apoio à inserção profissional, e manutenção do emprego das pessoas com deficiência e incapacidade (Carapinha, 2015; Resolução do Conselho de Ministros n.o 97/2010 de 14 de Dezembro do Presidência do Conselho de Ministros, 2010).

Em 2011 através da Lei nº 24/2011 é alterado pela primeira vez o DL 290/2009, com o objetivo de reforçar a concessão dos apoios aos centros de emprego protegido e às entidades de direito

privado que promovam programas de emprego apoiado, com vista a melhorar a sua sustentabilidade (Carapinha, 2015; Lei no 24/2011 de 16 de Junho da Assembleia da República, 2011).

Em 2013 são definidos os Estágios Emprego através da Portaria nº 204-B/2013, de 18 de junho que visava a integração de jovens desempregados em entidades públicas ou privadas, mediante a atribuição de apoio financeiro participado pelo IEFP, tendo vindo a sofrer diversas alterações desde então, no entanto tendo sempre um carácter protetor no que se refere a pessoas portadoras de deficiência ou incapacidade (Carapinha, 2015; Portaria no 204-B/2013 de 18 de Junho do Ministério da Economia e do Emprego, 2013). Também em 2013 através do DL nº 131/2013 é alterado pela segunda vez o DL 290/2009, esta alteração alarga o acesso a alguns dos apoios financeiros a entidades de direito público desde que não façam parte da administração direta do Estado, como exemplo a atribuição de apoios para a adaptação de postos de trabalho e eliminação de barreiras arquitetónicas. São também alargados os apoios financeiros concedidos aos centros de emprego protegido criados por pessoa coletiva de direito público, destinados à comparticipação na retribuição e contribuições para a segurança social dos trabalhadores em regime de emprego protegido (Carapinha, 2015; Decreto-Lei no 131/2013 de 11 de Setembro do Ministério da Economia, 2013).

Em 2014 é criada outra medida, de Estímulo Emprego, que visa “aumentar a eficácia e eficiência dos apoios à contratação”. A medida traduz-se num apoio financeiro aos empregadores privados com ou sem fins lucrativos que contratem pessoas desempregadas inscritas no IEFP, nomeadamente pessoas com deficiência e incapacidade (Carapinha, 2015; Portaria no 149-A/2014 de 24 de Julho do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2014).

Em 2015 assiste-se à terceira alteração do DL 290/2009 através do DL nº 108/2015, onde é criada a Marca Entidade Empregadora Inclusiva, reforçando os apoios à qualificação, aos centros de recursos e ao emprego apoiado, bem como ajustando algumas matérias em função da implementação do Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiência e Incapacidade (Decreto-Lei no 108/2015 de 17 de Junho do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, 2015).

1.5 A importância dos instrumentos de medida de resultados no setor da saúde

A QV é uma medida de desfecho que tem sido amplamente utilizada quer por clínicos, pesquisadores, economistas, administradores e políticos. Não é um conceito novo, mas a sua importância e utilização tem crescido nos últimos anos (Campos & Rodrigues Neto, 2014).

É em 1920 que surge pela primeira vez a designação QV, relacionando direitos dos trabalhadores, democracia, bem-estar e melhorias das condições de trabalho, como fatores condicionantes de uma melhoria da mesma (Pedro, 2010; Matos, 2015). Foi o Presidente americano Eisenhower nos anos 60 que incorporou este conceito nas preocupações dos americanos no relatório da “Commission on National Goals” que continha um conjunto de indicadores sociais e ambientais de

QV, estabelecidos como objetivos concretos para o povo americano (Matos, 2015; Pedro, 2010; Pedro & Ribeiro, 2008; Reis Pedro & Pais-Ribeiro, 2008).

Em 1994 surge pela primeira vez por parte da OMS uma definição de QV e em 1996 em Gianchello surge a versão inglesa do conceito denominada Healthrelated Quality of Life (HRQL), sendo ambos muito similares. Ambas as definições definem a QV como sendo o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Na década de 80 os estudos sobre esta temática evoluíram para integrar análises de custo-utilidade, que ampliavam a visão restrita dos trabalhos de custo eficácia dos anos 70, criticados por se deterem apenas em indicadores clínicos. Desde então, passou-se a considerar que os estudos de custo-utilidade são apropriados quando a QV é um resultado importante, usualmente apresentado como custo por ano de vida ganho, ajustado pela qualidade ou QALY (quality-adjusted life-years). Porém, sobre a interpretação multiprofissional, destacam-se contradições, uma vez que os problemas suscitados para os economistas, na definição e medida de QV, são diferentes dos que têm os profissionais de saúde (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

Recentemente tem sido reforçado o uso da QV como um conceito necessário na prática dos cuidados e pesquisa em saúde dando origem ao conceito de QdVRS (Campos & Rodrigues Neto, 2014; Seidl & Zannon, 2004). É o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. Não obstante a ausência de uma definição consensual, atualmente existe crescente interesse em transformar a QdVRS em uma medida quantitativa. Um número crescente de instrumentos tem sido construído para medi-la, bem como os danos a elas relacionados, sendo administrados por entrevistadores ou autoadministráveis.

Os instrumentos de medida de QdVRS podem ser divididos em dois grupos, sendo eles, genéricos e específicos (Campos & Rodrigues Neto, 2014). Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da QdVRS da população em geral. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar, de forma individual e específica, determinados aspetos da QdVRS, proporcionando maior capacidade de deteção de melhora ou piora do especto em estudo. Sua principal característica é a sensibilidade de medir as alterações, em decorrência da história natural ou após determinada intervenção (Campos & Rodrigues Neto, 2014).

A ortoprotesia, tal como já foi referido anteriormente neste documento, faz parte do grupo profissional dos TSDT pelo que a temática da QdVRS assim como a utilização de instrumentos específicos capazes de determinar aspetos da QdVRS para uma determinada população, é de especial importância e pertinência (Matos, 2015; Matos, 2016).

Para além da importância da QdVRS atualmente é bastante evidente a importância da percepção do utente sobre a sua QdVRS pelo que instrumentos que avaliem a autopercepção do utente nas diversas áreas relacionadas com a saúde são bastante pertinentes para um auxilio da tomada de

decisão tendo por base uma sustentação científica (Campos & Rodrigues Neto, 2014; Matos, 2015)

Não existe um consenso geral na avaliação funcional do utente com amputação do MI, existem apenas alguns questionários de autorresposta de avaliação da capacidade funcional tais como, Locomotor Capabilities Index (LCI), Funtional Independence Mesure (FIM), Reintegration Normal Living (RNL), Prosthesis Profile of the Amputee (PPA) e o Prosthesis Evaluation Questionnaire (PEQ) (Kark & Simmons, 2011; Matos, 2015). Todos estes instrumentos recolhem a perceção do doente, que fornecem aos prestadores de cuidados de saúde informações, que complementam outros dados, e que permitirão auxiliar uma tomada de decisão mais fundamentada, contudo é essencial que estes instrumentos estejam validados para a população em estudo, neste caso em concreto pra a população portuguesa (Kark & Simmons, 2011).

Os principais objetivos da avaliação e quantificação dos resultados obtidos na prática clínica são o de quantificar os progressos do doente e poder comparar resultados oriundos de diferentes intervenções, com o intuito de avaliar a eficiência das soluções preconizadas, sendo assim, a QV é no campo da saúde e da doença um instrumento muito importante não somente para a monitorização de práticas e resultados, mas também como um instrumento essencial na gestão de recursos dos cuidadores e pagadores numa ótica de rentabilização e otimização da QV (Campos & Rodrigues Neto, 2014; Matos, 2015). As escalas e questionários diferem na maneira de medir os resultados e são apenas parcialmente comparados uns aos outros (Kageyama, Yogi, Sera, Yogi, Pedrinelli & Camargo, 2008). Estes instrumentos de medida de resultados são muito vulgarmente utilizados como um instrumento participante na evidência baseada na prática e são e serão cada vez mais essenciais como forma de fundamentação de uma política de avaliação das tecnologias da saúde como forma de racionalização e otimização de custos (Day & Buis, 2012; Matos, 2015).

CAPÍTULO II - Metodologia

2.1 Modelo hipotético de investigação ou objetivos gerais

A realização desta investigação tem como objetivo principal estudar a percepção do amputado quanto à deambulação com o recurso a uma prótese e a percepção do mesmo quanto ao bem-estar e aparência da mesma. Elaborar uma análise socioprofissional demográfica e clínica dos referidos amputados, permitindo-nos estabelecer padrões e relações entre estes dados e a percepção daqueles em relação às três variáveis em estudo já mencionadas (deambulação com o recurso a uma prótese, percepção quanto ao bem-estar com a prótese e aparência da prótese).

2.2 Objetivos específicos

Analisar as variáveis socioprofissionais, demográficas e clínicas em utentes com amputação unilateral do MI que utilizem prótese.

Estudar as relações existentes e a importância atribuída pelo utente protetizado às temáticas da deambulação, bem-estar e aparência da prótese.

Estudar as relações existentes entre as temáticas da deambulação, bem-estar e aparência da prótese com os dados socioprofissionais, demográfica e clínica dos mesmos.

Fazer uma análise de custo-benefício sobre a empregabilidade/desemprego e os custos para a sociedade que daí advêm em utentes com amputação unilateral do MI que utilizem prótese.

2.3 Questões de investigação

A formulação das questões de investigação numa investigação científica constitui uma etapa que se reveste de grande importância.

Partindo do objetivo geral do presente estudo, são formuladas e apresentadas as questões de investigação a que pretendemos responder. Tais questões foram formuladas através de modelos teóricos e de problemas da prática profissional. As questões de investigação são as seguintes:

Q1: A idade com que ocorreu a amputação e a escolaridade do amputado encontram-se relacionados com a empregabilidade após a amputação?

Q2: Após a amputação/protetização assistimos a um aumento do desemprego, a um aumento de custos e a uma diminuição de rendimentos do amputado?

Q3: Existem diferenças significativas entre o valor atribuído à aparência da prótese consoante o sexo do amputado?

Q4: Os amputados classificam como bom o seu bem-estar com o uso da prótese?

Q5: Valores mais altos atribuídos à deambulação com a prótese encontra-se relacionada com a existência de atividades profissionais após amputação que exigem mais demanda física e menos demanda intelectual?

Q6: Valores elevados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma encontram-se associados a taxas de empregabilidade mais elevadas e a valores mais baixos de custos?

A figura seguinte (Figura 2) pretende demonstrar a relação existente entre as variáveis em estudo e as questões de investigação, assim como a importância dos fatores demográficos, sociais, clínicos e profissionais em todo este processo de protetização e vivência após o mesmo. Podemos também verificar o momento a partir do qual, neste caso em concreto a Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda., entra em todo este processo.

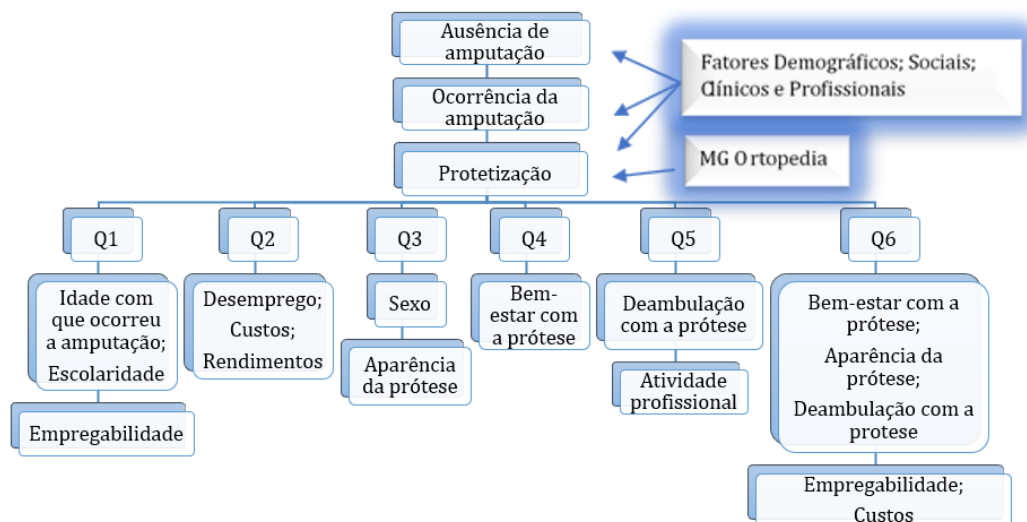


Figura 2: Esquema representativo das questões de investigação propostas a estudar

2.4 Tipo de estudo, população em estudo e amostra

A estratégia de pesquisa que decidimos seguir foi uma estratégia quantitativa através de um “estudo setorial cruzado (*crosssectional research design*)”. Um estudo setorial cruzado enquadra-se no paradigma quantitativo/positivista em que os dados são recolhidos simultaneamente de forma a estudar as características de uma amostra ou população em dado momento, utiliza testes estatísticos para analisar amostras de grande dimensão e representativas, de forma que os resultados possam ser utilizados para se generalizar para toda a população (Olsen & George, 2004; Santos, 2012).

A população-alvo deste estudo será todos os amputados do MI que recorram aos serviços da Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda. Esta ortopedia está localizada na cidade do Porto, Campanhã e foi fundada no ano de 1999, oferecendo todo o tipo de serviços ortoprotésicos desde venda, fabrico e assistência técnica a próteses, ortóteses e produtos de apoio, sendo que a sua especialização são próteses de MI e superior e ortóteses por medida. A confeção dos dispositivos ortoprotésicos é efetuada segundo prescrição médica, quer a nível hospitalar quer a nível das companhias de seguros, na qual em muitos dos casos, é pedido o aconselhamento dos técnicos da ortopedia para a escolha da melhor solução ortoprotésica, sendo que, os clientes contam sempre com um acompanhamento regular. Para além da parte técnica propriamente dita, a Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda. prima pelo interesse na evolução da profissão e dos cuidados prestados aos seus clientes, tendo já colaborado em diversas investigações, quer a nível de projetos de licenciatura, dissertações de mestrado e teses de doutoramento. É então nesta perspetiva e sendo a investigadora principal desta dissertação uma das técnicas responsáveis pela parte técnica desta ortopedia, que surge o interesse em realizar o estudo nesta empresa.

A população amostral que integrará o presente estudo, constituir-se-á pelos amputados unilaterais do MI que já utilizam prótese há pelo menos um ano ou mais e que concordem em responder aos questionários de forma presencial, por carta ou correio eletrónico.

O método de amostragem que iremos utilizar será o método não probabilístico, através de uma amostragem por conveniência.

2.5 Procedimentos

Instrumentos utilizados

As escalas e questionários diferem na maneira de medir os resultados e são apenas parcialmente comparados uns aos outros (Matos, 2015; Sinha, Ja Van Den Heuvel & Arokiasamy, 2011). Estes instrumentos de medida de resultados são muito vulgarmente utilizados como um instrumento participante na evidência baseada na prática (Ferreira, 1998; Gil, 2015).

Quantificar os progressos do doente e poder comparar resultados oriundos de diferentes intervenções, com o intuito de avaliar a eficiência das soluções propostas são os principais objetivos da avaliação e quantificação dos resultados obtidos na prática clínica (Gil, 2015; Matos, 2016; Sinha, Ja Van Den Heuvel & Arokiasamy, 2011). Para tal foram utilizados dois questionários, O questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos e o questionário de avaliação de prótese (PEQ-PT).

Questionário socioprofissional, demográfico e clínico

De forma a alcançar os objetivos acima mencionados, elaboramos e utilizamos um inquérito por questionário composto por dados socioprofissionais, demográficos e clínicos que teve como objetivo recolher informações consideradas pertinentes para o estudo ao nível dos dados sociais, profissionais, demográficos e clínicos dos participantes em estudo (Ver Anexo VI).

Questionário de Avaliação de Prótese (PEQ-PT)

O PEQ-PT é um questionário psicométrico de autorresposta contendo 84 itens e 9 subescalas validadas, compostas individualmente por múltiplas questões. Estas 9 subescalas ao serem independentes entre si, permitem a sua utilização separadamente, pelo que iremos utilizar neste estudo apenas as que se aplicarem, ou seja, a subescala da deambulação composta por 8 itens, a subescala da aparência composta por 5 itens e a subescala de bem-estar composta por 2 itens (ver tabela 8) (Ver Anexo VII) (Boone & Coleman, 2006; Legro, Reiber, Smith, Del Aguila, Larsen & Boone, 1998; Matos, 2015).

Tabela 8: Subescalas validadas, distribuição das questões e conteúdos do PEQ-PT a utilizar nesta dissertação.

Fonte: Adaptada de Boone & Coleman (2006) e de Matos (2015)

Subescalas	Nº de Itens	Conteúdo Geral das Questões
Deambulação	8	Ajuste do encaixe, peso, conforto em pé, conforto sentado, desequilíbrio, energia, sensações, facilidade em colocar a prótese
Aparência	5	Aspeto da prótese, estragos na roupa, estragos na cosmética, escolha de sapatos
Bem-Estar	2	Grau de satisfação desde a amputação, grau de Qualidade de Vida

Procedimento de recolha dos dados

Antes de iniciar o processo de recolha de dados procuramos obter a autorização por parte do Mestre José Pedro Fulgêncio de Matos para a utilização do questionário PEQ-PT por ele validado para a população portuguesa, assim como a autorização da empresa Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda., para a realização do presente estudo (Ver Anexo III e Anexo IV).

Após a obtenção das autorizações acima mencionadas, foi contactada a população em estudo através de e-mail, telefone, carta ou de forma presencial onde foi explicado o objetivo do estudo e pedida a colaboração dos mesmos (Ver Anexo V). Aos primeiros 24 participantes que aceitaram participar no estudo foi feito um pré-teste com o questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos. Aqueles que possuíam os critérios de inclusão necessários preencheram também o segundo questionário (PEQ-PT).

Após a reformulação do questionário referente aos dados socioprofissionais, demográficos e clínicos, através dos resultados recolhidos pelo pré-teste anteriormente aplicado foi então obtida a colaboração de mais 79 participantes, perfazendo um total de 103 inquiridos dos quais 48 responderam por carta, 18 por correio eletrónico e 37 presencialmente no período compreendido entre 29 de Março de 2018 e 9 de Julho de 2018. Destes 103 participantes 74 possuíam critérios de inclusão para responder aos 2 questionários, enquanto os restantes 29 possuíam critérios de inclusão para responder apenas a um questionário (Questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos).

Após a administração dos instrumentos, procedeu-se à codificação dos dados e ao posterior tratamento estatístico, através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0, para Windows. Foi realizada uma análise descritiva de maneira a perceber a distribuição dos dados através do Teorema do Limite central e analisado o relacionamento entre as diferentes variáveis, estabelecendo correlações entre as mesmas.

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

Análise estatística dos dados

Estatística descritiva

Para as variáveis de caracterização, apresentam-se as tabelas de frequências e gráficos ilustrativos das distribuições de valores verificadas, e para as variáveis medidas em escala de Likert ou quantitativas apresentam-se algumas estatísticas relevantes, abordados por Guimarães e Cabral (2010), como a média (para as questões numa escala de 1 a 5, um valor superior a 3 é superior à média da escala), o desvio padrão (que representa a dispersão absoluta), o coeficiente de variação (que ilustra a dispersão relativa), os valores mínimos e máximos observados.

Análise de consistência interna de escalas

A análise de consistência interna permite estudar as propriedades de escalas de medida e as questões que as compõem, de acordo com Anastasi (1990) e DeVellis (2016), com o cálculo do Alfa de Cronbach, o modelo mais utilizado nas ciências sociais para medir a forma como um conjunto de variáveis representam uma determinada dimensão (Hill & Hill, 2008). Um coeficiente de consistência interna superior a 0,80 é considerado como adequado, de acordo com Muñiz (2003) e Nunnally & Bernstein (1978).

Quando existem *Missing Values*, os elementos da amostra correspondentes são excluídos dos cálculos efetuados para o Alfa de Cronbach (Hill & Hill, 2008).

Teste do qui-quadrado

Os testes estatísticos servem para averiguar se as diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população.

A utilização do teste do qui-quadrado é abordada por Pestana & Gageiro (2014) e Maroco (2018). Perante duas variáveis nominais ou uma variável nominal e outra ordinal, o teste adequado para verificar a relação entre cada par de variáveis é o Qui-quadrado, em que temos as hipóteses:

H0: As duas variáveis são independentes;

H1: As duas variáveis apresentam uma relação entre si;

Quando o valor de prova for inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, concluindo-se que as duas variáveis estão relacionadas. Quando o valor de prova do teste for superior ao valor de referência de 5%, não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as duas variáveis são independentes, ou seja, conclui-se que elas não estão relacionadas. Quando existem mais de 20% das células com frequência esperada inferior a 5, é preciso aplicar o teste de Fisher em substituição do teste do qui-quadrado (Maroco, 2018; Pestana & Gageiro 2014) .

Teste de McNemar-Bowker

A utilização do teste do teste de McNemar-Bowker é semelhante ao qui-quadrado, mas aplica-se à análise das variações numa variável medida em dois momentos diferentes, estudando as hipóteses:

H0: A variável não apresenta diferenças em dois momentos;

H1: A variável apresenta diferenças em dois momentos;

Quando o valor de prova for inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, caso contrário não se rejeita a hipótese nula.

Intervalos de confiança

Os intervalos de confiança são determinados com um grau de confiança de 95%. Os intervalos de confiança são um instrumento da inferência estatística, que permitem inferir sobre os intervalos de

valores que se observam para a população, a partir de dados da amostra e também averiguar se diferenças observadas na amostra são estatisticamente significantes, ou seja, se as conclusões da amostra se podem inferir para a população (Guimarães e Cabral, 2010)

Teste t de Student

A utilização do teste paramétrico t de Student é abordada por DeVellis (2016) e Maroco (2018) e do teste não paramétrico de Mann-Whitney encontra-se também em Maroco (2018) e Pestana & Gageiro, (2014). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ainda ser encontrada em (Maroco, 2018; Pestana & Gageiro, 2014).

Quando se pretende analisar uma variável quantitativa nas duas categorias de uma variável dicotómica pode utilizar-se o teste paramétrico t de Student, por forma a verificar a significância das diferenças entre os valores médios observadas para ambos os grupos, que coloca as seguintes hipóteses:

H0: Não existe diferença na média das variáveis, entre as duas categorias em estudo.

H1: Existe diferença na média das variáveis, entre as duas categorias em estudo.

Quando o valor de prova do teste t é superior a 5%, aceita-se a hipótese nula, ou seja, não há diferenças entre os dois grupos. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula, da média ser igual para os dois grupos, ou seja, há diferenças entre os dois grupos.

Para aplicar um teste estatístico paramétrico, é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors), que coloca a hipótese nula da variável seguir uma distribuição normal, pois para aplicar os testes estatísticos paramétricos é necessário verificar este pressuposto:

H0: A variável segue uma distribuição normal para as classes da variável qualitativa.

H1: A variável não segue uma distribuição normal para as classes da variável qualitativa.

Nos casos em análise, verifica-se sempre a hipótese nula, pelo que o teste paramétrico pode ser utilizado.

Teste ANOVA

A utilização do teste paramétrico ANOVA é abordada por Maroco (2018), e do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis encontra-se também em Maroco (2018). A análise dos pressupostos que permitem escolher entre a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos pode ser encontrada em (Maroco, 2018).

Para realizar o estudo da relação entre uma variável qualitativa e variáveis quantitativas, estas podem ser determinadas pelos valores médios obtidos para cada classe da variável qualitativa, sendo o teste de hipóteses adequado a ANOVA, que coloca as seguintes hipóteses:

H0: As médias da variável são iguais nas categorias da variável qualitativa.

H1: As médias da variável são diferentes nas categorias da variável qualitativa.

Quando o valor de prova da ANOVA é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese de que as médias das variáveis quantitativas sejam iguais para as várias categorias das variáveis qualitativas. Quando é superior a 5%, não se rejeita a hipótese nula.

Para aplicar este teste estatístico paramétrico, também é necessário verificar o pressuposto da normalidade das distribuições das variáveis, o que foi realizado com o teste K-S (já explicado), em que nos casos em análise, verifica-se sempre a hipótese nula, pelo que o teste paramétrico pode ser utilizado.

CAPÍTULO III - Apresentação de resultados da investigação

Neste ponto serão apresentados e discutidos os resultados, tomando como referencial cada uma das questões de investigação colocadas. Serão apresentados num primeiro momento os resultados da análise exploratória de dados, seguidos da análise inferencial dos mesmos.

3.1 Análise descritiva da amostra

A amostra é constituída por 103 elementos, os quais são utentes da Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda., e que aceitaram participar neste estudo quer através de e-mail, telefone, carta ou de forma presencial no período compreendido entre 29 de Março de 2018 e 9 de Julho de 2018.

Dados demográficos

Na amostra, 76% são do sexo masculino e os restantes 24% do sexo feminino (ver tabela 9) (ver Anexo VIII fig. 7).

Tabela 9: Tabela de frequências: Sexo

	Frequência	Percentagem
Masculino	78	75,7
Feminino	25	24,3
Total	103	100,0

Na amostra, 4,9% têm “Entre os 15 e os 25 anos”, 3,9% têm “Entre os 25 e os 35 anos”, 10,7% têm “Entre os 35 e os 45 anos”, 19,4% têm “Entre os 45 e os 55 anos”, 22,3% têm “Entre os 55 e os 65 anos”, 34,0% têm “Entre os 65 e os 75 anos” e 4,9% têm “Mais de 75 anos (ver tabela 10) (ver Anexo VIII fig. 8).

Tabela 10: Tabela de frequências: Idade

	Frequência	Percentagem
Entre os 15 e os 25 anos	5	4,9
Entre os 25 e os 35 anos	4	3,9
Entre os 35 e os 45 anos	11	10,7
Entre os 45 e os 55 anos	20	19,4
Entre os 55 e os 65 anos	23	22,3
Entre os 65 e os 75 anos	35	34,0
Mais de 75 anos	5	4,9
Total	103	100,0

Na amostra, 59,2% respondem “Casado(a)”, 22,3% respondem “Solteiro”, 10,7% respondem “Divorciado(a)/ Separado(a)”, 6,8% respondem “Viúvo(a)” e 1,0% (um elemento) responde “Em união de facto” (ver tabela 11) (ver Anexo VIII fig. 9).

Tabela 11: Tabela de frequências: Estado civil

	Frequência	Percentagem
Solteiro	23	22,3
Casado(a)	61	59,2
Em união de facto	1	1,0
Divorciado(a)/ Separado(a)	11	10,7
Viúvo(a)	7	6,8
Total	103	100,0

Na amostra, 72% referem ter filhos e os restantes 28% respondem que não têm filhos (ver tabela 12) (ver Anexo VIII fig. 10).

Tabela 12: Tabela de frequências: Existência de filhos

	Frequência	Percentagem
Não	29	28,2
Sim	74	71,8
Total	103	100,0

Na amostra, dos 74 elementos que referem ter filhos, 24,3% têm um filho, 48,6% têm dois filhos, 16,2% têm três filhos e 10,8% têm três filhos (ver tabela 13) (ver Anexo VIII fig. 11).

Tabela 13: Tabela de frequências: Número de filhos

	Frequência	Percentagem
1	18	24,3
2	36	48,6
3	12	16,2
4	8	10,8
Total	74	100,0

Na amostra, quanto à residência permanente, 64,1% vivem no distrito do Porto, 14,6% vivem no distrito de Aveiro, 9,7% vivem no distrito de Braga, 4,9% vivem no distrito de Vila Real, 3,9% vivem no distrito de Viseu, 1,9% vivem no distrito de Bragança e 1,0% (um elemento) vive no distrito de Lisboa (ver tabela 14) (ver Anexo VIII fig. 12).

Tabela 14: Tabela de frequências: Residência Permanente (Distrito)

	Frequência	Porcentagem
Braga	10	9,7
Aveiro	15	14,6
Bragança	2	1,9
Porto	66	64,1
Lisboa	1	1,0
Viseu	4	3,9
Vila Real	5	4,9
Total	103	100,0

Na tabela seguinte (ver tabela 15), apresentam-se os concelhos de residência, sendo o mais frequente o Porto, seguido de Vila Nova de Gaia e Santa Maria da Feira.

Tabela 15: Tabela de frequências: Residência Permanente (Concelho)

	Frequência	Porcentagem		Frequência	Porcentagem
Santa Maria da Feira	7	6,8	Lamego	1	1,0
Braga	2	1,9	Boticas	1	1,0
Paredes	5	4,9	Lousada	1	1,0
Barcelos	2	1,9	Ovar	1	1,0
Amarante	2	1,9	Estarreja	2	1,9
Aveiro	1	1,0	Póvoa de Varzim	3	2,9
Marco de Canaveses	1	1,0	Lisboa	1	1,0
Porto	24	23,3	Campanhã	1	1,0
Gondomar	4	3,9	Moimenta da Beira	1	1,0
Bragança	1	1,0	Mealhada	1	1,0
Vila Nova de Gaia	8	7,8	Paços de Ferreira	1	1,0
Guimarães	3	2,9	Montalegre	1	1,0
Valongo	4	3,9	Castelo de Paiva	1	1,0
Cinfães	1	1,0	Vale de Cambra	1	1,0
Penafiel	3	2,9	Vila do Conde	1	1,0
Marco de Canaveses	1	1,0	Albergaria a Velha	1	1,0
Mesão Frio	1	1,0	Santo Tirso	1	1,0
Maia	2	1,9	Fafe	2	1,9
Matosinhos	3	2,9	Póvoa de Lanhoso	1	1,0
Mirandela	1	1,0	Trofa	1	1,0
Vila Real	2	1,9	Viseu	1	1,0
			Total	103	100,0

Na tabela seguinte (ver tabela 16), apresentam-se as cidades de residência, sendo a mais frequente o Porto.

Na amostra, quanto às habilitações, 5,8% respondem “Não sabe ler nem escrever”, 39,8% têm “1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano ou equivalente legal)”, 16,5% têm “2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano ou equivalente legal)”, 10,7% têm “3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano ou equivalente legal)”, 20,4% têm “Ensino Secundário (12º ano)”, 4,9% têm “Bacharelato ou equivalente legal” e 1,9% têm “Licenciatura ou equivalente legal” (ver tabela 17) (ver Anexo VIII fig. 13).

Tabela 16: Tabela de frequências: Residência Permanente (Cidade)

	Frequência	Percentagem		Frequência	Percentagem
Gião	1	1,0	Lousada	1	1,0
Braga	3	2,9	Ovar	1	1,0
Barcelos	2	1,9	Santa Maria da Feira	1	1,0
Amarante	2	1,9	Póvoa de Varzim	3	2,9
Santa Maria da Feira	3	2,9	Lisboa	1	1,0
Ílhavo	1	1,0	Campanhã	2	1,9
Marco de Canaveses	2	1,9	Fafe	3	2,9
Rio Tinto	1	1,0	Guimarães	1	1,0
Gondomar	2	1,9	Vila do Conde	2	1,9
Fiães	2	1,9	Moimenta da Beira	1	1,0
Bragança	1	1,0	Mealhada	1	1,0
Vila Nova de Gaia	8	7,8	Paços de Ferreira	1	1,0
Porto	20	19,4	Bustelo	1	1,0
Guimarães	1	1,0	Castelo de Paiva	1	1,0
Valongo	3	2,9	Estarreja	2	1,9
Cinfães	1	1,0	Vale de Cambra	1	1,0
Penafiel	3	2,9	Paranhos	1	1,0
Mesão Frio	1	1,0	Albergaria a Velha	1	1,0
Maia	2	1,9	Santo Tirso	1	1,0
Matosinhos	4	3,9	Fânzeres	1	1,0
Mirandela	1	1,0	Trofa	1	1,0
Vila Real	3	2,9	Viseu	1	1,0
Lamego	1	1,0	Ermesinde	1	1,0
Paredes	4	3,9	Lordelo	1	1,0
			Total	103	100,0

Tabela 17: Tabela de frequências: Habilitações literárias atuais

	Frequência	Percentagem
Não sabe ler nem escrever	6	5,8
1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano ou equivalente legal)	41	39,8
2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano ou equivalente legal)	17	16,5
3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano ou equivalente legal)	11	10,7
Ensino Secundário (12º ano)	21	20,4
Bacharelato ou equivalente legal	5	4,9
Licenciatura ou equivalente legal	2	1,9
Total	103	100,0

Dados clínicos

Na amostra, quanto à etiologia (causa) da amputação, 45,6% referem ser “Traumática (Devido a um acidente)”, 25,2% referem ser “Vascular”, 13,6% referem ser “Tumoral (Devido a um tumor)”, 6,8% referem ser “Diabetes”, 6,8% referem ser “Congénita (De nascença)” e 1,9% referem ser “Outra” (ver tabela 18) (ver Anexo IX fig. 14).

Tabela 18: Tabela de frequências: Etiologia (causa) da amputação

	Frequência	Percentagem
Vascular	26	25,2
Tumoral (Devido a um tumor)	14	13,6
Traumática (Devido a um acidente)	47	45,6
Diabetes	7	6,8
Congénita (De nascença)	7	6,8
Outra	2	1,9
Total	103	100,0

Na amostra, quanto ao lado da amputação, 55,3% referem ser “Esquerdo”, 38,8% referem ser “Direito” e 5,8% referem ser “Bilateral” (ver tabela 19) (ver Anexo IX fig. 15).

Tabela 19: Tabela de frequências: Lado da amputação

	Frequência	Porcentagem
Direito	40	38,8
Esquerdo	57	55,3
Bilateral	6	5,8
Total	103	100,0

Na amostra, quanto à antiguidade da amputação, 22,3% referem ser “De 1 a 5 anos”, 12,6% referem ser “De 5 a 10 anos”, 11,7% referem ser “De 10 a 15 anos”, 15,5% referem ser “De 15 a 20 anos”, 8,7% referem ser “De 20 a 25 anos” e 29,1% referem ser “Há mais de 25 anos” (ver tabela 20) (ver Anexo IX fig. 16).

Tabela 20: Tabela de frequências: Antiguidade da amputação

	Frequência	Porcentagem
De 1 a 5 anos	23	22,3
De 5 a 10 anos	13	12,6
De 10 a 15 anos	12	11,7
De 15 a 20 anos	16	15,5
De 20 a 25 anos	9	8,7
Há mais de 25 anos	30	29,1
Total	103	100,0

Na amostra, quanto ao nível da amputação, 44,7% referem ter “Amputação Transfemural (pela coxa)”, 39,8% referem ter “Amputação Transtibial (entre o pé e o joelho)”, 3,9% referem ter “Amputação Desarticulação da Anca (perna inteira)”, 1,9% referem ter “Amputação tipo Syme (pelo calcânhar)” e 9,7% referem ter “Outra” (ver tabela 21) (ver Anexo IX fig. 17).

Tabela 21: Tabela de frequências: Nível da amputação

	Frequência	Porcentagem
Amputação tipo Syme (pelo calcânhar)	2	1,9
Amputação Transtibial (entre o pé e o joelho)	41	39,8
Amputação Transfemural (pela coxa)	46	44,7
Amputação Desarticulação da Anca (perna inteira)	4	3,9
Outra	10	9,7
Total	103	100,0

Na amostra, 56,3% possui outras patologias (doenças) associadas (ver tabela 22) (ver Anexo IX fig. 18).

Tabela 22: Tabela de frequências: Possui outras patologias (doenças) associadas

	Frequência	Porcentagem
Não	45	43,7
Sim	58	56,3
Total	103	100,0

Na amostra, dos 58 elementos que possuem outras patologias (doenças) associadas, são referidas as listadas na tabela, sendo a má circulação a mais referida, seguida de diabetes (ver tabela 23).

Na amostra, quanto aos anos de utilização de prótese, 25,2% referem ser “De 1 a 5 anos”, 10,7% referem ser “De 5 a 10 anos”, 13,6% referem ser “De 10 a 15 anos”, 12,6% referem ser “De 15 a

20 anos”, 8,7% referem ser “De 20 a 25 anos” e 29,1% referem ser “Há mais de 25 anos (ver tabela 24) (ver Anexo IX fig. 19).

Tabela 23: Tabela de frequências: Qual/quais as outras patologias (doenças) associadas que possui

	Frequência	Porcentagem
Diabetes	2	3,4
Má circulação	11	19,0
Problemas cardíacos	1	1,7
LES (Lupus Eritematoso Sistémico)	1	1,7
Problemas cardíacos, atrofia muscular, atrozes	1	1,7
Diabetes, Má circulação	10	17,2
Problemas de pele e alergias	1	1,7
Má circulação, Dores crónicas	1	1,7
Diabetes, Problemas cardíacos	1	1,7
Diabetes, Problemas de coluna (hérnias)	1	1,7
Diabetes, Má circulação, Insuficiência Renal	3	5,2
Diabetes, Má circulação, Problemas de visão; Insuficiência Renal	4	6,9
Diabetes, Má circulação, Problemas cardíacos, Problemas de Visão	1	1,7
Diabetes, Má circulação, Problemas cardíacos, Problemas de Pele; Perda da motricidade fina	1	1,7
Diabetes, Hipertensão Arterial, Colesterol	1	1,7
Má circulação, Problemas cardíacos	1	1,7
Hipertensão Arterial	1	1,7
Sarcoma com metástases pulmonares	2	3,4
Hipertensão arterial; Cancro de mama com metástases cerebrais	1	1,7
Insuficiência Renal	1	1,7
Dores crónicas	1	1,7
Osteoporose	1	1,7
Problemas na outra perna devido ao acidente	1	1,7
Problemas cardíacos	1	1,7
Depressão profunda	1	1,7
Diabetes, Má circulação, Problemas de Visão	1	1,7
Problemas cardíacos, Problemas Pulmonares	1	1,7
Problemas de Pele; Hipertensão Arterial; Problemas neurológicos	1	1,7
Má circulação, Doença de Berger	1	1,7
Diabetes, Má circulação, Alzheimer	1	1,7
Diabetes, Problemas cardíacos, Hipertensão Arterial	1	1,7
Má circulação, Problemas cardíacos	1	1,7
Total	58	100,0

Tabela 24: Tabela de frequências: Anos de utilização de prótese

	Frequência	Porcentagem
De 1 a 5 anos	26	25,2
De 5 a 10 anos	11	10,7
De 10 a 15 anos	14	13,6
De 15 a 20 anos	13	12,6
De 20 a 25 anos	9	8,7
Há mais de 25 anos	30	29,1
Total	103	100,0

Na amostra, 12,6% utiliza a prótese, em média, 5 a 8 horas por dia e 87,4% utiliza a prótese, em média, mais de 8 horas por dia (ver tabela 25) (ver Anexo IX fig. 20).

Tabela 25: Tabela de frequências: Horas por dia, em média de utilização de prótese

	Frequência	Porcentagem
De 5 a 8 horas	13	12,6
Mais de 8 horas	90	87,4
Total	103	100,0

Na amostra, todos utilizam a prótese, em média, pelo menos 5 dias por semana (ver tabela 26).

Na amostra, 97,1% utiliza a prótese “Para deambulação em ambientes interiores e exteriores (para andar dentro e fora de casa)”, 1,9% utiliza a prótese “Para deambulação apenas em ambientes interiores (apenas para andar dentro de casa)” e 1,0% (um elemento) utiliza a prótese “Apenas para estética e transferências” (ver tabela 27) (ver Anexo IX fig. 21).

Tabela 26: Tabela de frequências: Dias por semana, em média de utilização de prótese

	Frequência	Percentagem
Pelo menos 5 dias	103	100,0
Total	103	100,0

Tabela 27: Tabela de frequências: Utiliza a prótese para

	Frequência	Percentagem
Apenas para estética e transferências	1	1,0
Para deambulação apenas em ambientes interiores (apenas para andar dentro de casa)	2	1,9
Para deambulação em ambientes interiores e exteriores (para andar dentro e fora de casa)	100	97,1
Total	103	100,0

Na amostra, 49,5% utiliza auxiliares de marcha (ver tabela 28). (ver Anexo IX fig. 22).

Tabela 28: Tabela de frequências: Utiliza auxiliares de marcha

	Frequência	Percentagem
Não	52	50,5
Sim	51	49,5
Total	103	100,0

Na amostra, dos 51 elementos que utilizam auxiliares de marcha, 43,1% utilizam “1 Canadiana”, 33,3% utilizam “2 Canadianas”, 11,8% utilizam “Andarilho”, 9,8% utilizam “Bengala” e 2,0% (um elemento) utiliza “Outro” (ver tabela 29) (ver Anexo IX fig. 23).

Tabela 29: Tabela de frequências: Qual/Quais os auxiliares de marcha que utiliza

	Frequência	Percentagem
Andarilho	6	11,8
1 Canadiana	22	43,1
2 Canadianas	17	33,3
Bengala	5	9,8
Outro	1	2,0
Total	51	100,0

Na amostra, quanto à classificação da deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha, 13,6% responde “Não consigo deambular com prótese sem auxiliares de marcha”, 10,7% responde “Consigo deambular com muitas dificuldades”, 16,5% responde “Consigo deambular com algumas dificuldades”, 14,6% responde “Consigo deambular sem qualquer problema por curtos períodos de tempo” e 44,7% responde “Consigo deambular sem qualquer problema por longos períodos de tempo” (ver tabela 30) (ver Anexo IX fig. 24).

Na amostra, quanto à classificação do bem-estar com o uso da prótese, 21,4% respondem “Satisfatório”, 45,6% respondem “Bom”, 24,3% respondem “Muito Bom” e 8,7% respondem “Excelente” (ver tabela 31) (ver Anexo IX fig. 25).

Na amostra, quanto à relevância da aparência da prótese, 4,9% respondem “Nada importante”, 16,5% respondem “Pouco importante”, 22,3% respondem “Nem pouco nem muito importante”,

40,8% respondem “Importante” e 15,5% respondem “Extremamente importante” (ver tabela 32) (ver Anexo IX fig. 26).

Tabela 30: Tabela de frequências: Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha

	Frequência	Percentagem
Não consigo deambular com prótese sem auxiliares de marcha	14	13,6
Consigo deambular com muitas dificuldades	11	10,7
Consigo deambular com algumas dificuldades	17	16,5
Consigo deambular sem qualquer problema por curtos períodos de tempo	15	14,6
Consigo deambular sem qualquer problema por longos períodos de tempo	46	44,7
Total	103	100,0

Tabela 31: Tabela de frequências: Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese

	Frequência	Percentagem
Satisfatório	22	21,4
Bom	47	45,6
Muito Bom	25	24,3
Excelente	9	8,7
Total	103	100,0

Tabela 32: Tabela de frequências: Quão relevante é para si a aparência da sua prótese

	Frequência	Percentagem
Nada importante	5	4,9
Pouco importante	17	16,5
Nem pouco nem muito importante	23	22,3
Importante	42	40,8
Extremamente importante	16	15,5
Total	103	100,0

Na amostra, quanto ao grau de incapacidade permanente, 2,9% respondem “De 50 a 55%”, 3,9% respondem “De 55 a 60%”, 27,2% respondem “De 60 a 65%”, 21,4% respondem “De 65 a 70%”, 38,8% respondem “Mais de 70%” e 5,8% respondem “Nunca solicitei o meu grau de incapacidade permanente à Segurança Social” (ver tabela 33) (ver Anexo IX fig. 27).

Tabela 33: Tabela de frequências: Grau de incapacidade permanente

	Frequência	Percentagem
De 50 a 55%	3	2,9
De 55 a 60%	4	3,9
De 60 a 65%	28	27,2
De 65 a 70%	22	21,4
Mais de 70%	40	38,8
Nunca solicitei o meu grau de incapacidade permanente à Segurança Social	6	5,8
Total	103	100,0

Dados profissionais

Na amostra, quanto à atividade laboral antes da amputação, 66,0% respondem “Empregado”, 11,7% respondem “Estudante”, 10,7% respondem “Reformado”, 2,9% respondem “Desempregado” e 8,7% respondem “Não se aplica (sou amputado desde nascença/criança)” (ver tabela 34) (ver Anexo X fig. 28).

Na amostra, para os 68 elementos que exerciam atividade laboral antes da amputação, verificam-se as profissões listadas, sendo a mais frequente indústria, seguida de comércio (ver tabela 35) (ver Anexo X fig. 29).

Tabela 34: Tabela de frequências: Atividade Laboral antes da amputação

	Frequência	Percentagem
Empregado	68	66,0
Desempregado	3	2,9
Estudante	12	11,7
Reformado	11	10,7
Não se aplica (sou amputado desde nascença/criança)	9	8,7
Total	103	100,0

Tabela 35: Tabela de frequências: Profissão antes da amputação

	Frequência	Percentagem
Comércio	10	14,7
Indústria	16	23,5
Serviços	6	8,8
Funcionários Públicos	2	2,9
Ensino	2	2,9
Forças Armadas	2	2,9
Engenharia	1	1,5
Operadores de instalações e máquinas	3	4,4
Restauração/ Panificação	2	2,9
Agricultura/Pesca	6	8,8
Construção Civil	6	8,8
Mecânico	1	1,5
Serralheiro	2	2,9
Empresário	1	1,5
Condutor de pesados	1	1,5
Empregada Doméstica	2	2,9
Estucador	1	1,5
Carpinteiro	1	1,5
Técnico Avícola	1	1,5
Pedreiro	1	1,5
Abastecedor de gasolina	1	1,5
Total	68	100,0

Na amostra, para os 68 elementos que exerciam atividade laboral antes da amputação, quanto ao tempo de baixa após a amputação até voltar a exercer a profissão, 5,9% respondem “Menos de 6 meses”, 7,4% respondem “De 6 meses a 1 ano”, 14,7% respondem “De 1 a 2 anos”, 48,5% respondem “Mais de 2 anos” e 23,5% respondem “Não me encontro/ encontrei de baixa, mas sim pelo seguro” (ver tabela 36) (ver Anexo X fig. 30).

Tabela 36: Tabela de frequências: Quantos meses/anos estive de baixa após a amputação até voltar a exercer a profissão

	Frequência	Percentagem
Menos de 6 meses	4	5,9
De 6 meses a 1 ano	5	7,4
De 1 a 2 anos	10	14,7
Mais de 2 anos	33	48,5
Não me encontro/ encontrei de baixa, mas sim pelo seguro	16	23,5
Total	68	100,0

Na amostra, quanto há quanto tempo já trabalhava até ocorrer a amputação, 20,4% respondem “Ainda não trabalhava”, 8,7% respondem “Menos de 5 anos”, 11,7% respondem “Entre 5 a 10 anos”, 6,8% respondem “Entre 10 a 15 anos”, 7,8% respondem “De 15 a 20 anos”, 9,7% respondem “De 20 a 25 anos”, 9,7% respondem “De 25 a 30 anos”, 10,7% respondem “De 30 a 35 anos” e 14,6% respondem “Mais de 35 anos” (ver tabela 37) (ver Anexo X fig. 31).

Tabela 37: Tabela de frequências: Há quantos anos já trabalhava até ocorrer a amputação

	Frequência	Porcentagem
Ainda não trabalhava	21	20,4
Menos de 5 anos	9	8,7
Entre 5 a 10 anos	12	11,7
Entre 10 a 15 anos	7	6,8
De 15 a 20 anos	8	7,8
De 20 a 25 anos	10	9,7
De 25 a 30 anos	10	9,7
De 30 a 35 anos	11	10,7
Mais de 35 anos	15	14,6
Total	103	100,0

Na amostra, quanto à atividade laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego, 42,7% respondem “Empregado”, 9,7% respondem “Estudante”, 37,9% respondem “Reformado” e 9,7% respondem “Desempregado” (ver tabela 38) (ver Anexo X fig. 32).

Tabela 38: Tabela de frequências: Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego

	Frequência	Porcentagem
Empregado	44	42,7
Desempregado	10	9,7
Estudante	10	9,7
Reformado	39	37,9
Total	103	100,0

Na amostra, para os 44 elementos que exerciam atividade laboral após a amputação, verificam-se as profissões listadas, sendo a mais frequente indústria, seguida de comércio e serviços (ver tabela 39) (ver Anexo X fig. 33).

Tabela 39: Tabela de frequências: Profissão após amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança profissão do primeiro emprego

	Frequência	Porcentagem
Comércio	7	15,9
Indústria	14	31,8
Serviços	7	15,9
Funcionários Públicos	4	9,1
Ensino	1	2,3
Restauração/ Panificação	1	2,3
Agricultura/Pesca	3	6,8
Vigilante noturna (lar de idosos)	1	2,3
Têxteis	1	2,3
Serralheiro	2	4,5
Carpinteiro	1	2,3
Administrativo	1	2,3
Técnico de máquinas fotográficas	1	2,3
Total	44	100,0

Na amostra, quanto à atividade laboral atual, 26,2% respondem “Empregado”, 2,9% respondem “Estudante”, 60,2% respondem “Reformado” e 10,7% respondem “Desempregado” (ver tabela 40) (ver Anexo X fig. 34).

Na amostra, para os 27 elementos que exercem atividade laboral atual, verificam-se as profissões listadas, sendo a mais frequente comércio, seguida de funcionário público, serviços e indústria (ver tabela 41) (ver Anexo X fig. 35).

Tabela 40: Tabela de frequências: Atividade Laboral atual

	Frequência	Porcentagem
Empregado	27	26,2
Desempregado	11	10,7
Estudante	3	2,9
Reformado	62	60,2
Total	103	100,0

Tabela 41: Tabela de frequências: Profissão atual

	Frequência	Porcentagem
Comércio	6	22,2
Indústria	3	11,1
Serviços	4	14,8
Funcionários Públicos	5	18,5
Profissional de Saúde	1	3,7
Agricultura/Pesca	1	3,7
Vigilante noturna (lar de idosos)	1	3,7
Têxteis	1	3,7
Empresário	1	3,7
Administrativo	1	3,7
Varredor	1	3,7
Solicitador/ Agente de execução	1	3,7
Serralheiro	1	3,7
Total	27	100,0

Na amostra, para os 27 elementos que exercem atividade laboral atual, relativamente a como classifica o acesso ao seu local de trabalho, 18,5% respondem “Pouco acessível”, 7,4% respondem “Nem pouco nem muito acessível”, 48,1% respondem “Acessível” e 25,9% respondem “Muito acessível” (ver tabela 42) (ver Anexo X fig. 36).

Tabela 42: Tabela de frequências: Como classifica o acesso ao seu local de trabalho

	Frequência	Porcentagem
Pouco acessível	5	18,5
Nem pouco nem muito acessível	2	7,4
Acessível	13	48,1
Muito acessível	7	25,9
Total	27	100,0

Na amostra, 3,9% mudou de atividade laboral após a amputação e teve de voltar a estudar para conseguir o novo emprego, 31,1% respondem negativamente e 65,0% respondem que não mudaram de atividade laboral após a amputação (ver tabela 43) (ver Anexo X fig. 37).

Para os quatro elementos que mudaram de atividade laboral após a amputação, quanto ao grau de escolaridade que tinha antes da amputação, dois tinham “1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano ou equivalente legal)”, um tinha “2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano ou equivalente legal)” e outro tinha “Ensino Secundário (12º ano)”.

Tabela 43: Tabela de frequências: Se mudou de atividade laboral após a amputação teve de voltar a estudar para conseguir o novo emprego

	Frequência	Percentagem
Não	32	31,1
Sim	4	3,9
Não mudei de atividade laboral após a amputação	67	65,0
Total	103	100,0

Na amostra, quanto à questão sobre se relativamente à sua atividade laboral sente-se/sentia-se mais realizado profissionalmente, 64,1% responde “Antes da amputação”, 16,5% responde “Atualmente”, 7,8% responde “Após a amputação” e 11,7% responde “Já me encontrava reformado aquando da amputação” (ver tabela 44) (ver Anexo X fig. 38).

Tabela 44: Tabela de frequências: Relativamente à sua atividade laboral sente-se/sentia-se mais realizado profissionalmente

	Frequência	Percentagem
Antes da amputação	66	64,1
Atualmente	17	16,5
Após a amputação	8	7,8
Já me encontrava reformado aquando da amputação	12	11,7
Total	103	100,0

Na amostra, 28,2% pediu antecipação da reforma após a amputação (ver tabela 45) (ver Anexo X fig. 39).

Tabela 45: Tabela de frequências: Após a amputação pediu antecipação da reforma

	Frequência	Percentagem
Não	74	71,8
Sim	29	28,2
Total	103	100,0

Na amostra, para os 29 elementos que pediram a antecipação da reforma após a amputação, quanto à questão quantos anos lhe faltavam para a reforma, 3,4% (um elemento) responde “1 a 2 anos”, 6,9% responde “2 a 4 anos”, 27,6% responde “4 a 6 anos” e 62,1% responde “Mais de 6 anos” (ver tabela 46) (ver Anexo X fig. 40).

Tabela 46: Tabela de frequências: Quantos anos lhe faltavam para a reforma

	Frequência	Percentagem
1 a 2 anos	1	3,4
2 a 4 anos	2	6,9
4 a 6 anos	8	27,6
Mais de 6 anos	18	62,1
Total	29	100,0

Dados sociais

Na amostra, 27,2% recebeu algum subsídio de doença (ver tabela 47) (ver Anexo XI fig. 41).

Tabela 47: Tabela de frequências: Alguma vez recebeu algum subsídio de doença

	Frequência	Percentagem
Não	75	72,8
Sim	28	27,2
Total	103	100,0

Na amostra, para os 28 elementos que já receberam algum subsídio de doença, 10,7% recebeu “Até 30 dias”, 21,4% recebeu “De 91 a 365 dias” e 67,9% recebeu “Mais de 365 dias” (ver tabela 48) (ver Anexo XI fig. 42).

Na amostra, 37,9% precisa de ajuda de 3ª pessoa (ver tabela 49) (ver Anexo XI fig. 43).

Na amostra, para os 39 elementos que precisam de ajuda de 3ª pessoa, 46,2% precisa “Menos de 2 horas”, 33,3% precisa “De 2 a 5 horas”, 12,8% precisa “De 5 a 8 horas” e 7,7% precisa “Mais de 8 horas” (ver tabela 50) (ver Anexo XI fig. 44).

Tabela 48: Tabela de frequências: Recebeu subsídio de doença durante quantos dias

	Frequência	Percentagem
Até 30 dias	3	10,7
De 91 a 365 dias	6	21,4
Mais de 365 dias	19	67,9
Total	28	100,0

Tabela 49: Tabela de frequências: Precisa de ajuda de 3ª pessoa

	Frequência	Percentagem
Não	64	62,1
Sim	39	37,9
Total	103	100,0

Tabela 50: Tabela de frequências: Quantas horas por dia necessita de ajuda de 3ª pessoa

	Frequência	Percentagem
Menos de 2 horas	18	46,2
De 2 a 5 horas	13	33,3
De 5 a 8 horas	5	12,8
Mais de 8 horas	3	7,7
Total	39	100,0

Na amostra, para os 39 elementos que precisam de ajuda de 3ª pessoa, quanto à atividade laboral da 3ª pessoa, 38,5% responde “Empregado”, 20,5% responde “Desempregado”, 38,5% responde “Reformado” e 2,6% (um elemento) responde “Outra” (ver tabela 51) (ver Anexo XI fig. 45).

Tabela 51: Tabela de frequências: Qual a atividade laboral da 3ª pessoa

	Frequência	Percentagem
Empregado	15	38,5
Desempregado	8	20,5
Reformado	15	38,5
Outra	1	2,6
Total	39	100,0

Na amostra, para os 15 elementos em que a 3ª pessoa está empregada, quanto à profissão dessa 3ª pessoa, 40,0% responde “Comércio”, 6,7% responde “Indústria”, 26,7% responde “Serviços”, 6,7% responde “Funcionários Públicos” e 20,0% responde “Outra” (ver tabela 52) (ver Anexo XI fig. 46).

Na amostra, 80,6% tem um aumento de gastos financeiros mensais pelo facto de ser amputado (ver tabela 53) (ver Anexo XI fig. 47).

Na amostra, para os 83 elementos que tem um aumento de gastos financeiros mensais pelo facto de ser amputado, quanto ao montante que mais se adequa ao aumento desses gastos, 32,5% responde “Menos de 50€”, 37,3% responde “Entre 50€ e 100€”, 10,8% responde “Entre 100€ e 150€” e 19,3% responde “Mais de 150€” (ver tabela 54) (ver Anexo XI fig. 48).

Tabela 52: Tabela de frequências: Profissão 3ª pessoa

	Frequência	Percentagem
Comércio	6	40,0
Indústria	1	6,7
Serviços	4	26,7
Funcionários Públicos	1	6,7
Outra	3	20,0
Total	15	100,0

Tabela 53: Tabela de frequências: Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais

	Frequência	Percentagem
Não	20	19,4
Sim	83	80,6
Total	103	100,0

Tabela 54: Tabela de frequências: Qual o montante que mais se adequa ao aumento desses gastos

	Frequência	Percentagem
Menos de 50€	27	32,5
Entre 50€ e 100€	31	37,3
Entre 100€ e 150€	9	10,8
Mais de 150€	16	19,3
Total	83	100,0

Na amostra, para os 83 elementos que tem um aumento de gastos financeiros mensais pelo facto de ser amputado, quanto ao motivo do aumento desses gastos, são apresentados os motivos da tabela (ver tabela 55).

Na amostra, 41,7% tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal pelo facto de ser amputado (ver tabela 56) (ver Anexo XI fig. 49).

Na amostra, para os 43 elementos que tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal pelo facto de ser amputado, quanto ao montante que mais se adequa a essa diminuição, 7,0% responde “Entre 50€ e 100€”, 20,9% responde “Entre 100€ e 150€” e 72,1% responde “Mais de 150€” (ver tabela 57) (ver Anexo XI fig. 50).

Na amostra, para os 43 elementos que tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal pelo facto de ser amputado, quanto ao motivo dessa diminuição de rendimentos, são apresentados os motivos da tabela (ver tabela 58).

Tabela 55: Tabela de frequências: Qual o motivo do aumento desses gastos

	Frequência	Percentagem
Medicação para a Dor (MD)	1	1,2
Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD	1	1,2
Compra de Produtos de Apoio (PA)	5	6,0
Revisões de Prótese (RP)	10	12,0
Ajuda de 3 ^o pessoa	2	2,4
Limpeza da habitação	1	1,2
Deslocações/ Combustível	2	2,4
RP, Compra de calças	1	1,2
Cremes para o coto e meias para o coto e para a prótese	1	1,2
MD, Compra de PA, RP	2	2,4
Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Compra de PA, Ajuda de 3 ^a pessoa	2	2,4
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Consultas de dermatologia entre outras	1	1,2
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, RP	2	2,4
RP, Compra de cintas que se desgastam mais rapidamente devido ao use de prótese	1	1,2
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD	4	4,8
Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, RP	3	3,6
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Compra de PA	8	9,6
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Compra de PA, RP	3	3,6
Compra de PA, Ajuda de 3 ^a pessoa	2	2,4
Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Compra de PA	4	4,8
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Compra de PA, Ajuda de 3 ^a pessoa	1	1,2
MD, Cremes para o coto	2	2,4
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Cremes para o coto	1	1,2
RP, Ajuda de 3 ^a pessoa	1	1,2
MD, Compra de PA	6	7,2
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Compra de PA, RP, Ajuda de 3 ^a pessoa	2	2,4
RP, Compra de meias para uso da prótese	1	1,2
Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, RP, Ajuda de 3 ^a pessoa	2	2,4
MD, RP	1	1,2
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Ajuda de 3 ^a pessoa	1	1,2
MD, Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto MD, Compra de PA, Cremes para o coto	1	1,2
MD, Compra de PA, Cremes, ligaduras e tratamentos para o joelho do membro contralateral	1	1,2
Compra de PA, RP	7	8,4
Total	83	100,0

Tabela 56: Tabela de frequências: Pelo facto de ser amputado tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal

	Frequência	Percentagem
Não	60	58,3
Sim	43	41,7
Total	103	100,0

Tabela 57: Tabela de frequências: Qual o montante que mais se adequa a essa diminuição

	Frequência	Percentagem
Entre 50€ e 100€	3	7,0
Entre 100€ e 150€	9	20,9
Mais de 150€	31	72,1
Total	43	100,0

Tabela 58: Tabela de frequências: Qual o motivo dessa diminuição de rendimentos

	Frequência	Percentagem
Não obtenção de emprego	14	32,6
Diminuição das horas laborais devido a ser amputado	3	7,0
Outro	26	60,5
Total	43	100,0

Emprego

Na amostra, quanto a se ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego, 45,6% responde afirmativamente, 24,3% responde negativamente e para 30,1% não se aplica (ver tabela 59) (ver Anexo XII fig. 51).

Tabela 59: Tabela de frequências: Na sua opinião, ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego

	Frequência	Percentagem
Não	25	24,3
Sim	47	45,6
Não se aplica	31	30,1
Total	103	100,0

Tabela 60: Tabela de frequências: A influência negativa na obtenção de emprego deve-se ao facto de:

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A estética conta muito na obtenção de emprego	2	4,3%	1	2,1%	1	25,5%	1	31,9%	1	36,2%
2. Estou inscrito(a) no centro de emprego, já me candidatei a alguns empregos e nunca me deram uma resposta	8	17,0%	2	4,3%	2	48,9%	6	12,8%	8	17,0%
3. Já fui a uma entrevista de emprego e notei que pelo facto de andar de prótese não seria bem visto para eles.	1	2,1%			9	19,1%	2	55,3%	1	23,4%
4. Ser amputado em Portugal é sermos incapacitados para o trabalho, daí quando sabem que somos amputados ninguém nos dá emprego.			3	6,4%	7	14,9%	1	36,2%	2	42,6%
5. Quando estava pronto para voltar ao trabalho, após a amputação, protetização e recuperação disseram-me que já não tinham trabalho para mim por já não me considerarem apto, desde aí não consigo arranjar emprego.	1	21,3%	2	4,3%	1	29,8%	8	17,0%	1	27,7%
6. Já fui chamada várias vezes para entrevistas, mas a maior parte das vezes quando digo que tenho prótese as pessoas mudam logo a sua postura e acabam depois por nunca me chamar.	1	2,1%	1	2,1%	1	25,5%	2	51,1%	9	19,1%
7. Estou impedido de obter licença de condução de transportes de pesados o que impossibilitou a continuação do meu emprego.	2	57,4%	1	2,1%	1	21,3%	3	6,4%	6	12,8%
8. As entidades empregadoras por nós não termos uma perna acham que somos menos capazes e não nos dão emprego ou então pagam-nos menos.			3	6,4%	9	19,1%	2	48,9%	1	25,5%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Na tabela anterior (ver tabela 60) apresentam-se as respostas dos 47 elementos que respondem afirmativamente a quanto a se ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego.

Os valores médios observados apresentam as variações ilustradas, em média, a concordância é superior para “4. Ser amputado em Portugal é sermos incapacitados para o trabalho, daí quando sabem que somos amputados ninguém nos dá emprego”, seguido de “3. Já fui a uma entrevista de emprego e notei que pelo facto de andar de prótese não seria bem visto para eles”, “1. A estética conta muito na obtenção de emprego” e “8. As entidades empregadoras por nós não termos uma perna acham que somos menos capazes e não nos dão emprego ou então pagam-nos menos”, depois de “6. Já fui chamada várias vezes para entrevistas, mas a maior parte das vezes quando digo que tenho prótese as pessoas mudam logo a sua postura e acabam depois por nunca me chamar”, seguido de “5. Quando estava pronto para voltar ao trabalho, após a amputação, protetização e recuperação disseram-me que já não tinham trabalho para mim por já não me considerarem apto, desde aí não consigo arranjar emprego”, tendo estes itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida; depois segue-se “2. Estou inscrito(a) no centro de emprego, já me candidatei a alguns empregos e nunca me deram uma resposta”, tendo este item uma concordância próxima do ponto intermédio da escala de medida; sendo a concordância mais baixa para “7. Estou impedido de obter licença de condução de transportes de pesados o que impossibilitou a continuação do meu emprego”, tendo este item uma concordância inferior ao ponto intermédio da escala de medida (ver Anexo XII fig. 52 e tabela 92).

Na tabela seguinte (ver tabela 61) apresentam-se as respostas dos 103 elementos acerca da sua opinião relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados.

Em média, a concordância é superior para “10. Não discriminar ninguém pelos problemas físicos que tenham. Que não se deixem influenciar pelo preconceito e que deem no mínimo uma oportunidade de as pessoas mostrarem o que podem ou não fazer antes de as rejeitarem”, “5. Os amputados ainda têm capacidade de trabalho e por isso as organizações deveriam dar-lhes maior possibilidade de emprego” e “7. Devem dar sempre um período experimental aos amputados candidatos aos empregos, antes de julgar a pessoa pela aparência”, seguidos de “1. Não julgue um livro pela capa. A força de vontade de um indivíduo, tenha ele deficiência ou não, é o principal fator a ter em conta na sua contratação” e “3. A existência de uma incapacidade motora não significa, logo à partida, que o amputado não serve para o emprego em causa”, depois de “11. Deem todo o apoio possível aos deficientes, porque só apoiando no trabalho os deficientes é que reduzimos as suas dificuldades”, “8. Dar mais emprego e pagar melhor. Lá porque tenho menos uma perna posso trabalhar não sou um coitadinho e não mereço receber menos por isso” e “4. Há amputados a trabalhar há mais de 30 anos com prótese e o facto de serem amputados e ter uma prótese não alterou em nada o seu rendimento no trabalho”, seguidos de “9. Não excluir ninguém pois os deficientes têm o mesmo valor ou mais que os outros, dão o mesmo rendimento ou até mais para provar que são capazes” e depois de “2. A falta de um membro não influencia negativamente, dá mais garra para trabalhar e mostrar que é possível” e “6. Os amputados não fazem menos que os outros trabalhadores”, tendo todos os itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida (ver Anexo XII fig. 53 e 54 e tabela 93).

Tabela 61: Tabela de frequências: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Não julgue um livro pela capa. A força de vontade de um indivíduo, tenha ele deficiência ou não, é o principal fator a ter em conta na sua contratação.	2	1,9%			7	6,8%	4	41,7%	5	49,5%
2. A falta de um membro não influencia negativamente, dá mais garra para trabalhar e mostrar que é possível.	2	1,9%	4	3,9%	4	40,8%	2	27,2%	2	26,2%
3. A existência de uma incapacidade motora não significa, logo à partida, que o amputado não serve para o emprego em causa.	2	1,9%	4	3,9%	9	8,7%	4	38,8%	4	46,6%
4. Há amputados a trabalhar há mais de 30 anos com prótese e o facto de serem amputados e ter uma prótese não alterou em nada o seu rendimento no trabalho.	3	2,9%	2	1,9%	2	19,4%	4	42,7%	3	33,0%
5. Os amputados ainda têm capacidade de trabalho e por isso as organizações deveriam dar-lhes maior possibilidade de emprego.	1	1,0%					4	45,6%	5	53,4%
6. Os amputados não fazem menos que os outros trabalhadores.	2	1,9%	6	5,8%	4	44,7%	2	22,3%	2	25,2%
7. Devem dar sempre um período experimental aos amputados candidatos aos empregos, antes de julgar a pessoa pela aparência.	1	1,0%			6	5,8%	3	37,9%	5	55,3%
8. Dar mais emprego e pagar melhor. Lá porque tenho menos uma perna posso trabalhar não sou um coitadinho e não mereço receber menos por isso.	2	1,9%			2	27,2%	3	31,1%	4	39,8%
9. Não excluir ninguém pois os deficientes têm o mesmo valor ou mais que os outros, dão o mesmo rendimento ou até mais para provar que são capazes.			2	1,9%	3	36,9%	3	31,1%	3	30,1%
10. Não discriminar ninguém pelos problemas físicos que tenham. Que não se deixem influenciar pelo preconceito e que deem no mínimo uma oportunidade de as pessoas mostrarem o que podem ou não fazer antes de as rejeitarem.					2	1,9%	4	40,8%	5	57,3%
11. Deem todo o apoio possível aos deficientes, porque só apoiando no trabalho os deficientes é que reduzimos as suas dificuldades.			4	3,9%	1	9,7%	5	54,4%	3	32,0%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Na tabela seguinte (ver tabela 62) apresentam-se as respostas dos 103 elementos acerca da sua opinião relativamente aos recém amputados que procuram emprego (ver Anexo XII fig. 55 e 56).

Em média, a concordância é superior para “5. Força de vontade, não parem de procurar e apoiem-se na vossa família”, “1. Lutem pelos vossos direitos, não deixem que ninguém vos diminua” e “3. Nunca baixem a cabeça. Sejam persistentes”, seguidos de “2. Sigam os vossos sonhos, tudo se faz quando queremos” e “11. Procurem ser sempre independentes, não se considerem deficientes, mas sim pessoas normais. Procurem evoluir cada vez mais de acordo com as suas capacidades”, depois de “4. Primeiro fazer uma boa adaptação e aceitação da prótese e depois ir à luta” e “10. O mundo não acaba agora, mandem-se para a frente, procurem soluções”, seguidos de “6. A vida mudou, mas pode ser a descoberta de capacidades novas e mais eficientes”, depois de “8. Tentem arranjar um bom emprego, que arranjem algo que os ajude financeiramente para sobreviver à infelicidade, pois as ajudas monetárias por parte do estado são poucas”, seguido de “9. Não deixem que uma amputação defina quem são. O medo da rejeição e da não-aceitação é mais limitativo que a amputação em si” e finalmente de “7. Não desistam de procurar, quer seja

em Portugal quer seja no estrangeiro”, tendo todos os itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida (ver Anexo XII tabela 94).

Tabela 62: Tabela de frequências: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Lutem pelos vossos direitos, não deixem que ninguém vos diminua.							1	9,7%	9	90,3%
2. Sigam os vossos sonhos, tudo se faz quando queremos.							2	22,3%	8	77,7%
3. Nunca baixem a cabeça. Sejam persistentes.							3	%	0	%
							1	11,7%	9	88,3%
							2	%	1	%
4. Primeiro fazer uma boa adaptação e aceitação da prótese e depois ir à luta.			1	1,0%	5	4,9%	2	26,2%	7	68,0%
							7	%	0	%
5. Força de vontade, não parem de procurar e apoiem-se na vossa família.							9	8,7%	9	91,3%
									4	%
6. A vida mudou, mas pode ser a descoberta de capacidades novas e mais eficientes.					1	13,6%	3	37,9%	5	48,5%
					4	%	9	%	0	%
7. Não desistam de procurar, quer seja em Portugal quer seja no estrangeiro.	1	10,7%	8	7,8%	2	23,3%	2	20,4%	3	37,9%
	1	%			4	%	1	%	9	%
8. Tentem arranjar um bom emprego, que arranjem algo que os ajude financeiramente para sobreviver à infelicidade, pois as ajudas monetárias por parte do estado são poucas.					3	2,9%	2	19,4%	4	38,8%
					0	%	0	%	0	%
9. Não deixem que uma amputação defina quem são. O medo da rejeição e da não aceitação é mais limitativo que a amputação em si.	1	1,0%	3	2,9%	3	34,0%	2	25,2%	3	36,9%
					5	%	6	%	8	%
10. O mundo não acaba agora, mandem-se para a frente, procurem soluções.			1	1,0%	1	1,0%	4	39,8%	6	58,3%
							1	%	0	%
11. Procurem ser sempre independentes, não se considerem deficientes, mas sim pessoas normais. Procurem evoluir cada vez mais de acordo com as suas capacidades.					1	1,0%	2	25,2%	7	73,8%
							6	%	6	%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Qualidade de vida

Relativamente às questões referentes à QV, em média, a concordância é superior para “12. O que nós amputados necessitamos é que sejamos olhados com Igualdade”, seguido de “4. Para melhorar a minha QV neste momento o ideal seria ter uma prótese "topo de gama" bem-adaptada” e “6. As barreiras arquitetónicas limitam em muito a minha mobilidade, pelo que a eliminação de muitas das barreiras arquitetónicas ajudaria em muito na melhoria da minha QV”, depois de “11. Mais lugares de estacionamento para pessoas com deficiência, aumentaria a minha independência de terceiros o que melhoraria em muito a minha QV” e “10. Continuar a ter apoios hospitalares fará com que possa continue a ter as minha(s) prótese(s) e a minha independência”, seguidos de “8. Mudar a mentalidade de muita gente incluindo das entidades empregadoras, faria com que existisse uma diminuição do preconceito e uma maior inclusão da pessoa amputada, o que aumentaria a minha satisfação pessoal e, por conseguinte, melhoraria a minha QV” e “3. Maiores apoios do estado, fariam com que pudesse viver com mais dignidade, não tendo que precisar da caridade dos outros”, depois de “5. Ter 2 próteses melhoraria a minha QV pois tinha sempre a garantia que em caso de problemas tinha sempre outra de reposição”, tendo estes itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida; seguidos de “9. Conseguir um emprego melhor, ganhar mais trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter

neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha QV”, com uma concordância próxima do ponto intermédio da escala de medida; seguem-se “7. A obtenção de emprego trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha QV” e “1. Praticar desporto nesta fase da minha vida faria com que me sentisse realizada”, e finalmente “2. Tirar a carta nesta fase da minha vida, aumentaria a minha independência, contribuindo assim para uma melhoria significativa na minha QV”, tendo estes itens uma concordância inferior ao ponto intermédio da escala de medida (ver tabela 63) (ver Anexo XIII fig. 57 e 58 e tabela 95).

Tabela 63: Tabela de frequências: Relativamente ao que poderá melhorar a sua QV

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Praticar desporto nesta fase da minha vida faria com que me sentisse realizada.	3	37,9	6	5,8%	2	19,4	1	13,6	2	23,3
2. Tirar a carta nesta fase da minha vida, aumentaria a minha independência, contribuindo assim para uma melhoria significativa na minha qualidade de vida.	8	85,4	2	1,9%	4	3,9%	1	1,0%	8	7,8%
3. Maiores apoios do estado, fariam com que pudesse viver com mais dignidade, não tendo que precisar da caridade dos outros.	5	4,9%	2	1,9%	1	10,7	2	19,4	6	63,1
4. Para melhorar a minha qualidade de vida neste momento o ideal seria ter uma prótese "topo de gama" bem-adaptada.					4	3,9%	2	19,4	7	76,7
5. Ter 2 próteses melhoraria a minha qualidade de vida pois tinha sempre a garantia que em caso de problemas tinha sempre outra de reposição.	4	3,9%	7	6,8%	2	22,3	1	14,6	5	52,4
6. As barreiras arquitetónicas limitam em muito a minha mobilidade, pelo que a eliminação de muitas das barreiras arquitetónicas ajudaria em muito na melhoria da minha qualidade de vida.					6	5,8%	1	18,4	7	75,7
7. A obtenção de emprego trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.	4	47,6			8	7,8%	1	9,7%	3	35,0
8. Mudar a mentalidade de muita gente incluindo das entidades empregadoras, faria com que existisse uma diminuição do preconceito e uma maior inclusão da pessoa amputada, o que aumentaria a minha satisfação pessoal e, por conseguinte, melhoraria a minha qualidade de vida					1	13,6	3	35,9	5	50,5
9. Conseguir um emprego melhor, ganhar mais trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.	4	39,8	3	2,9%	6	5,8%	1	9,7%	4	41,7
10. Continuar a ter apoios hospitalares fará com que possa continue a ter as minha(s) prótese(s) e a minha independência.	1				1	10,7	1	16,5	7	69,9
11. Mais lugares de estacionamento para pessoas com deficiência, aumentaria a minha independência de terceiros o que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.					1	13,6	1	18,4	7	68,0
12. O que nós amputados necessitamos é que sejamos olhados com Igualdade.					4		9		0	
					1	1,0%	6	5,8%	9	93,2

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Próteses

Em relação às perguntas relativas a quem realiza as próteses e o que poderia fazer mais para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho, em média, a concordância é superior

para “9. Que a façam as próteses sempre o mais confortáveis possível e de acordo com as necessidades específicas de cada um” e “10. Deem o melhor de si próprios para ajudar a marcha de cada um de maneira a potenciar o máximo da sua funcionalidade”, seguidos de “6. Serem 100% profissionais de forma às próteses ficarem o mais possível adaptadas a cada amputado e o mais adaptada possível ao trabalho de cada um” e “1. Penso que quem a realiza, se cumpre bem o seu trabalho, não poderá mudar em relação à inserção no mercado de trabalho. Isso terá que mudar pelos contratantes”, depois de “8. Não existir muita burocracia”, “3. Dar-nos uma prótese consoante as nossas necessidades e que sejam os mais humanos possíveis” e “2. Saber escutar, compreender cada situação e ser discreto”, seguidos de “5. Que estudem melhor todas as possibilidades”, e depois de “7. A realização de uma prótese deve dar preferência à eficiência em detrimento da estética” e “4. Não existe mais nada que possam fazer, sinto-me capaz para voltar a trabalhar”, tendo todos os itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida (ver tabelas 64) (ver Anexo XIV fig. 59 e 60 e tabela 96).

Tabela 64: Tabela de frequências: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Penso que quem a realiza, se cumpre bem o seu trabalho, não poderá mudar em relação à inserção no mercado de trabalho. Isso terá que mudar pelos contratantes.			1	1,0%	2	1,9%	1	14,6%	8	82,5%
2. Saber escutar, compreender cada situação e ser discreto.					2	1,9%	5	53,4%	4	44,7%
3. Dar-nos uma prótese consoante as nossas necessidades e que sejam os mais humanos possíveis.					1	9,7%	3	35,0%	5	55,3%
4. Não existe mais nada que possam fazer, sinto-me capaz para voltar a trabalhar.	9	8,7%	2	1,9%	4	38,8%	1	14,6%	3	35,9%
5. Que estudem melhor todas as possibilidades.					1	15,5%	4	47,6%	3	36,9%
6. Serem 100% profissionais de forma às próteses ficarem o mais possível adaptadas a cada amputado e o mais adaptada possível ao trabalho de cada um.							1	15,5%	8	84,5%
7. A realização de uma prótese deve dar preferência à eficiência em detrimento da estética.	2	1,9%	7	6,8%	4	38,8%	2	19,4%	3	33,0%
8. Não existir muita burocracia.	1	1,0%	2	1,9%	3	2,9%	3	37,9%	5	56,3%
9. Que a façam as próteses sempre o mais confortáveis possível e de acordo com as necessidades específicas de cada um.							6	5,8%	9	94,2%
10. Deem o melhor de si próprios para ajudar a marcha de cada um de maneira a potenciar o máximo da sua funcionalidade.					1	1,0%	7	6,8%	9	92,2%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Opinião sobre este estudo

Relativamente às questões referentes ao estudo em questão, em média, a concordância é superior para “5. A utilização da opinião dos amputados em estudos como estes é de especial importância pois só eles sabem as dificuldades que encontram no acesso ao meio laboral” e 6. A prótese influencia diretamente a forma de trabalhar, quando mal-adaptada pode originar faltas no emprego, pelo que é importante estabelecer esta relação entre a adaptação da prótese versus

emprego em estudos como estes”, seguidos de 1. Estudos como estes são de especial relevância tendo em conta a sua escassez e importância” e depois de 3. Seria importante em estudos como estes estudara/abordar a problemática referente à importância do amputado poder experimentar tipos diferentes de prótese para poder experimentar e assim escolher o que melhor se adaptaria a cada caso e a sua atividade profissional” e 4. Estudos como estes poderão ajudar a reformular a opinião da classe empregadora e fazer com que contratem mais pessoas com deficiência”, e finalmente de 2. Seria importante em estudos como estes abordar a temática da importância de um acompanhamento psicológico após a amputação”, tendo todos os itens uma concordância superior ao ponto intermédio da escala de medida (ver tabela 65) (ver Anexo XV fig. 61 e tabela 97).

Tabela 65: Tabela de frequências: Relativamente ao estudo em questão

	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Estudos como estes são de especial relevância tendo em conta a sua escassez e importância.					2	1,9%	2	23,3%	7	74,8%
2. Seria importante em estudos como estes abordar a temática da importância de um acompanhamento psicológico após a amputação.			2	22,3%	3	29,1%	5	48,5%		
3. Seria importante em estudos como estes estudara/abordar a problemática referente à importância do amputado poder experimentar tipos diferentes de prótese para poder experimentar e assim escolher o que melhor se adaptaria a cada caso e a sua atividade profissional			9	8,7%	3	30,1%	6	61,2%		
4. Estudos como estes poderão ajudar a reformular a opinião da classe empregadora e fazer com que contratem mais pessoas com deficiência.			1	10,7%	3	37,9%	5	51,5%		
5. A utilização da opinião dos amputados em estudos como estes é de especial importância pois só eles sabem as dificuldades que encontram no acesso ao meio laboral.			1	1,0%	7	6,8%	9	92,2%		
6. A prótese influencia diretamente a forma de trabalhar, quando mal-adaptada pode originar faltas no emprego, pelo que é importante estabelecer esta relação entre a adaptação da prótese versus emprego em estudos como estes.			2	1,9%	8	7,8%	9	90,3%		

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

Nas tabelas seguinte (ver tabela 66 e 67 e 68) apresentam-se as respostas dos 74 elementos que respondem às perguntas do Questionário PEQ-PT.

Em média, o valor é superior para “14G- A sua capacidade de andar em passeios e ruas utilizando a sua prótese” e “13A- A sua capacidade de andar utilizando a sua prótese”, seguidos de “13B- A sua capacidade de andar em espaços apertados utilizando a sua prótese”, depois de “13D- Como se sentiu em relação a ser capaz de descer escadas utilizando a sua prótese” e “13C- A sua capacidade de subir escadas utilizando a sua prótese”, itens com valor superior ao ponto intermédio da escala de medida; seguem-se “14E- A sua capacidade de subir um terreno íngreme utilizando a sua prótese” e “14F- A sua capacidade de descer um terreno íngreme utilizando a sua

prótese”, itens com valor próximo do ponto intermédio da escala de medida; sendo o valor inferior para “14H- A sua capacidade de andar em pisos escorregadios (p. ex. azulejo molhado, neve, uma rua molhada ou o convés de um barco) utilizando a sua prótese”, itens com valor inferior ao ponto intermédio da escala de medida (ver tabela 66) (ver Anexo XVI fig. 62).

Em média, o valor é superior para “4P- As limitações de escolha de vestuário impostas pela sua prótese” e “3M- Os danos causados pela sua prótese ao seu vestuário”, seguidos de “3J- O aspeto da sua prótese” e depois de “4O- A sua capacidade para usar sapatos da sua preferência (alturas e estilos diferentes)” e “3N- Os danos causados ao revestimento cosmético da sua prótese”, tendo todos os itens valor superior ao ponto intermédio da escala de medida (ver tabela 67) (ver Anexo XVI fig. 63).

Tabela 66: Estatísticas: Escala de Deambulação - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
13A- A sua capacidade de andar utilizando a sua prótese.	74	72,76	22,17	30%	11	100
13B- A sua capacidade de andar em espaços apertados utilizando a sua prótese.	74	69,16	23,47	34%	10	100
13C- A sua capacidade de subir escadas utilizando a sua prótese.	74	58,84	27,09	46%	3	100
13D- Como se sentiu em relação a ser capaz de descer escadas utilizando a sua prótese.	74	59,91	28,14	47%	4	100
14E- A sua capacidade de subir um terreno íngreme utilizando a sua prótese.	74	48,69	30,04	62%	2	99
14F- A sua capacidade de descer um terreno íngreme utilizando a sua prótese.	74	48,46	29,71	61%	3	98
14G- A sua capacidade de andar em passeios e ruas utilizando a sua prótese.	74	73,57	22,79	31%	12	100
14H- A sua capacidade de andar em pisos escorregadios (p. ex. azulejo molhado, neve, uma rua molhada ou o convés de um barco) utilizando a sua prótese.	74	43,14	29,66	69%	1	100

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de 0 a 100

Tabela 67: Estatísticas: Escala de Aparência - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
3J- O aspeto da sua prótese	74	74,05	25,91	35%	2	100
3M- Os danos causados pela sua prótese ao seu vestuário	74	78,78	25,02	32%	0	100
3N- Os danos causados ao revestimento cosmético da sua prótese.	67	71,69	27,23	38%	2	100
4O- A sua capacidade para usar sapatos da sua preferência (alturas e estilos diferentes).	74	72,05	33,02	46%	0	100
4P- As limitações de escolha de vestuário impostas pela sua prótese.	74	79,61	25,03	31%	5	100

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de 0 a 100

Em média, o valor é superior para “16C- Avalie quão satisfeito está com a forma como tudo decorreu desde a sua amputação”, seguido de “16D - Como classificaria a sua qualidade de vida?”, tendo ambos os itens valor superior ao ponto intermédio da escala de medida (ver tabela 68) (ver Anexo XVI fig. 64).

Tabela 68: Estatísticas: Escala de Bem-estar - Ao longo das últimas quatro semanas:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.		Máximo
				Variação	Mínimo	
16C- Avalie quão satisfeito está com a forma como tudo decorreu desde a sua amputação.	74	65,84	22,02	33%	11	100
16D - Como classificaria a sua qualidade de vida?	74	59,47	23,50	40%	2	100

Os valores indicados reportam-se à escala de medida de 0 a 100

3.2 Análise de consistência interna da escala do questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

A escala é uma escala quantitativa, constituída por 15 itens, os quais se organizam em três dimensões (ver Anexo XVI tabela 98).

O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80 para todas as dimensões, pelo que podemos considerar os dados adequados como unidimensionais para todas as dimensões, que apresentam consistência interna (ver tabela 69) (ver Anexo XVI fig. 65).

Tabela 69: Estatísticas de consistência interna: Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

	Alfa de Cronbach	N de Itens
Escala de Deambulação	0,961	8
Escala de Aparência	0,884	5
Escala de Bem-estar	0,827	2

3.3 Análise descritiva da escala do questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

Para as dimensões da escala, os seus valores foram determinados a partir do cálculo da média dos itens que as constituem (ver tabela 70). Os valores indicados reportam-se à escala de medida de 0 a 100

Em média, o valor é superior para “Escala de Aparência”, seguido de “Escala de Bem-estar” e depois de “Escala de Deambulação”, tendo todas as dimensões valor superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Tabela 70: Estatísticas: Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

	N	Média	Desvio Padrão	Coef.		Máximo
				Variação	Mínimo	
Escala de Deambulação	74	59,31	23,78	40%	8,6	99,1
Escala de Aparência	74	75,26	22,20	29%	12,4	100,0
Escala de Bem-estar	74	62,66	21,03	34%	8,0	100,0

3.4 Análise inferencial de dados das seis questões de investigação (Q1 a Q6)

Q1: A idade com que ocorreu a amputação e a escolaridade do amputado encontram-se relacionados com a empregabilidade após a amputação?

Tal como se pode observar pela tabela abaixo apresentada (ver tabela 71) a percentagem de “Empregado” é superior para idades entre 35 e 45 anos, seguidas das idades entre 25 e 35 anos e entre 55 e 65 anos, depois de idades entre 65 e 75 anos, diminuindo para idades de mais de 75 anos e sendo nula para idades entre 15 e 25 anos; a percentagem de “Desempregado” é superior para idades entre 45 e 55 anos, seguidas das idades entre 35 e 45 anos, diminuindo para idades entre 55 e 65 anos e entre 65 e 75 anos, sendo nula para idades até 35 anos e com mais de 75 anos; a percentagem de “Estudante” é de 100% para idades entre 15 e 25 anos e de 50% para idades entre 25 e 35 anos, diminuindo para idades entre 45 e 55 anos e entre 55 e 65 anos, sendo nula para idades entre 35 e 45 anos e com mais de 65 anos; a percentagem de “Reformado” é nula para idades até 35 anos e depois aumenta com o aumento das idades; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste de Fisher (Fisher=46,857; $p < 0,001$) (ver Anexo XVII fig. 66).

Tabela 71: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e a idade

		Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego			
		Empregado	Desempregado	Estudante	Reformado
Entre os 15 e os 25 anos	N	0	0	5	0
	% na idade	,0%	,0%	100,0%	,0%
Entre os 25 e os 35 anos	N	2	0	2	0
	% na idade	50,0%	,0%	50,0%	,0%
Entre os 35 e os 45 anos	N	8	2	0	1
	% na idade	72,7%	18,2%	,0%	9,1%
Entre os 45 e os 55 anos	N	7	5	2	6
	% na idade	35,0%	25,0%	10,0%	30,0%
Entre os 55 e os 65 anos	N	11	2	1	9
	% na idade	47,8%	8,7%	4,3%	39,1%
Entre os 65 e os 75 anos	N	15	1	0	19
	% na idade	42,9%	2,9%	,0%	54,3%
Mais de 75 anos	N	1	0	0	4
	% na idade	20,0%	,0%	,0%	80,0%

Portanto, quanto à Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para idades entre 35 e 45 anos, seguidas das idades entre 25 e 35 anos e entre 55 e 65 anos, depois de idades entre 65 e 75 anos, diminuindo para idades de mais de 75 anos e sendo nula para idades entre 15 e 25 anos.

Quanto a Atividade Laboral atual, a percentagem de “Empregado” é superior para idades até 45 anos e depois diminui com o aumento das idades; a percentagem de “Desempregado” é superior para idades entre 25 e 55 anos, seguidas das idades entre 55 e 65 anos, sendo nula para idades entre 15 e 25 anos e com mais de 65 anos; a percentagem de “Estudante” é superior para idades entre 15 e 25 anos, seguida de idades entre 25 e 35 anos, sendo nula para idades superiores; a percentagem de “Reformado” é nula para idades até 35 anos e depois aumenta com o aumento das idades; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste de Fisher (Fisher=63,833; $p < 0,001$).

Portanto, quanto à Atividade Laboral atual, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para idades até 45 anos e depois diminui com o aumento das idades (ver tabela 72) (ver Anexo XVII fig. 67).

Tabela 72: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e a idade

		Atividade Laboral atual			
		Empregado	Desempregado	Estudante	Reformado
Entre os 15 e os 25 anos	N	3	0	2	0
	% na idade	60,0%	,0%	40,0%	,0%
Entre os 25 e os 35 anos	N	2	1	1	0
	% na idade	50,0%	25,0%	25,0%	,0%
Entre os 35 e os 45 anos	N	7	3	0	1
	% na idade	63,6%	27,3%	,0%	9,1%
Entre os 45 e os 55 anos	N	7	5	0	8
	% na idade	35,0%	25,0%	,0%	40,0%
Entre os 55 e os 65 anos	N	6	2	0	15
	% na idade	26,1%	8,7%	,0%	65,2%
Entre os 65 e os 75 anos	N	2	0	0	33
	% na idade	5,7%	,0%	,0%	94,3%
Mais de 75 anos	N	0	0	0	5
	% na idade	,0%	,0%	,0%	100,0%

Relativamente às habilitações, como existem apenas duas observações de licenciatura, esta categoria foi agregada à anterior, de acordo com a seguinte tabela (ver tabela 73).

Quanto à “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e as habilitações literárias a percentagem de “Empregado” é superior para habilitações 3.º ciclo, seguidas das habilitações 2.º ciclo, 1.º ciclo e secundário, seguidas de ensino superior e sendo nula para não sabe ler escrever; a percentagem de “Desempregado” é superior para habilitações 2.º ciclo e não sabe ler escrever, seguidas de 1.º ciclo e depois de 3.º ciclo, sendo nula para ensino secundário e superior; a percentagem de “Estudante” é superior para ensino superior, seguida de ensino secundário, sendo nula para habilitações até 3.º ciclo; a percentagem de “Reformado” é superior para não sabe ler escrever e inferior para 3.º ciclo; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste de Fisher (Fisher=38,893; $p < 0,001$) (ver tabela 74) (ver Anexo XVII fig. 68).

Tabela 73: Tabela de frequências: Habilitações literárias atuais

	Frequência	Percentagem
Não sabe ler nem escrever	6	5,8
1º Ciclo	41	39,8
2º Ciclo	17	16,5
3º Ciclo	11	10,7
Ensino Secundário	21	20,4
Ensino superior	7	6,8
Total	103	100,0

Tabela 74: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e as habilitações literárias

		Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego			
		Empregado	Desempregado	Estudante	Reformado
Não sabe ler nem escrever	N	0	1	0	5
	% nas habilitações	,0%	16,7%	,0%	83,3%
1º Ciclo	N	18	5	0	18
	% nas habilitações	43,9%	12,2%	,0%	43,9%
2º Ciclo	N	8	3	0	6
	% nas habilitações	47,1%	17,6%	,0%	35,3%
3º Ciclo	N	9	1	0	1
	% nas habilitações	81,8%	9,1%	,0%	9,1%
Ensino Secundário	N	8	0	6	7
	% nas habilitações	38,1%	,0%	28,6%	33,3%
Ensino superior	N	1	0	4	2
	% nas habilitações	14,3%	,0%	57,1%	28,6%

Portanto, quanto à Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para habilitações 3.º ciclo, seguidas das habilitações 2.º ciclo, 1.º ciclo e secundário, seguidas de ensino superior e sendo nula para não sabe ler escrever.

Quanto à relação entre “Atividade Laboral atual” e as habilitações literárias a percentagem de “Empregado” é superior para habilitações ensino secundário e ensino superior, diminuindo com a diminuição das restantes habilitações; a percentagem de “Desempregado” é superior para habilitações 3.º ciclo, 2.º ciclo e não sabe ler nem escrever, sendo inferior para ensino superior; a percentagem de “Estudante” é superior para habilitações ensino superior e ensino secundário, sendo nula para as restantes; a percentagem de “Reformado” é superior para habilitações não sabe ler nem escrever e 1.º ciclo e inferior para habilitações ensino secundário e ensino superior; sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste de Fisher (Fisher=26,114; p=0,008) (ver tabela 75) (ver Anexo XVII fig. 69).

Portanto, quanto à Atividade Laboral atual, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para habilitações ensino secundário e ensino superior, diminuindo com a diminuição das restantes habilitações.

Tabela 75: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e as habilitações literárias

		Atividade Laboral atual			
		Empregado	Desempregado	Estudante	Reformado
Não sabe ler nem escrever	N	0	1	0	5
	% nas habilitações	,0%	16,7%	,0%	83,3%
1º Ciclo	N	5	3	0	33
	% nas habilitações	12,2%	7,3%	,0%	80,5%
2º Ciclo	N	5	3	0	9
	% nas habilitações	29,4%	17,6%	,0%	52,9%
3º Ciclo	N	4	2	0	5
	% nas habilitações	36,4%	18,2%	,0%	45,5%
Ensino Secundário	N	10	2	2	7
	% nas habilitações	47,6%	9,5%	9,5%	33,3%
Ensino superior	N	3	0	1	3
	% nas habilitações	42,9%	,0%	14,3%	42,9%

Globalmente, relativamente à questão “Q1: A idade com que ocorreu a amputação e a escolaridade do amputado encontram-se relacionados com a empregabilidade após a amputação?”, quanto à Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para idades entre 35 e 45 anos, seguidas das idades entre 25 e 35 anos e entre 55 e 65

anos, depois de idades entre 65 e 75 anos, diminuindo para idades de mais de 75 anos e sendo nula para idades entre 15 e 25 anos e que a percentagem de “Empregado” é superior para habilitações 3.º ciclo, seguidas das habilitações 2.º ciclo, 1.º ciclo e secundário, seguidas de ensino superior e sendo nula para não sabe ler escrever; quanto à Atividade Laboral atual, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para idades até 45 anos e depois diminui com o aumento das idades e que a percentagem de “Empregado” é superior para habilitações ensino secundário e ensino superior, diminuindo com a diminuição das restantes habilitações.

Q2: Após a amputação/ protetização assistimos a um aumento do desemprego, a um aumento de custos e a uma diminuição de rendimentos do amputado?

Para os que estavam empregados antes da amputação, 51,5% continuam empregados, 10,3% ficam desempregados e 38,2% passam a reformados, após a amputação; para os que estavam desempregados antes da amputação, 33,3% (um elemento) continua desempregado, 33,3% (um elemento) passou a ficar empregado e 33,3% (um elemento) passa a reformado, após a amputação; para os que eram estudantes antes da amputação, 50,0% continuam a ser estudantes, 25,0% ficaram empregados, 16,7% ficam desempregados e 8,3% passam a reformados, após a amputação; para os que estavam reformados da amputação, todos continuam reformados, após a amputação; sendo as diferenças entre os dois momentos estatisticamente significativas, de acordo com o teste de McNemar-Bowker (McNemar-Bowker=37,500; $p < 0,001$) (ver tabela 76) (ver Anexo XVII fig. 70).

Tabela 76: Tabela de frequências: Relação entre “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”

Atividade Laboral antes da amputação		Atividade Laboral após a amputação			
		Empregado	Desempregado	Estudante	Reformado
Empregado	N	35	7	0	26
	% na atividade	51,5%	10,3%	,0%	38,2%
Desempregado	N	1	1	0	1
	% na atividade	33,3%	33,3%	,0%	33,3%
Estudante	N	3	2	6	1
	% na atividade	25,0%	16,7%	50,0%	8,3%
Reformado	N	0	0	0	11
	% na atividade	,0%	,0%	,0%	100,0%

A análise pode ser complementada com o cálculo dos seguintes Intervalos de Confiança (ver tabela 77).

Por exemplo, comparando a categoria empregado, antes da amputação o IC a 95% é [63,3%,81,4%] e após a amputação o IC a 95% é [31,5%,51,4%], não existe sobreposição e conclui-se que a percentagem de empregados diminuiu (ver Anexo XVII fig. 71).

Outro exemplo, comparando a categoria desempregado, antes da amputação o IC a 95% é [0,0%,6,7%] e após a amputação o IC a 95% é [4,4%,16,9%], existe sobreposição e não se pode concluir que a percentagem de desempregados varie de forma significativa.

Podemos concluir que a percentagem de empregados diminui de forma significativa de antes para após a amputação e a percentagem de reformados aumenta de forma significativa de antes para após a amputação, no entanto, a percentagem de desempregados e de estudantes não varia de forma significativa de antes para após a amputação.

Tabela 77: Intervalos de confiança a 95% para a “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”

		%	IC a 95%	
			LI	LS
Atividade Laboral	Empregado	72,3%	63,3%	81,4%
antes da amputação	Desempregado	3,2%	0,0%	6,7%
	Estudante	12,8%	6,0%	19,5%
	Reformado	11,7%	5,2%	18,2%
Atividade Laboral	Empregado	41,5%	31,5%	51,4%
após a amputação	Desempregado	10,6%	4,4%	16,9%
	Estudante	6,4%	1,4%	11,3%
	Reformado	41,5%	31,5%	51,4%

Portanto, quanto à Atividade Laboral, podemos concluir que não se verifica um aumento significativo do desemprego, mas ocorre diminuição da situação de empregado e aumento da situação de reformado.

Tabela 78: Intervalos de confiança a 95% para pelo facto de ser amputado tem “um aumento de gastos financeiros mensais” e “uma diminuição de rendimento financeiro mensal”

Pelo facto de ser		%	IC a 95%	
amputado tem			LI	LS
um aumento de	Não	19,4%	11,8%	27,1%
gastos financeiros mensais	Sim	80,6%	72,9%	88,2%
uma diminuição de	Não	58,3%	48,7%	67,8%
rendimento financeiro mensal	Sim	41,7%	32,2%	51,3%

Através da análise da tabela anterior (ver tabela 78) podemos concluir que a percentagem que tem um aumento de gastos financeiros mensais apresenta um IC a 95% de [72,9%,88,2%], sendo bastante elevada; a percentagem que tem diminuição de rendimento financeiro mensal apresenta um IC a 95% de [32,2%,51,3%], sendo ainda relevante (ver Anexo XVII fig. 72).

Portanto, quanto ao aumento de custos e à diminuição de rendimentos do amputado, podemos concluir que se verifica um aumento de custos para grande parte dos amputados e uma diminuição de rendimentos para uma parte ainda relevante dos amputados.

Q3: Existem diferenças significativas entre o valor atribuído à aparência da prótese consoante o sexo do amputado?

Através da análise da tabela seguinte (ver tabela 79) que utiliza os dados referente ao questionário PEQ-PT podemos verificar que o valor de prova é inferior a 5% para a “Escala de Aparência”, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

O valor de prova é superior a 5% para a “Escala de Deambulação” e a “Escala de Bem-estar”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos.

A “Escala de Aparência” apresenta valor superior para o sexo masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a “Escala de Deambulação” e a “Escala de Bem-estar” são superiores para o sexo masculino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ver Anexo XVII fig. 73).

Portanto, podemos concluir que o valor atribuído à aparência da prótese é superior para o sexo masculino.

Tabela 79: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e o sexo

	Sexo	N	Média	Desvio		p
				padrão	t ₂	
Escala de Deambulação	Masculino	53	61,02	22,614	0,981	0,330
	Feminino	21	55,01	26,607		
Escala de Aparência	Masculino	53	79,32	20,681	2,593	* 0,012
	Feminino	21	65,03	23,079		
Escala de Bem-estar	Masculino	53	62,23	19,384	-0,277	0,783
	Feminino	21	63,74	25,202		

* p < 0,05

** p < 0,01

Se por outro lado analisarmos a pergunta que relaciona a aparência da prótese que se encontra no questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos e o sexo do amputado, verificamos que o valor de prova é inferior a 5% para a “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese”, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos (ver tabela 80) (ver Anexo XVII fig. 74).

A média da importância “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” apresenta valor superior para o sexo masculino, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Tabela 80: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e o sexo

	Sexo	N	Média	Desvio		p
				padrão	t ₇₂	
Quão relevante é para si a aparência da sua prótese	Masculino	78	2,29	1,106	-2,734	** 0,007
	Feminino	25	2,96	,889		

* p < 0,05 ** p < 0,01

Portanto, podemos concluir que o valor atribuído à aparência da prótese é superior para o sexo masculino.

Q4: Os amputados classificam como bom o seu bem-estar com o uso da prótese?

Através da análise da tabela seguinte (ver tabela 81) que utiliza os dados referente ao questionário PEQ-PT podemos concluir que a Escala de Aparência apresenta um IC a 95% de [70,1;80,4], superior à Escala de Bem-estar que apresenta um IC a 95% de [57,8;67,5] e à Escala de Deambulação que apresenta um IC a 95% de [58,8;64,5]. No entanto, o valor da Escala de Bem-estar que apresenta um IC a 95% de [57,8;67,5] é superior ao ponto intermédio da escala, pelo que pode ser considerado um valor “Bom”.

Portanto, podemos considerar que os amputados classificam como bom o seu bem-estar com o uso da prótese (ver Anexo XVII fig. 75).

Tabela 81: Intervalos de confiança a 95% para “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese”

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
Escala de Deambulação	59,3	53,8	64,8
Escala de Aparência	75,3	70,1	80,4
Escala de Bem-estar	62,7	57,8	67,5

Se por outro lado analisarmos a pergunta que relaciona ao Bem-estar com o uso da prótese que se encontra no questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos podemos concluir que a classificação do bem-estar com o uso da prótese apresenta um IC a 95% de [2,03;2,38], próximo do ponto “bom” da escala, pelo que também pode ser considerado um valor “Bom” (ver tabela 82) (ver Anexo XVII fig. 76).

Tabela 82: Intervalos de confiança a 95% para “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese”

	Média	IC a 95%	
		LI	LS
Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese	2,20	2,03	2,38

Q5: Valores mais altos atribuídos à deambulação com a prótese encontra-se relacionada com a existência de atividades profissionais após amputação que exigem mais demanda física e menos demanda intelectual?

Consideram-se profissões com mais demanda física e menos demanda intelectual: Indústria, Restauração/ Panificação, Agricultura/Pesca, Vigilante noturna (lar de idosos), Têxteis, Serralheiro e Carpinteiro; consideram-se profissões com menos demanda física e mais demanda intelectual: Comércio, Serviços, Funcionários Públicos, Ensino, Administrativo, Técnico de máquinas fotográficas e Estudante; enquanto que os Reformados e Desempregados não foram integrados em nenhum grupo, tendo-se obtido os resultados da tabela seguinte (ver tabela 83).

Tabela 83: Tabela de frequências: Profissão após amputação

	Frequência	Porcentagem
mais demanda física e menos demanda intelectual	23	42,6
menos demanda física e mais demanda intelectual	31	57,4
Total	54	100,0

Tal como se pode observar através da tabela seguinte (ver tabela 84) que diz respeito a análise das perguntas do questionário PEQ-PT o valor de prova é inferior a 5% para a “Escala de Aparência”, existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de profissão.

O valor de prova é superior a 5% para a “Escala de Deambulação” e a “Escala de Bem-estar”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de profissão.

A “Escala de Aparência” apresenta valor superior para as profissões com mais demanda física e menos demanda intelectual, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a “Escala de Deambulação” e a “Escala de Bem-estar” são superiores para as profissões com mais demanda física e menos demanda intelectual, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ver Anexo XVII fig. 77).

Portanto, podemos concluir que o valor atribuído à aparência da prótese é superior para as profissões com mais demanda física e menos demanda intelectual, mas relativamente à questão de investigação não podemos concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à deambulação entre os dois tipos de profissão.

Se por outro lado analisarmos a pergunta que relaciona a deambulação com o uso da prótese que se encontra no questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos podemos concluir que o valor de prova é superior a 5% para “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de profissão (ver tabela 85) (ver Anexo XVII fig. 78).

Na amostra, a classificação de “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” é superiores para as profissões com menos demanda física e mais demanda intelectual, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 84: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Profissão após amputação

	Profissão após amputação	N	Média	Desvio		
				padrão	t ₄₂	p
Escala de Deambulação	mais demanda física e menos demanda intelectual	20	65,65	21,861	0,488	0,628
	menos demanda física e mais demanda intelectual	24	62,10	25,652		
Escala de Aparência	mais demanda física e menos demanda intelectual	20	84,55	13,622	2,702	* 0,010
	menos demanda física e mais demanda intelectual	24	66,89	26,414		
Escala de Bem-estar	mais demanda física e menos demanda intelectual	20	66,95	14,792	0,254	0,800
	menos demanda física e mais demanda intelectual	24	65,21	27,448		

* p < 0,05

** p < 0,01

Tabela 85: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” e a Profissão após amputação

	Profissão após amputação	N	Média	Desvio		
				padrão	t ₅₂	p
Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha	mais demanda física e menos demanda intelectual	23	2,91	1,443	-,471	0,640
	menos demanda física e mais demanda intelectual	31	3,10	1,399		

* p < 0,05

** p < 0,01

Portanto, podemos concluir que o valor atribuído à aparência da prótese é superior para as profissões com mais demanda física e menos demanda intelectual, mas relativamente à questão de investigação não podemos concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à deambulação entre os dois tipos de profissão.

Q6: Valores elevados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma encontram-se associados a taxas de empregabilidade mais elevadas e a valores mais baixos de custos?

Se analisarmos a tabela abaixo apresentada (ver tabela 86) referente às questões relacionadas com a Deambulação, Aparência e Bem-estar presentes no questionário PEQ-PT e a Atividade Laboral após a amputação podemos observar que o valor de prova é inferior a 5% para a “Escala de Bem-estar”, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral após a amputação.

O valor de prova é superior a 5% para a “Escala de Deambulação” e a “Escala de Aparência”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral após a amputação.

A “Escala de Bem-estar” apresenta valor superior para os Estudantes, seguidos depois dos valores para os Empregados e com valores inferiores para os Desempregados e Reformados, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a “Escala de Deambulação” apresenta valor superior para os Estudantes, seguidos depois dos valores para os Empregados e com valor inferior para os Reformados, a “Escala de Aparência” apresenta valor superior para os Desempregados, seguidos depois dos valores para os Empregados e com valor inferior para os Estudantes, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ver Anexo XVII fig. 79).

Portanto, podemos concluir que o valor atribuído ao bem-estar é superior para os Estudantes, seguidos dos Empregados e inferior para os Desempregados e Reformados, o valor atribuído à aparência da prótese e deambulação não apresenta diferenças significativas entre as categorias da Atividade Laboral após a amputação.

Se por outro lado analisarmos a tabela abaixo apresentada (ver tabela 87) referente às questões relacionadas com a Deambulação, Aparência e Bem-estar presentes no questionário PEQ-PT e a Atividade Laboral atual podemos observar que o valor de prova é inferior a 5% para a “Escala de Deambulação”, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral atual.

Tabela 86: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral após a amputação

	Atividade Laboral		Desvio		F _{3,70}	p
	após amputação	N	Média	padrão		
Escala de Deambulação	Empregado	36	60,55	24,586	2,612	0,058
	Desempregado	9	55,17	25,257		
	Estudante	8	77,97	13,138		
	Reformado	21	51,87	21,988		
Escala de Aparência	Empregado	36	77,30	22,532	1,529	0,214
	Desempregado	9	84,89	12,629		
	Estudante	8	64,16	24,127		
	Reformado	21	71,87	23,058		
Escala de Bem-estar	Empregado	36	61,75	21,787	4,071	* 0,010
	Desempregado	9	57,17	11,437		
	Estudante	8	85,13	13,770		
	Reformado	21	58,00	20,606		

* p < 0,05

** p < 0,01

O valor de prova é superior a 5% para a “Escala de Aparência” e a “Escala de Bem-estar”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral atual.

A “Escala de Deambulação” apresenta valor superior para os Estudantes e valores inferiores para os Reformados, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a “Escala de Aparência” apresenta valor superior para os Reformados e Desempregados e valor inferior para os Estudantes, a “Escala de Bem-estar” apresenta valor superior para os Estudantes, seguidos depois dos valores para os Empregados e com valor inferior para os Desempregados, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ver Anexo XVII fig. 80).

Portanto, podemos concluir que o valor atribuído à deambulação é superior para os Estudantes e inferior para os Reformados, o valor atribuído à aparência da prótese e ao bem-estar não apresenta diferenças significativas entre as categorias da Atividade Laboral atual.

Tabela 87: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral atual

	Atividade Laboral atual	N	Média	Desvio		F _{3,70}	p
				padrão			
Escala de Deambulação	Empregado	23	66,47	22,577	3,116	* 0,032	
	Desempregado	9	64,22	28,205			
	Estudante	3	81,79	4,711			
	Reformado	39	52,23	22,248			
Escala de Aparência	Empregado	23	71,33	25,150	0,535	0,660	
	Desempregado	9	76,51	24,319			
	Estudante	3	67,75	30,750			
	Reformado	39	77,87	19,616			
Escala de Bem-estar	Empregado	23	68,13	26,564	2,222	0,093	
	Desempregado	9	55,11	13,472			
	Estudante	3	83,00	17,521			
	Reformado	39	59,60	17,680			

* p < 0,05

** p < 0,01

Se analisarmos a relação existente entre as respostas ao Questionário PEQ-PT e a pergunta pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais (ver tabela 88), verifica-se que o valor de prova é inferior a 5% para a “Escala de Deambulação”, existem diferenças estatisticamente significativas entre quem teve e quem não teve aumento de gastos.

O valor de prova é superior a 5% para a “Escala de Aparência” e a “Escala de Bem-estar”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem teve e quem não teve aumento de gastos.

A “Escala de Deambulação” apresenta valor superior quem não teve aumento de gastos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a “Escala de Aparência” e a “Escala de Bem-estar” são superiores para quem não teve aumento de gastos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ver Anexo XVII fig. 81).

Tabela 88: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”

	aumento de gastos		Desvio			
	financeiros mensais	N	Média	padrão	t ₇₂	p
Escala de Deambulação	Não	18	74,64	20,839	3,356	** 0,001
	Sim	56	54,39	22,695		
Escala de Aparência	Não	18	81,47	17,604	1,372	0,174
	Sim	56	73,27	23,270		
Escala de Bem-estar	Não	18	64,89	15,915	0,515	0,608
	Sim	56	61,94	22,503		

* p < 0,05

** p < 0,01

Portanto, podemos concluir que o valor atribuído à deambulação é superior para quem teve menos custos, mas relativamente não podemos concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à aparência da prótese e ao bem-estar entre as duas categorias em estudo.

Se por outro lado analisarmos as respostas obtidas através do questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos às perguntas “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade laboral após a amputação (ver tabela 89) observa-se que o valor de prova é inferior a 5% para “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese”, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral após a amputação.

O valor de prova é superior a 5% para “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral após a amputação.

A classificação de “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” apresenta valor superior para os Estudantes, seguidos depois dos valores para os Empregados e com valores inferiores para os Reformados, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

A importância de “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” apresenta valor superior para os Empregados, seguidos depois dos valores para os Estudantes e com valores inferiores para os Desempregados, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Tabela 89: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade laboral após a amputação

	Atividade Laboral		Desvio			
	após amputação	N	Média	padrão	F _{3,70}	p
Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha	Empregado	44	2,89	1,418	2,612	* 0,019
	Desempregado	10	2,70	1,252		
	Estudante	10	3,60	1,265		
	Reformado	39	2,15	1,496		
Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese	Empregado	44	2,27	,817	1,529	0,195
	Desempregado	10	1,80	,789		
	Estudante	10	2,60	,699		
	Reformado	39	2,13	,978		
Quão relevante é para si a aparência da sua prótese	Empregado	44	2,82	,815	4,071	** 0,008
	Desempregado	10	1,70	1,059		
	Estudante	10	2,50	1,269		
	Reformado	39	2,23	1,202		

* p < 0,05

** p < 0,01

Na amostra, a classificação de “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” apresenta valor superior para os Estudantes, seguidos depois dos valores para os Empregados e com valor inferior para os Desempregados, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas (ver Anexo XVII fig. 82).

Portanto, agora podemos concluir que o valor atribuído à deambulação é superior para os Estudantes, seguidos depois dos Empregados e inferior para os Reformados; o valor atribuído à aparência da prótese é superior para os Empregados, seguidos depois dos Estudantes e inferior para os Desempregados; o valor atribuído ao bem-estar não apresenta diferenças significativas entre as categorias da Atividade Laboral após a amputação.

Se por outro lado analisarmos as respostas obtidas através do questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos às perguntas “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade Laboral Atual (ver tabela 90) o valor de prova é inferior a 5% para “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese”, existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral atual (ver Anexo XVII fig. 83).

O valor de prova é superior a 5% para “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da Atividade Laboral atual.

A classificação de “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” apresenta valor superior para os Estudantes e com inferiores para os Reformados, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

A importância de “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” apresenta valor superior para os Estudantes e Empregados e inferior para os Desempregados, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas.

Na amostra, a classificação de “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” apresenta valor superior para os Estudantes, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 90: Estatística descritiva e Testes ANOVA: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade Laboral Atual

	Atividade Laboral atual	N	Média	Desvio		F _{3,70}	p
				padrão			
Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha	Empregado	27	3,30	1,265	3,116	** 0,002	
	Desempregado	11	3,18	,982			
	Estudante	3	4,00	,000			
	Reformado	62	2,23	1,509			
Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese	Empregado	27	2,11	,751	0,535	0,422	
	Desempregado	11	2,27	,905			
	Estudante	3	3,00	1,000			
	Reformado	62	2,19	,920			
Quão relevante é para si a aparência da sua prótese	Empregado	27	2,78	1,013	2,222	* 0,023	
	Desempregado	11	1,64	1,027			
	Estudante	3	3,00	1,000			
	Reformado	62	2,44	1,081			

* p < 0,05

** p < 0,01

Portanto, agora podemos concluir que o valor atribuído à deambulação é superior para os Estudantes e inferior para os Reformados; o valor atribuído à aparência da prótese é superior para os Estudantes e Empregados e inferior para os Desempregados; o valor atribuído ao bem-estar não apresenta diferenças significativas entre as categorias da Atividade Laboral atual.

Se analisarmos a relação existente entre as respostas “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um

aumento de gastos financeiros mensais (ver tabela 91) verifica-se que O valor de prova é inferior a 5% para a “Escala de Deambulação”, existem diferenças estatisticamente significativas entre quem teve e quem não teve aumento de gastos.

O valor de prova é superior a 5% para a “Escala de Aparência” e a “Escala de Bem-estar”, não existem diferenças estatisticamente significativas entre quem teve e quem não teve aumento de gastos.

A classificação de “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” apresenta valor superior quem não teve aumento de gastos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas (ver Anexo XVII fig. 84).

Na amostra, a classificação de “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” apresenta valor superior quem não teve aumento de gastos e a importância de “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” é semelhante para os dois grupos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 91: Estatística descritiva e Testes t de Student: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”

	aumento de gastos		Desvio			
	financeiros mensais	N	Média	padrão	t ₁₀₁	p
Como classifica a sua deambulação com a prótese ...	Não	20	3,35	,988	2,387	* 0,019
	Sim	83	2,49	1,525		
Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese	Não	20	2,35	,988	0,827	0,410
	Sim	83	2,17	,853		
Quão relevante é para si a aparência da sua prótese	Não	20	2,45	,999	-0,029	0,977
	Sim	83	2,46	1,119		

* p < 0,05

** p < 0,01

Portanto, podemos novamente concluir que o valor atribuído à deambulação é superior para quem teve menos custos, mas não podemos concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à aparência da prótese e ao bem-estar entre as duas categorias em estudo.

CAPÍTULO IV - Análise e discussão dos resultados

Neste capítulo será concretizada a análise e discussão dos resultados. Esta análise e discussão terá por base, a análise descritiva da amostra e a análise inferencial dos dados, através das questões de investigação. De forma a estudar profundamente os dados obtidos, sempre que possível, serão relacionados entre si os diferentes parâmetros em estudo e correlacionados com os dados presentes na revisão bibliográfica realizada.

Pela análise dos dados demográficos referentes aos 103 inquiridos, amputados do MI, verifica-se que existe uma predominância do sexo masculino (76%) em relação ao sexo feminino (24%), o que vai de encontro aos dados obtidos pelos estudos tanto de Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, (2008) efetuados nos EUA, tanto pelos estudos realizados em Portugal por Sequeira e Martins (1996) e por Matos, Carolino, & Ramos, (2018). O

que nos leva a acreditar que existe uma forte relação entre as amputações do MI e o sexo masculino. É também esperado que as taxas de empregabilidade também sejam menores visto a relação existente que foi expressa pelos dados obtidos pela PMS, que foram analisados pelo Conselho Da Europa (2006) e por WHO (2012) onde as taxas de empregabilidade dos deficientes do sexo masculino são inferiores às taxas de empregabilidade do sexo feminino.

Quanto à faixa etária a maior percentagem dos inquiridos possui idade compreendida entre os 65 e os 75 anos (34%) e entre os 55 e os 65 anos (22,3%), contudo estes dados não podem ser comparados com nenhum estudo presente na literatura por nós encontrado, pois os restantes estudos são referentes à idade do amputado no momento da amputação, enquanto o nosso reflete a idade que possuem atualmente, tendo inquiridos com amputações há mais de 25 anos (29,1%) e outros com amputações apenas entre 1 a 5 anos (22,3%). Contudo é de esperar que aquando da amputação as idades predominantes fossem as correspondentes às faixas etárias mais jovens, visto que temos a maior percentagem de amputações associada a causas traumáticas que por sua vez são associadas a faixas etárias mais jovens, tal como é referido nos estudos realizados por Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, (2008) o que de alguma forma é contraditório com os dados apresentados pelo estudo realizado em Portugal por Matos, Carolino, & Ramos, (2018) onde as idades predominantes são entre os 70 e os 90 anos, o que nos indica faixas etárias mais velhas o que é justificado pela etiologia predominante ser a vascular, ao contrário da encontrada por nós que é traumática.

Quanto ao estado civil temos a predominância do estado de casado (59,2%) e cerca de 71,8% dos 103 inquiridos refere ter pelo menos um filho.

Os Distritos predominantes a que pertencem os inquiridos deste estudo são o Porto (64,1%), seguido de Aveiro (14,6%) e depois de Braga (9,7%), o que já era de esperar devido à localização da empresa onde se realizou o estudo e à sua área de abrangência em relação a Hospitais e empresas com que habitualmente trabalha.

Quanto às habilitações literárias atuais temos a predominância do 1º ciclo do Ensino Básico (4º ano ou equivalente legal) com 39,8% seguida do Ensino secundário (12º ano ou equivalente legal) com 20,4%.

Em relação aos dados clínicos da amostra em estudo quanto à etiologia da amputação a predominância encontrada é da etiologia traumática, com 45,6%, seguida da vascular com 25,2%, depois da tumoral com 13,6%, diabetes e congénita com 6,8% cada e por último com 1,9% outras. Estes dados vão contra os estudos realizados nos EUA por Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, (2008) e contra os estudos realizados em Portugal por Sequeira e Martins (1996) e por Matos, Carolino, & Ramos, (2018) onde a predominância da etiologia da amputação em todos os casos é vascular 80%; 70,43% e 43,86% respetivamente. Tais valores podem-se dever ao facto de a Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda. trabalhar com amputados provenientes de diversas companhias de seguro e do Hospital Militar Regional nº 1 onde a etiologia predominante é a traumática, assim como 29,1% dos inquiridos já utiliza prótese há mais de 25 anos e não estarmos apenas a falar de amputações recentes tal como nos estudos de

Matos, Carolino, & Ramos, (2018). Esta tendência pode-se estar a alterar com o aumento da esperança média de vida e o aumento das doenças que com ela advém.

Quanto ao nível de amputação predominante encontrado foi o nível de amputação TF com 44,7% em comparação com os 39,8% de amputações TT. Estes valores vão contra os apresentados nos estudos de Ziegler-Graham, MacKenzie, Ephraim, Trivison, Brookmeyer & Jones, (2008), onde as amputações mais frequentes são as amputações TT, contudo são corroborados pelo estudo de Matos, Carolino, & Ramos, (2018), realizado a nível nacional, o qual apresenta uma predominância de amputações TF de 32,16%. Uma das causas que se podem enumerar para justificar os resultados encontrados, e que é referido no estudo de Matos, Carolino, & Ramos, (2018) para esta contradição deve-se à diminuição abrupta das amputações por diabetes de etiologia neuropática o que tem vindo a reduzir brutalmente o número de amputações TT. É então esperado segundo Pinto, Lange, Pastore, Llano, Castro & Santos, (2016); Sansam, Neumann, O'Connor, & Bhakta, (2009); Van Eijk, Van Der Linde, Buijck, Geurts, Zuidema & Koopmans, (2012) que se encontrem resultados piores na capacidade de caminhar dos indivíduos em estudo pois, amputados com um nível de amputação maior (neste caso TF) em comparação com amputados com um nível de amputação menor (neste caso TT) estão associados com resultados piores na capacidade de caminhar.

Em relação ao lado da amputação temos uma predominância do lado esquerdo com 53,3%, seguido do direito com 38,8% e por último com 5,8% temos as amputações bilaterais.

Dos 103 inquiridos 56,3% admite ter outras doenças associadas com predominância de problemas circulatórios (19%). É então esperado segundo os estudos realizados por Pinto, Lange, Pastore, Llano, Castro & Santos, (2016); Sansam, Neumann, O'Connor, & Bhakta, (2009) e Van Eijk, Van Der Linde, Buijck, Geurts, Zuidema & Koopmans, (2012) que estes inquiridos estejam associados a uma deambulação retardada e com várias complicações associadas.

Dos 103 inquiridos 87,4% refere utilizar a prótese pelo menos 5 dias por semana, mais de 8 horas por dia e 29,1% dos inquiridos refere utilizar prótese há mais de 25 anos. É então esperado segundo Alves et al., (2016); Iwama, Andrade, Shima, Tanni, Godoy & Dourado (2009) e Major & Fey (2017) que a distância percorrida com prótese seja maior quando comparada com indivíduos que utilizem prótese há menos anos e menos horas por dia.

Dos inquiridos, 97,1% utiliza a prótese para deambulação em ambientes anteriores e exteriores (para andar dentro e fora de casa), e 49,5% utiliza auxiliares de marcha dos quais 43,1% utiliza 1 canadiana e 33,3% 2 canadianas o que vai de encontro com os estudos realizados por JM, CA, Polomski, JR, LH & Houdijk, (2006) e Biffi, Aramaki, Silva, Garavello, & Cavalcanti, (2017) onde de todos os caminhanes, mais de 80% usa muletas no primeiro estudo e no segundo a maioria utiliza auxiliares de marcha, seja ele qual for.

No que se refere às temáticas da deambulação, bem-estar e aparência temos que analisar quer as respostas dadas ao questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos, ao qual responderam 103 indivíduos, quer as respostas dadas ao questionário PEQ-PT ao qual dos 103

inquiridos devido aos critérios de inclusão só responderam 74. De seguida cada temática será analisada separadamente.

Começando pela temática da deambulação através da análise do questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos, podemos concluir que 44,7% dos inquiridos conseguem deambular sem qualquer problema por longos períodos de tempo com a prótese sem auxiliares de marcha e 13,6% refere não conseguir deambular com a prótese sem auxiliares de marcha. Se por outro lado observamos as respostas dadas ao questionário PEQ-PT verificamos que em média o valor atribuído à deambulação ronda os 59,31%. Nesta linha de análise insere-se uma das questões de investigação, nomeadamente “Q5: Valores mais altos atribuídos à deambulação com a prótese encontra-se relacionada com a existência de atividades profissionais após amputação que exigem mais demanda física e menos demanda intelectual?” Tanto através da análise das perguntas referentes ao questionário PEQ-PT como do questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos sobre esta temática não se pode concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à deambulação entre os dois tipos de profissão, apesar de no questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos no que se refere a esta questão se encontrar valores superiores para as profissões com menos demanda física e mais demanda intelectual, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Estes resultados são contrários aos que seriam de esperar, pois segundo Fisher, Hanspal, & Marks, (2003) e Şirzai, Köseoğlu, Kılınç, & Özel, (2016) apesar de existirem boas percentagem de retorno ao meio laboral, essa reintegração se fez, mas acompanhada de uma mudança da atividade laboral por parte do amputado, sendo privilegiadas atividades intelectuais com menor demanda física. Contudo é preciso ter em conta a divisão que foi feita entre as profissões por nós consideradas que exigem mais demanda física e menos demanda intelectual e a atividade em concreto que cada amputado passou a fazer dentro de cada profissão.

Focando-nos agora na temática do bem-estar, em qualquer um dos dois questionários pode-se considerar que os amputados classificam o seu bem-estar como “Bom”. Estes valores em relação ao bem estar já eram esperados, visto o que é referido na literatura tanto por O'Neill & Evans, (2009) como por Chini, Gislaine Cristina; Magali, (2007); e por Paiva & Coellner, (2008) pois como todos os amputados em estudo já utiliza a prótese há pelo menos 1 ano, ou seja, já retomaram a sua deambulação sendo capazes de retomar os seus estilos de vida anteriores, papéis, atividades e socialização e já tendo restaurado a sua imagem corporal e conhecendo-se a relação existente entre estes fatores e a perceção de bem-estar por parte do amputado já era esperado que a média encontrada fosse de Bom, contudo era também esperado que este valor não varia-se muito do bom de forma ascendente pois, tal como é referido nos estudos de Benedetto, Forgione & Alves (2002) e Silva², (2013) com o uso da prótese também vêm algumas frustrações o que influencia a forma como o sujeito apreende o seu bem-estar. Nesta linha de análise insere-se uma das questões de investigação, “Q4: Os amputados classificam como bom o seu bem-estar com o uso da prótese?” a qual comprova estes resultados.

Relativamente à temática da aparência da prótese através do questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos, podemos concluir que 40,8% dos inquiridos considera importante a aparência da sua prótese onde apenas 4,9% (5 pessoas) considera nada importante. Se por outro lado observamos as respostas dadas ao questionário PEQ-PT verificamos que em média o valor atribuído à aparência é de 75,26. Nesta linha de análise insere-se uma das questões de investigação, nomeadamente “Q3: Existem diferenças significativas entre o valor atribuído à aparência da prótese consoante o sexo do amputado?” Tanto através da análise das perguntas referentes ao questionário PEQ-PT como do questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos sobre esta temática pode-se concluir que o valor atribuído à aparência da prótese é superior para o sexo masculino. Estas respostas encontradas vão contra os resultados observados na literatura, onde é referido que independentemente da população clínica em estudo, o sexo feminino é o mais insatisfeito com a sua imagem corporal, uma vez que, os sentimentos do sexo feminino estão relacionados com a sua autoimagem. Aliás segundo os estudos realizados tanto por Tatar, (2010) como por Murray & Fox, (2002) os amputados do sexo masculino dão especial importância aos aspetos funcionais da prótese os quais estão relacionados com a capacidade de atender às necessidades económicas e de participação em atividades físicas adequadas, enquanto os amputados do sexo feminino, dão mais importância aos aspetos estéticos ou cosméticos, de uma prótese onde ser capaz de continuar a usar roupas femininas foi de especial relevância. Contudo os paradigmas têm vindo a mudar e cada vez mais o sexo masculino começa a dar uma especial importância ao seu aspeto físico e não apenas à funcionalidade como se pode observar pelos resultados encontrados.

Quanto ao grau de incapacidade 38,8% dos inquiridos apresenta uma incapacidade de mais de 70% e 5,8%, ou seja, 6 pessoas nunca solicitaram o seu grau de incapacidade permanente à Segurança Social. Uma vez que temos amputados com amputações já bastante antigas (há mais de 25 anos) estes graus de incapacidade podem não estar devidamente atualizados consoante as novas tabelas de atribuição de incapacidade.

Focando-nos agora nos dados profissionais começando pelos dados profissionais antes da amputação, dos 103 inquiridos 66% antes da amputação encontravam-se empregados e na sua maioria 23,5% no setor da indústria seguido do comércio 14,7% e depois dos Serviços, agricultura/pesca e construção civil com 8,8% cada. A percentagem de reformados rondava os 10,7%.

Após a amputação assistimos a algumas alterações dos dados profissionais passando o número de empregados de 66% para 42,7% continuando a sua maioria no setor da indústria 31,8%; seguido do comércio 19,9% e dos serviços com 15,9%. Assistimos ainda a uma subida do número de reformados de 10,7% antes da amputação para 37,9% após a amputação, o que já era esperado visto que, após a amputação são inúmeras as dificuldades encontradas no retorno ao meio laboral ou a conseguir um trabalho após a reabilitação, tal como é referido por Dornelas, (2010), as pessoas com amputações muitas das vezes, buscam a aposentação por invalidez para garantia de rendimentos.

Atualmente quanto aos dados profissionais dos inquiridos assistimos a uma diminuição ainda maior do número de empregados de antes da amputação de 66% para 42,7% após a amputação e para 26,2% atualmente, acompanhado de um aumento do número de reformados de 10,7% antes da amputação para 37,9% após a amputação e para 60,2% atualmente o que se pode justificar em muitos dos casos pela chegada da idade da reforma visto temos uma grande parte dos inquiridos, 61,2% com idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos de idade. Verificamos também nos empregados mudanças nos setores passando a ter o comércio com 22,2%; a função pública 18,5%; a indústria 11,1% e serviços 14,8%. Dos empregados atualmente 48,1% classifica o acesso ao seu local de trabalho como acessível; 25,9% muito acessível; 18,5% pouco acessível e 7,4% nem pouco nem muito acessível. Daqueles que mudaram de atividade profissional após a amputação (35%) apenas 3,9% teve de voltar a estudar para conseguir o novo emprego. 64,1% dos inquiridos refere que se sentia mais realizado profissionalmente antes da amputação. Tal como é referido nos estudos realizados por Fisher, Hanspal, & Marks, (2003); Mezghani-Masmoudi, Guermazi, Feki, Ennaouai, Dammak & Elleuch, (2004) e Schoppen, Boonstra, Groothoff, de Vries, Göeken & Eisma, (2001) são apresentadas nesta amostra boas percentagens de retorno ao meio laboral, embora não obtendo resultados tão bons como os por eles mencionados, contudo outros autores, tais como Guarino, Chamlian, & Masiero, (2007) defendem que as percentagens referidas pelos autores anteriores são muito elevadas, tendo em conta o perfil epidemiológico das populações apresentadas pelos primeiros em relação ao perfil epidemiológico de diversos países nos quais se insere Portugal. Na opinião de 45,6% dos inquiridos, ser amputado já influenciou negativamente a sua obtenção de emprego contra 24,3% que diz que nunca sentiu essa influência e 30,1% que diz que esta pergunta não se aplica.

Nesta linha de análise insere-se uma das questões de investigação, nomeadamente “Q1: A idade com que ocorreu a amputação e a escolaridade do amputado encontram-se relacionados com a empregabilidade após a amputação?” Globalmente, quanto à Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascimento/criança primeiro emprego, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para idades entre 35 e 45 anos, seguidas das idades entre 25 e 35 anos e entre 55 e 65 anos. A percentagem de “Empregado” é superior para habilitações 3.º ciclo, seguidas das habilitações 2.º ciclo, 1.º ciclo e secundário, seguidas de ensino superior e sendo nula para não sabe ler escrever.

No que se refere aos dados sociais 72,8% nunca recebeu nenhum subsídio de doença e dos 27,2% que o receberam 67,9% recebeu por mais de 365 dias. 62,1% dos inquiridos referem não necessitar de ajuda de 3ª pessoa e dos restantes 37,9% que referiu necessitar dessa ajuda 46,2% necessita dessa ajuda menos de 2 horas e apenas 7,7% (3 indivíduos) mais de 8 horas por dia.

Em relação aos gastos financeiros e aos rendimentos da amostra, 80,6% refere que ser amputado implica um aumento dos gastos financeiros dos quais 37,3% diz ser entre 50 e os 100 €. O motivo que mais é referido como causa do aumento desses gastos é a revisão da prótese com 12%. 58,3% refere não ter uma diminuição do rendimento financeiro mensal contra 41,7% que refere essa diminuição. Desses 41,7%; 72,1% refere que essa diminuição é superior a 150€ onde 32,6%

refere como principal causa a não obtenção de emprego. Nesta linha de análise insere-se uma das questões de investigação, nomeadamente “Q2: Após a amputação/ protetização assistimos a um aumento do desemprego, a um aumento de custos e a uma diminuição de rendimentos do amputado?” Quanto à Atividade Laboral, podemos concluir que não se verifica um aumento significativo do desemprego, mas ocorre diminuição da situação de empregado e aumento da situação de reformado. Quanto ao aumento de custos e à diminuição de rendimentos do amputado, podemos concluir que se verifica um aumento de custos para grande parte dos amputados e uma diminuição de rendimentos para uma parte ainda relevante dos amputados.

Por último conjugando as temáticas referentes ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma com as taxas de empregabilidade e custos insere-se a última questão de investigação, que falta explorar, nomeadamente “Q6: Valores elevados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma encontram-se associados a taxas de empregabilidade mais elevadas e a valores mais baixos de custos?” Em relação aos dados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma e as taxas de empregabilidade, nas categorias da atividade laboral após a amputação nada se pode concluir pois os dados entre os dois questionários são contraditórios. Em relação aos dados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma e as taxas de empregabilidade, nas categorias da atividade laboral atual pode-se concluir, tendo em conta o confronto dos dois questionários que o valor atribuído à deambulação é superior para os Estudantes e inferior para os Reformados e que o valor atribuído ao bem-estar não apresenta diferenças significativas entre as categorias da Atividade Laboral atual. Quanto ao valor atribuído à aparência da prótese nada se pode concluir entre as categorias da Atividade Laboral atual pois os resultados são contraditórios nos dois questionários. Se por outro lado analisarmos a relação existente entre as respostas ao Questionário PEQ-PT e as respostas ao questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos em relação às temáticas da deambulação, bem-estar e aparência e a pergunta pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais podemos concluir que em ambos os questionários o valor atribuído à deambulação é superior para quem teve menos custos, mas não podemos concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à aparência da prótese e ao bem-estar entre as duas em ambos os questionários.

Conclusões, limitações e futuras linhas de investigação

Conclusões

Como anteriormente referido o principal objetivo deste trabalho foi estudar os seguintes quatro pontos:

- 1 - A perceção do amputado do MI quanto à deambulação com o recurso a uma prótese;
- 2 - A perceção do amputado do MI quanto ao seu bem-estar com o recurso a uma prótese;
- 3 - A perceção do amputado do MI quanto à sua aparência com o recurso a uma prótese;
- 4 - Elaborar uma análise socioprofissional demográfica e clínica dos amputados do MI.

Relativamente aos três primeiros pontos, conseguimos demonstrar, através dos resultados obtidos, que a perceção existe e que em média os valores atribuídos à mesma são bons, com predominância do valor atribuído à aparência.

No que concerne ao quarto ponto, isto é, à análise demográfica, clínica, profissional e social dos referidos utentes podemos concluir o seguinte:

- Quanto aos dados demográficos: 76% dos inquiridos pertence ao sexo masculino; 59,2% apresentam o estado civil de casado; 71,8% refere ter pelo menos 1 filho; o distrito predominante a que pertencem é o distrito do Porto com 64% e 39,8% dos inquiridos possui apenas o 1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano ou equivalente legal).

- Quanto aos dados clínicos: a etiologia da amputação predominante encontrada foi a traumática com 45,6% seguida da vascular com 25,2%; o lado predominante da amputação é o esquerdo com 55,3%; 29,1% já foi amputado há mais de 25 anos e 22,3% de 1 a 5 anos; o nível de amputação predominante com 44,7% é o TF, seguido do TT com 39,8% ; 56,3% refere ter outras patologias associadas com predominância da má circulação com 19%; 87,4% refere utilizar a prótese mais de 8 horas por dia; 100% utiliza a prótese pelo menos 5 dias por semana; 97,1% utiliza a prótese para deambulação em ambientes interiores e exteriores (para andar dentro e fora de casa); 49,5% utiliza auxiliares de marcha e 38,8% tem um grau de incapacidade permanente superior a 70%.

- Quanto aos dados profissionais: estes foram divididos entre antes da amputação, após a amputação e atualmente. Assim:

. Antes da amputação: 66% dos inquiridos encontrava-se empregado com predominância do sector da indústria com 25,5%, seguido do comércio com 14,7%; a percentagem de desempregados rondava os 2,9% e os reformados eram cerca de 10,7%;

. Após a amputação: 42,7% dos inquiridos encontrava-se empregado com predominância do sector da indústria com 31,8%, seguido do comércio e dos serviços com 15,9% cada; a

percentagem de desempregados rondava os 9,7% e os reformados passaram a ser 37,9%;

. Atualmente: 26,2% dos inquiridos empregados com predominância do sector do comércio com 22,2%, seguido dos funcionários públicos com 18,5%, dos serviços com 14,8% e da indústria com 11,1%; a percentagem de desempregados ronda os 10,7% e os reformados cerca de 60,2%. Dos inquiridos que atualmente se encontram empregados 48,1% classifica como acessível o acesso ao seu local de trabalho. De todos os inquiridos 3,9% refere ter voltado a estudar para conseguir um novo emprego após a amputação; 64,1% sentia-se mais realizado profissionalmente antes da amputação e 28,2% após a amputação refere ter pedido antecipação da reforma.

- Quanto aos dados sociais: 27,2% recebeu algum tipo de subsídio de doença após a amputação dos quais 67,9% recebeu esse subsídio durante mais de 365 dias. 37,9% de todos os inquiridos refere necessitar de ajuda de 3ª pessoa dos quais 46,2% refere necessitar dessa ajuda menos de 2 horas por dia; 80,6% refere que pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais, dos quais 37,3% refere que esse aumento é entre os 50 e os 100 € mensais, sendo que o principal motivo referido para tal com 12% foi a revisão de prótese. 41,7% de todos os inquiridos refere que pelo facto de ser amputado tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal, onde 72,1% refere que essa diminuição é superior a 150€ e 32,6% refere que essa diminuição se deve à não obtenção de emprego. 45,6% dos inquiridos refere ainda que ser amputado já influenciou negativamente a sua obtenção de emprego pelo menos uma vez.

Foi ainda possível estabelecer correlações entre a perceção do amputado em relação à sua deambulação, o seu bem-estar e aparência com os dados socioprofissionais, demográficos e clínicos dos mesmos. As referidas correlações foram possíveis estabelecer sobretudo através das seis questões de investigação a que nos propusemos. Vejamos então cada questão de investigação em particular e as respostas obtidas para cada uma delas.

“Q1: A idade com que ocorreu a amputação e a escolaridade do amputado encontram-se relacionados com a empregabilidade após a amputação?”

Globalmente, quanto à Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego, podemos concluir que a percentagem de “Empregado” é superior para idades entre 35 e 45 anos, seguidas das idades entre 25 e 35 anos e entre 55 e 65 anos. A percentagem de “Empregado” é superior para habilitações 3.º ciclo, seguidas das habilitações 2.º ciclo, 1.º ciclo e secundário, seguidas de ensino superior e sendo nula para não sabe ler escrever. Concluímos a partir dos dados obtidos que a idade com que ocorreu a amputação e a escolaridade do amputado encontram-se relacionados com a empregabilidade após a amputação.

“Q2: Após a amputação/ protetização assistimos a um aumento do desemprego, a um aumento de custos e a uma diminuição de rendimentos do amputado?”

Quanto à Atividade Laboral, podemos concluir que não se verifica um aumento significativo do desemprego, mas ocorre diminuição da situação de empregado e aumento da situação de reformado. Quanto ao aumento de custos e à diminuição de rendimentos do amputado, podemos concluir que se verifica um aumento de custos para grande parte dos amputados e uma diminuição de rendimentos para uma parte ainda relevante dos mesmos. Foi denotado, quer através da aplicação dos questionários, quer através de conversas informais com alguns elementos da amostra que muitos deles devido às dificuldades encontradas no retorno ao meio laboral ou a conseguir um emprego após a reabilitação procuraram obter, a aposentação por invalidez para garantia de rendimentos. Concluimos que não existem dados estatísticos que comprovem que após a amputação/protetização se assiste a um aumento do desemprego, contudo foi possível comprovar que existe um aumento de custos e uma diminuição de rendimentos do amputado após a amputação/protetização.

“Q3: Existem diferenças significativas entre o valor atribuído à aparência da prótese consoante o sexo do amputado?”

Através dos resultados obtidos concluimos que o valor atribuído à aparência da prótese é superior para o sexo masculino e ainda que há dados estatísticos que comprovam que existem diferenças significativas entre o valor atribuído à aparência da prótese consoante o sexo do amputado.

“Q4: Os amputados classificam como bom o seu bem-estar com o uso da prótese?”

Concluimos que existem dados estatísticos que comprovam que os amputados classificam como bom o seu bem-estar com o uso da prótese.

“Q5: Valores mais altos atribuídos à deambulação com a prótese encontra-se relacionada com a existência de atividades profissionais após amputação que exigem mais demanda física e menos demanda intelectual?”

Através dos resultados obtidos não se pode concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à deambulação entre os dois tipos de esforço. Contudo, através de conversas informais com os inquiridos, a fim de se tentar interpretar os resultados encontrados, podemos aferir que muitas das vezes, apesar de não se verificar mudança de profissão, há mudança de funções dentro da mesma profissão, quando esta o permite. Concluimos que não existem dados estatísticos que comprovem que valores mais altos atribuídos à deambulação com a prótese se encontrem relacionados com a existência de atividades profissionais após a amputação que exigem mais demanda física e menos demanda intelectual.

“Q6: Valores elevados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma encontram-se associados a taxas de empregabilidade mais elevadas e a valores mais baixos de custos?”

Em relação aos dados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma e as taxas de empregabilidade verifica-se o seguinte:

- Nas categorias da *atividade laboral após a amputação* nada se pode concluir pois os dados obtidos dos dois questionários revelaram-se contraditórios;
- Nas categorias da *atividade laboral atual*:
 - Concluimos que o valor atribuído à deambulação é superior para os Estudantes e inferior para os Reformados;
 - Concluimos que o valor atribuído ao bem-estar não apresenta diferenças significativas;
 - Por um lado nada se pode concluir quanto ao valor atribuído à aparência da prótese, pois os dados obtidos dos dois questionários revelaram-se contraditórios. Por outro lado se analisarmos a relação existente entre as respostas em relação às temáticas da deambulação, bem-estar e aparência e a pergunta pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais, podemos concluir que o valor atribuído à deambulação é superior para quem teve menos custos, mas não podemos concluir que existam diferenças significativas nos valores atribuídos à aparência da prótese e ao bem-estar entre as duas.

Assim, e em relação à questão 6 em geral, concluimos que não existem dados estatísticos que comprovem que, nas categorias da atividade laboral após a amputação e nas categorias atividade laboral atual, valores elevados associados ao bem-estar, aparência da prótese e deambulação com a mesma, se encontram associados a taxas de empregabilidade mais elevadas e a valores mais baixos de custos.

Contributos

Práticos

Os objetivos desta investigação foram atingidos e os resultados da mesma poderão ter aplicabilidade prática, nomeadamente: fornecer informações aos prestadores de cuidados, permitindo assim, auxiliar na tomada de decisões com base em sustentação científica; permitir uma monitorização de práticas e resultados; tornar-se num instrumento essencial na gestão de recursos dos cuidadores e pagadores numa ótica de rentabilização e otimização da QV dos amputados do MI.

Ainda em relação aos contributos práticos deste trabalho salientamos a opinião dos amputados em relação ao mesmo em concreto, onde é mencionado, com uma média em todos os casos superiores a 4, numa escala de escala de Likert de 1 a 5, que: “Estudos como estes são de especial relevância tendo em conta a sua escassez e importância”; “Estudos como estes poderão ajudar a reformular a opinião da classe empregadora e fazer com que contratem mais pessoas com deficiência”; e “A prótese influencia diretamente a forma de trabalhar, quando mal-adaptada

pode originar faltas no emprego, pelo que é importante estabelecer esta relação entre a adaptação da prótese versus emprego em estudos como estes”.

Teóricos

Como contributos teóricos é de salientar o facto de ter sido o sexo masculino a dar mais importância à aparência da prótese, o que contraria todos os estudos por nós encontrados na revisão da literatura, nos quais, independentemente da patologia é o sexo feminino a atribuir mais importância à aparência.

Ainda em relação aos contributos teóricos salienta-se que a maior parte dos inquiridos referiu que por ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais, facto este que não foi encontrado referenciado em nenhum estudo na revisão da literatura.

Limitações

Como limitações deste estudo podemos enumerar as seguintes:

- Espaço temporal utilizado ter sido reduzido;
- Os questionários terem sido de autopreenchimento e extensos, o que poderá ter condicionado algumas respostas em erros de interpretação, no entanto o objetivo deste estudo era poder obter resultados com a menor influência possível por parte do investigador;
- A amostra ser limitada aos utentes da Ortopedia Marques & Gonçalves, Lda.

Futuras linhas de investigação

Como futuras linhas de investigação podemos enumerar as seguintes:

- Estender esta temática a outras ortopedias, de forma a tentar compreender se os dados obtidos variam de acordo com a zona do país a que pertencem os amputados em estudo, em consonância com uma quantificação e caracterização dos protetizados existentes em Portugal;
- Perceber quais são os atributos estéticos mais importantes de uma prótese do ponto de vista do amputado, explorando o porquê do sexo masculino atribuir mais significado à aparência da prótese em comparação com o sexo feminino e tentar perceber de que forma a estética pode influenciar a procura/retorno ao emprego;
- Explorar o conhecimento e as perspetivas das entidades empregadoras em relação ao emprego de pessoas portadoras de amputações do MI, aproveitando as informações que estas possuem em relação aos benefícios fiscais que podem usufruir por contratar pessoas portadoras de deficiência, assim como tentar perceber se as empresas possuem conhecimento sobre as verbas existentes para auxiliar as empresas na adaptação do local de trabalho para este grupo em concreto;

- Reunir a opinião de diferentes empresas e setores, que já possuem no seu quadro funcionários amputados do MI protetizados, sobre os custos e adaptações que foram necessárias, bem como os benefícios que usufruíram por empregarem estas pessoas em concreto;
- Compreender quais são as mudanças mais frequentes de funções dentro da mesma profissão, visto em muitos dos casos não se assistir a uma mudança de profissão, mas sim a uma mudança de funções dentro da mesma profissão, explorando as maiores dificuldades encontradas, de forma a tentar compreender/solucionar as referidas dificuldades, tentando assim, reduzir o número de aposentações por invalidez;
- Quantificar os gastos do Estado com a atribuição de pensões/apoios por invalidez, em comparação com os gastos de oferecer uma prótese com características que permitam ao amputado uma melhor inserção/retorno ao meio laboral.

Referências bibliográficas

Bibliografia

- Agne, J. E., Cassol, C. M., Bataglion, D., & Ferreira, F. V. (2004). Identificação das causas de amputações de membros no hospital universitário de Santa Maria. *Saúde* 30 (1–2). 84–89. Doi:10.5902/223658346398.
- Akarsu, S., Tekin, L., Safaz, I., Göktepe, A. S., & Yazicioğlu, K. (2013). Quality of life and functionality after lower limb amputations: comparison between uni- vs. bilateral amputee patients. *Prosthetics and Orthotics International* 37 (1). 9–13. Doi:10.1177/0309364612438795.
- Albuquerque, L., & Falkenbach, A. P. (2009). Imagem corporal em indivíduos amputados. *Revista Digital Efdeportes - Buenos Aires* 131.
- Ali Abdalla, A., Galindo, J., de Carvalho Ribeiro, S., Riedi, C., Ruaro, J. A., & Fréz, A. R. (2013). Correlação entre qualidade de vida e capacidade locomotora de indivíduos com amputação de membros inferiores. *ConScientiae Saúde* 12 (1). 106–113.
- Alves, B., Tremoço, E., Bernardino, J., Mendão, P., Manuel, R., Briôa, M., & Matos, J. P. (2016). Avaliação do gasto energético em amputados de membro inferior utilizando o Six-Minute Walk Test. [Póster apresentado em VII Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa.
- Anastasi, A. (1990). *Psychological testing*. New York: McMillan.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. In *Oficina do CES* – 182. 1–33. Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra.
- Benedetto, K. M. De, Forgione, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Body reintegration of amputee patients and the phantom pain. *Acta Fisiátrica*, 9(2), 85–89. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20020001>
- Biddiss, E., Beaton, D., & Chau, T. (2007). Consumer design priorities for upper limb prosthetics. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology* 2 (6). 346 – 357. Doi:10.1080/17483100701714733.
- Biffi, R. F., Aramaki, A. L., Silva, F. C. M., Garavello, I., & Cavalcanti, A. (2017). Levantamento dos problemas do dia a dia de um grupo de amputados e dos dispositivos de auxílio que utilizam. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo* 28 (1). 46–53. Doi:10.11606/issn.2238-6149.v28i1p46-53.
- Bohannon, R. W., Wang, Y.-C., & Gershon, R. C. (2015). Two-minute walk test performance by adults 18 to 85 years: normative values, reliability, and responsiveness. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 96(3). Doi:472–477. 10.1016/j.apmr.2014.10.006.

- Boone, D. A., & Coleman, K. L. (2006). Use of the Prosthesis Evaluation Questionnaire (PEQ). *JPO - Journal of Prosthetics and Orthotics* 18 (6). 68 – 79.
- Bowker, J. H. (1992). *Atlas of limb prosthetics: surgical, prosthetic, and rehabilitation principles*. Mosby Inc. ISBN 13: 9780801602092.
- 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 (3). 352–360. Doi: 10.1016/j.bodyim.2013.03.004.
- Cabral Silva, P. (2009). Desenvolvimento da Prótese Biomecânica do Joelho. [Dissertação de Mestrado em Engenharia Mecânica]. Instituto Superior de Engenharia de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa.
- Cairns, N., Murray, K., Corney, J., & McFadyen, A. (2014). Satisfaction with cosmesis and priorities for cosmesis design reported by lower limb amputees in the United Kingdom: Instrument development and results. *Prosthetics and Orthotics International* 38 (6). 467–473. Doi:10.1177/0309364613512149.
- Campos, M. O., & Rodrigues Neto, J. F. (2014). Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública* 32 (2). 232 - 240.
- Carroll, A. M., & Fyfe, N. (2004). A Comparison of the Effect of the Aesthetics of Digital Cosmetic Prostheses on Body Image and Well-Being. *JPO - Journal of Prosthetics and Orthotics* 16 (2). 66–68.
- Carvalho, F. S., Kunz, V. C., Depieri, T. Z., & Cervellini, R. (2005). Prevalência de Amputação em Membros Inferiores de Causa Vascular: Análise de Prontuários. *Arquivos de Ciências Da Saúde Unipar* 9 (1). 23–30. Doi: 10.25110/arqsaude.v9i1.2005.215.
- Carvalho, M. A. S. (2005). Os cursos de tecnologias da saúde em Portugal: análise da construção de uma profissão. [Dissertação de Mestrado em Políticas e Gestão do Ensino Superior]. Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas - Universidade de Aveiro.
- Carapinha, M. D. B. (2015). Trabalho para Todos – A integração profissional das Pessoas com Deficiência no mercado de trabalho. [Dissertação de Mestrado em Sociologia do Trabalho e Emprego]. Escola de Sociologia e Políticas Públicas – Instituto Universitário de Lisboa.
- Catarino, F. M. S. (2012). Caracterização da exposição e eventuais efeitos para a saúde da exposição profissional ao estireno nos ortoprotésicos. [Dissertação de Mestrado em Segurança e Higiene do Trabalho]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa.
- Chamlan, T. R. (2014). Use of prostheses in lower limb amputee patients due to peripheral arterial disease. *Einstein (São Paulo)* 12 (4). 440–446. Doi: 10.1590/S1679-45082014AO3132.
- Chini, Gislaine Cristina; Magali, R. B. (2007). A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15 (2).

- Coelho, J. A. A. M. M. (2011). Fiabilidade dos Testes Six-Minute Walk e Timed Up & Go em Amputados Transfemorais. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Fisioterapia]. Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Comissão Europeia. (2010). Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité económico e social europeu e ao comité das regiões. [Comunicação]. Bruxelas.
- Comissão Europeia. (2013). Fundo Social Europeu. Consultado a 6 de fevereiro de 2018, em <http://ec.europa.eu/esf/home.jsp?langId=pt>.
- Conselho da Europa. (2006). Carta Social Europeia Revista. Consultado a 4 de fevereiro de 2018, em <http://www.ministeriopublico.pt/instrumento/carta-social-europeia-revista-20>.
- Crouse, S. F., Lessard, C. S., Rhodes, J., & Lowe, R. C. (1990). Oxygen consumption and cardiac response of short-leg and long-leg prosthetic ambulation in a patient with bilateral above-knee amputation: comparisons with able-bodied men. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 71 (5). 313–317.
- Darter, B. J., Nielsen, D. H., Yack, H. J., & Janz, K. F. (2013). Home-based treadmill training to improve gait performance in persons with a chronic transfemoral amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94 (12). 2440 – 2447. Doi:10.1016/j.apmr.2013.08.001.
- Datta, D., Selvarajah, K., & Davey, N. (2004). Functional outcome of patients with proximal upper limb deficiency—acquired and congenital. *Clinical Rehabilitation* 18 (2). 172–177. Doi:10.1191/0269215504cr716oa.
- Day, S. J., & Buis, A. (2012). Cross cultural equivalence testing of the Prosthetic Evaluation Questionnaire (PEQ) for an Arabic speaking population. *Prosthetics and Orthotics International* 36 (2). 173 – 180. Doi:10.1177/0309364611433442.
- Debastiani, J. C. (2005). Avaliação do equilíbrio e funcionalidade em indivíduos com amputação de membro inferior protetizados e reabilitados. *Monografias Do Curso de Fisioterapia Da Unioeste 1*. ISSN: 1675-8265.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale Development. Theory and applications* 26. Sage publications.
- Devlin, M., Pauley, T., Head, K., & Garfinkel, S. (2004). Houghton scale of prosthetic use in people with lower-extremity amputations: Reliability, validity, and responsiveness to change. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85 (8). 1339–1344. Doi: 10.1016/j.apmr.2003.09.025.
- Diniz, D., Medeiros, M., & Squinca, F. (2007). Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 23 (10). 2507 – 2510. Doi:10.1590/S0102-311X2007001000025.
- Dornelas, L. de F. (2010). Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. *Acta Ortopédica Brasileira* 18 (4). 204 – 206. Doi:10.1590/S1413-78522010000400006.

- Dourado, V. Z. (2011). Equações de referência para o teste de caminhada de seis minutos em indivíduos saudáveis. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 96 (6). 128 – 138. Doi:10.1590/S0066-782X2011005000024.
- Esquenazi, A. (2004). *Amputation rehabilitation and prosthetic restoration. From surgery to community reintegration. Disability and Rehabilitation* 26 (14/15). 831 - 836. Doi:10.1080/09638280410001708850.
- Esquenazi, A., & DiGiacomo, R. (2001). Rehabilitation After Amputation. *Journal of the American Podiatric Medical Association* 91 (1). 13–22. Doi:10.7547/87507315-91-1-13.
- Ferreira, E. W., Júnior, L. B., & Borges, M. M. D. C. (2006). Perfil demográfico e do emprego das pessoas portadoras de deficiência: população dependente de políticas públicas na ilha de prosperidade de Uberlândia – MG. *XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP Caxambú-MG-Brasil*.
- Ferreira, P. L. (1998). A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36.
- Franchignoni, F., Giordano, A., Ferriero, G., Orlandini, D., Amoresano, A., & Perucca, L. (2007). Measuring mobility in people with lower limb amputation: Rasch analysis of the mobility section of the prosthesis evaluation questionnaire. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39 (2). 138 – 144. Doi:10.2340/16501977-0033.
- Fisher, K., Hanspal, R. S., & Marks, L. (2003). Return to work after lower limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation* 26 (1). 51 – 56. Doi:10.1097/01.mrr.0000054806.81886.d7.
- Jorge, S. (n.d.). *Próteses de Membro Inferior*. [Documento auxiliar para aula]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa.
- Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação e Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006). 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas Com Deficiências ou Incapacidade. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. ISBN:9729974632.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças* 6 (2). 203–214.
- Galván, G. B., & Amiralian, M. L. T. M. (2009). Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 26 (3). 391 – 398. Doi:10.1590/S0103-166X2009000300012.
- Gaspar, A. P., Ingham, S. J. M., & Chamlian, T. R. (2016). Gasto energético em paciente amputado transtibial com prótese e muletas. *Acta Fisiátrica* 10 (1). 32–34.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas Em*

- Psicologia da SBP* 12 (1). 43 – 50. ISSN: 1413-389X.
- Gil, J. A. N. (2015). Medição e avaliação em fisioterapia. *Saúde & Tecnologia* 6. 5-9. Doi: <http://dx-doi.org/10.25758/set.374>
- Göktepe, A. S., Cakir, B., Yilmaz, B., & Yazicioglu, K. (2010). Energy Expenditure of Walking with Prostheses: Comparison of Three Amputation Levels. *Prosthetics and Orthotics International* 34 (1). 31–36. Doi:10.3109/03093640903433928.
- Guarino, P., Chamlian, T. R., & Masiero, D. (2007). Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. *Acta Fisiátrica* 14 (2). 100–103.
- Guimarães, R. C. e Cabral, J. A. S. (2010). *Estatística (2a ed.)*. Verlag Dashöfer Portugal. ISBN: 9789896421083.
- Hagberg, K., & Brånemark, R. (2001). Consequences of non-vascular trans-femoral amputation: A survey of quality of life, prosthetic use and problems. *Prosthetics and Orthotics International* 25 (3). 186 – 194. Doi:10.1080/03093640108726601.
- Highsmith, M. J., Kahle, J. T., Knight, M., Olk-Szost, A., Boyd, M., & Miro, R. M. (2016). Delivery of cosmetic covers to persons with transtibial and transfemoral amputations in an outpatient prosthetic practice. *Prosthetics and Orthotics International* 40 (3). 343 – 349. Doi:10.1177/0309364614564024.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2008). *Investigação por questionário (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 9789726182733.
- Hoffman, M. D., Sheldahl, L. M., Buley, K. J., & Sandford, P. R. (1997). Physiological comparison of walking among bilateral above-knee amputee and able-bodied subjects, and a model to account for the differences in metabolic cost. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 78 (4). 385 – 392. Doi: 10.1016/S0003-9993(97)90230-6.
- Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kicking, W., & Holzer, G. (2014). Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLoS ONE* 9 (3). 1 – 8. Doi:10.1371/journal.pone.0092943.
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and Rehabilitation* 26 (14/15), 837 – 850. Doi:10.1080/09638280410001708869.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). Classificação portuguesa das profissões 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- International Organization for Standardization. (2016). *ISO 10328: 2016. Prosthetics - Structural testing of lower-limb prostheses - Requirements and the methods*. Suíça: ISO.
- Iwama, A. M., Andrade, G. N., Shima, P., Tanni, S. E., Godoy, I., & Dourado, V. Z. (2009). The six-minute walk test and body weight-walk distance product in healthy Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 42 (11). 1080 – 1085.

- Doi:10.1590/S0100-879X2009005000032.
- JM, van V., CA, van B., Polomski, W., JR, S., LH, van der W., & Houdijk, H. (2006). Physical capacity and walking ability after lower limb amputation: a systematic review. *Clinical Rehabilitation* 20 (11). 999 – 1016. Doi:10.1177/0269215506070700.
- Kageyama, E. R. O., Yogi, M., Sera, C. T. N., Yogi, L. S., Pedrinelli, A., & Camargo, O. P. de. (2008). Validação da versão para a língua portuguesa do questionário de Medida Funcional para Amputados (Functional Measure for Amputees Questionnaire). *Fisioterapia E Pesquisa* 15 (2). 164 – 171. Doi:10.1590/S1809-29502008000200009.
- Kark, L., & Simmons, A. (2011). Patient satisfaction following lower-limb amputation: the role of gait deviation. *Prosthetics and Orthotics International* 35 (2). 225 – 233. Doi:10.1177/0309364611406169.
- Klute, G. K., Berge, J. S., Biggs, W., Pongnumkul, S., Popovic, Z., & Curless, B. (2011). Vacuum-Assisted Socket Suspension Compared With Pin Suspension for Lower Extremity Amputees: Effect on Fit, Activity, and Limb Volume. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 92 (10). 1570 – 1575. Doi:10.1016/j.apmr.2011.05.019.
- Legro, M. W., Reiber, G. D., Smith, D. G., Del Aguila, M., Larsen, J., & Boone, D. (1998). Prosthesis evaluation questionnaire for persons with lower limb amputations: assessing prosthesis-related quality of life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 79 (8). 931 – 938. DOI:10.1016/S0003-9993(98)90090-9.
- Lima, R. A. dos S. (2015). Nível de atividade física e qualidade de vida em amputados de membro inferior no município de Aracaju-SE. [Dissertação de Mestrado em Educação Física]. Universidade Federal de Sergipe.
- Lovo, T. M. A. (2006). Anosognosia: imagem corporal na hemiplegia. [Dissertação de Mestrado em Educação Física]. Universidade Estadual de Campinas.
- Lusardi, M. M., Jorge, M., & Nielsen, C. C. (2013). *Orthotics and Prosthetics in Rehabilitation - E-Book*. Elsevier Health Sciences. ISBN: 9781437719369.
- Mackenzie, E. J., Bosse, M. J., Castillo, R. C., Smith, D. G., Webb, L. X., Kellam, J. F., ... McCarthy, M. L. (2004). Functional outcomes following trauma-related lower-extremity amputation. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series A* - 86 (8). 1636 – 1645.
- Major, M. J., & Fey, N. P. (2017). Considering passive mechanical properties and patient user motor performance in lower limb prosthesis design optimization to enhance rehabilitation outcomes. *Physical Therapy Reviews* 22 (3-4). 1 – 15. Doi:10.1080/10833196.2017.1346033.
- Maroco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed.). Lisboa: Edições ReportNumber. ISBN: 9789899676350.
- Marques, M. S. Q. (2008). Sentimento de perda: vivências da mulher com amputação do membro

- inferior. [Dissertação de Mestrado Ciências de Enfermagem]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Matos, F. De, Pedro, J., Carolino, E. & Ramos, R. (2018). Dados Epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015. [Comunicação apresentada em IV Jornadas de Ortoprotesia da ESTeSL]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa.
- Matos, J. P. (2015). Validação do questionário “Prosthesis Evaluation Questionnaire - PEQ.” [Dissertação de Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Instituto Politécnico de Lisboa e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.
- Matos, J. P. (2016). A importância dos instrumentos de medição e avaliação – PEQ-PT. [Comunicação apresentada em II Jornadas de Ortoprotesia da ESTeSL]. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa.
- Mezghani-Masmoudi, M., Guerhazi, M., Feki, H., Ennaouai, A., Dammak, J., & Elleuch, M. H. (2004). The functional and professional future of lower limb amputees with prosthesis. In *Annales de readaptation et de medecine physique: revue scientifique de la Societe francaise de reeducation fonctionnelle de readaptation et de medecine physique. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 47 (3). 114 –118. Doi:10.1016/j.annrmp.2003.12.004.
- Minayo, M. C. D. S., Hartz, Z. M. D. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5. 7–18. DOI: 10.1590/S1413-81232000000100002
- Muller, M. D. (2016). Transfemoral amputation: prosthetic management. *Atlas of Amputations and Limb Deficiencies, 4th Ed. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons.*
- Muñiz, J. (2003). *Teoria clássica de los tests*. Madrid: Pirâmide.
- Murphy, D. P. (2013). *Fundamentals of amputation care and prosthetics*. Demos Medical Publishing.
- Murray, C. D. (2009). Being like everybody else: the personal meanings of being a prosthesis user. *Disability and Rehabilitation* 31 (7). 573 – 581. Doi:10.1080/09638280802240290.
- Murray, C. D., & Fox, J. (2002). Body image and prosthesis satisfaction in the lower limb amputee. *Disability and Rehabilitation* 24 (17). 925 – 931. Doi:10.1080/09638280210150014.
- Nather, A., & Wong, K. L. (2013). Distal amputations for the diabetic foot. *Diabetic Foot Ankle* 4. Doi:10.3402/dfa.v4i0.21288.
- Navega, M. T., Miguel, T. P., & Del-Masso, M. C. S. (2011). Comparação da flexibilidade, qualidade de vida e capacidade funcional entre idosos ativos e sedentários dos meios urbano e rural. *Terapia Manual* 9 (46). 712 – 721.
- Neves, A. O., & Graça, S. (2000). Inserção no mercado de trabalho de populações com especiais

- dificuldades. *Colecção Cadernos de Emprego Nº 21 e 22*. Lisboa: Direcção-Geral do Emprego e Formação Profissional.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1978). *Psychometric Theory* McGraw-Hill New York.
- Oliveira, R. J. O. (2009). Desenvolvimento de uma prótese transtibial endoesquelética. [Dissertação de Mestrado em Engenharia Mecânica]. Departamento de Engenharia Mecânica - Universidade do Aveiro.
- Olsen C. & George D. M. M. S. (2004). *Cross-Sectional Study Design and Data Analysis*. Acedido a 27 de junho de 2018, em http://www.collegeboard.com/prod_downloads/yes/4297_MODULE_05.pdf.
- OMS. (1980). Organização Mundial de Saúde. Retrieved from <http://www.who.int/en/>
- O'Neill, B. F., & Evans, J. J. (2009). Memory and executive function predict mobility rehabilitation outcome after lower-limb amputation. *Disability and Rehabilitation* 31 (13). 1083–1091. Doi:10.1080/09638280802509579.
- Paiva, L. L., & Coellner, S. V. (2008). Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12, 485-497.
- Pastre, C. M., Salioni, J. F., Oliveira, B. a F., Micheletto, M., & Júnior, J. N. (2006). Physical therapy and transtibial amputation. *Arquivos de Ciências Da Saúde*, 12(2), 120–124.
- Pedro, L. M. R. (2010). *Implicações do optimismo, esperança e funcionalidade na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 9789896890148.
- Pedro, L., & Ribeiro, J. L. P. (2008). A esperança e o optimismo na esclerose múltipla. Retrieved from [Comunicação em 7º Congresso Naciona de Psicologia da Saúde]. Faculdade de Psicologia e Ciência de Educação - Universidade do Porto.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS*. (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN: 9789726187752.
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., Llano, P. M. P. de, Castro, D. P., & Santos, F. dos. (2016). Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. *Ciência & Saúde Coletiva* 21 (11). 3545 – 3555. Doi: 10.1590/1413-812320152111.22182015.
- Prada, L. M. (2014). Análise cinemática da marcha de amputados transfemorais pré e pós a aplicação de um protocolo de reabilitação, 5–6. [Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional]. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- Rafael, C. B., Gomes, L., Duarte, E., Barreto, S. M., & Ferreira, M. E. (2012). Benefícios da atividade física em relação à imagem corporal da pessoa com deficiência física. *Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, 13(2), 9–12.

- Raya, M. A., Gailey, R. S., Fiebert, I. M., & Roach, K. E. (2010). Impairment variables predicting activity limitation in individuals with lower limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International* 34 (1). 73 – 84. Doi:10.3109/03093640903585008.
- Reis Pedro, L. M., & Pais-Ribeiro, J. L. (2008). Características psicométricas dos instrumentos usados para avaliar a qualidade de vida na esclerose múltipla: uma revisão bibliográfica Psychometric characteristics of the instruments used to assess quality of life in multiple sclerosis: a literature review. *Fisioterapia e Pesquisa* 15 (3). 309 – 314. ISSN 1809-2950.
- Resnik, L., & Borgia, M. (2011). Reliability of Outcome Measures for People With Lower-Limb Amputations: Distinguishing True Change From Statistical Error. *Physical Therapy* 91 (4). 555 – 565. Doi:10.2522/ptj.20100287.
- Rocha, A., Duro, H., Vaz, I. M., Pimentel, S., & Roque, V. (2012). Caracterização Psicossocial de uma População Portuguesa de Amputados do Membro Inferior Psychosocial Characterization of a Portuguese Lower Limb Amputee Population. *Acta Médica Portuguesa* 25 (2). 77–82.
- Rolim, D., Sampaio, S., Gonçalves-Dias, P., Almeida, P., Almeida-Lopes, J., & Teixeira, J. F. (2015). Mortalidade depois da amputação. *Angiologia E Cirurgia Vascular* 11 (3). 166 – 170. Doi:10.1016/J.ANCV.2015.06.001.
- Roncoletta, M. R. (2009). Calçados sensuais para mulheres excepcionais: uma reflexão sobre design de calçados para mulheres portadoras de restrições físicas. [Dissertação de Mestrado em Design]. Universidade de São Paulo.
- Russo, R. (2005). Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, 5(6), 80–90. ISSN:1679-8678
- Santiago, R. A. M. (2016). Trabalhador com deficiência e o emprego apoiado em Portugal e no Brasil. [Dissertação de Mestrado em Direito]. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Santos, G. (2012). Elementos de apoio à unidade curricular de Metodologia da Investigação em Gestão, do Programa de Doutoramento em Ciências Empresariais, da Escola de Economia e Gestão. Braga: Universidade do Minho.
- Sansam, K., Neumann, V., O'Connor, R., & Bhakta, B. (2009). Predicting walking ability following lower limb amputation: A systematic review of the literature. *Journal of Rehabilitation Medicine* 41 (8). 593 – 603. Doi:10.2340/16501977-0393.
- Schmalz, T., Blumentritt, S., & Jarasch, R. (2002). Energy expenditure and biomechanical characteristics of lower limb amputee gait: the influence of prosthetic alignment and different prosthetic components. *Gait & Posture* 16 (3). 255 – 263.
- Schaffalitzky, E., Ni Mhurchadha, S., Gallagher, P., Hofkamp, S., MacLachlan, M., & Wegener, S. T. (2009). Identifying the values and preferences of prosthetic users: A case study series using the repertory grid technique. *Prosthetics and Orthotics International*, 33(2), 157–166. Doi:10.1080/03093640902855571.

- Schaffalitzky, E., Gallagher, P., MacLachlan, M., & Ryall, N. (2011). Understanding the benefits of prosthetic prescription: Exploring the experiences of practitioners and lower limb prosthetic users. *Disability and Rehabilitation* 33 (15–16). 1314 – 1323. Doi:10.3109/09638288.2010.529234.
- Schoppen, T., Boonstra, A., Groothoff, J. W., de Vries, J., Göeken, L. N. H., & Eisma, W. H. (2001). Employment status, job characteristics, and work-related health experience of people with a lower limb amputation in The Netherlands. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 82 (2). 239 –245. Doi: 10.1053/apmr.2001.18231.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. da C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública* 20 (2). 580 – 588. Doi:0.1590/S0102-311X2004000200027.
- Sequeira, F. M., & Martins, A. B. (1996). *Acta Médica Portuguesa. Acta Médica Portuguesa* 9. 207 - 210.
- Serapioni, M. (2009). Revista Crítica de Ciências Sociais. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85. 65–82.
- Silva, M. S. (2013). A imagem corporal na amputação: relação com a depressão, a ansiedade, a satisfação com o suporte social e a autoestima global. [Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto.
- Silva², M. N. S. da. (2013). Narrativas sobre um corpo marcado: A produção de significados por crianças amputadas acerca da sua imagem corporal. [Dissertação de Mestrado em Psicologia Cognitiva]. Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Universidade Federal de Pernambuco.
- Silva, S., Rodrigues, A., Ferreira, F., Pacheco, S., & Matos, J. P. (2015). Breve caracterização da situação profissional dos licenciados em ortoprotesia pela ESTeSL entre 2004/2005 e 2012/2013. *Saúde & Tecnologia*, (14), 42-46.
- Sinha, R., Ja Van Den Heuvel, W., & Arokiasamy, P. (2011). Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prosthetics and Orthotics International* 35 (1). 90 - 96. Doi: 10.1177/0309364610397087.
- Şirzai, H., Köseoğlu, B. F., Kılınç, G., & Özel, S. (2016). Ampütasyon sonrası işe başlama. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 62(1).
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (Ed. 2016)*. Observatório Nacional da Diabetes.
- Sousa, A. I. (2009). A Experiência Viva da Pessoa com Amputação através do Corpo: Influência

da Prática de Actividade Física.

- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa Quality of life and well-being of elderly people: an exploratory study in the Portuguese population. *Revista de Saúde Pública* 37 (912). 364 – 371.
- Spichler, D., Miranda Jr, F., Spichler, E. S., & Franco, L. J. (2004). Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro. *Jornal Vascular Brasileiro* 3 (2). 111 – 122.
- Togna, G. dos R. Della, Crosato, E., Melani, R. F. H., Michel-Crosato, E., & Biazevic, M. G. H. (2011). Uso da Classificação Internacional de Doenças na análise do absentismo odontológico. *Revista de Saúde Pública* 45 (3). 512 – 518. Doi:10.1590/S0034-89102011000300009.
- Tatar, Y. (2010). Body image and its relationship with exercise and sports in Turkish lower-limb amputees who use prosthesis. *Science & Sports* 25 (6). 312 – 317. Doi:10.1016/j.scispo.2010.02.001.
- Valverde, Pilar ; Santos, Francisco; Rodríguez, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema* 22 (1). 77 – 83. ISSN: 0214 – 9915.
- Van der Linde, H., Hofstad, C. J., Geurts, A. C. H., Postema, K., Geertzen, J. H. B., & Van Limbeek, J. (2004). A systematic literature review of the effect of different prosthetic components on human functioning with a lower-limb prosthesis. *Journal of Rehabilitation Research and Development* 41 (4). 555 – 570.
- Van Eijk, M. S., Van Der Linde, H., Buijck, B., Geurts, A., Zuidema, S., & Koopmans, R. (2012). Predicting prosthetic use in elderly patients after major lower limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International* 36 (1). 45 – 52. Doi:10.1177/0309364611430885.
- Varma, P., Stineman, M. G., & Dillingham, T. R. (2014). Epidemiology of Limb Loss. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25 (1). 1 – 8. Doi:10.1016/j.pmr.2013.09.001.
- Veiga, C. (2006). *As Regras e as Práticas: factores organizacionais e transformações na política de reabilitação profissional das pessoas com deficiência*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência.
- Waters, R. L., Perry, J., Antonelli, D., & Hislop, H. (1976). Energy cost of walking of amputees: the influence of level of amputation. *The Journal of Bone and Joint Surgery* 58 (1). 42–46.
- Waters, R. L., & Mulroy, S. (1999). The energy expenditure of normal and pathologic gait. *Gait & Posture* 9 (3). 207–231.
- World Health Organization. (1946). Definição de Saúde. Consultado a 1 de fevereiro de 2018, em:

<http://www.who.int/en/>

World Health Organization. (2012). Relatório mundial sobre a deficiência. *São Paulo: SEDPcD*.

Ziegler-Graham, K., MacKenzie, E. J., Ephraim, P. L., Travison, T. G., Brookmeyer, R., & Jones, J. (2008). Estimating the Prevalence of Limb Loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 89 (3). 422 – 429. Doi:10.1016/j.apmr.2007.11.005.

Documentos legislativos

Decreto-Lei n.º 18/2010 de 19 de Março do Ministério das Finanças e da Administração Pública, Pub. L. No. Diário da República: I série N.º 55 (2010). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 247/89 de 5 de Agosto do Ministério do Emprego e da Segurança Social, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 179 (1989). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 40/83 de 25 de Janeiro do Ministério do Trabalho, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 40 (1983). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 108/2015 de 17 de Junho do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 116 (2015). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 110/2017, de 19 de Julho do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 168 (2017). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de Agosto do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 168 (2017). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 131/2013 de 11 de Setembro do Ministério da Economia, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 175 (2013). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 29/2001 de 3 de Fevereiro do Ministério da Reforma do Estado e da Administração Pública, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 29 (2001). Retrieved from www.dre.pt

Decreto-Lei n.º 290/2009 de 12 de Outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 197 (2009). Retrieved from www.dre.pt

Decreto Regulamentar n.º 57/87 de 11 de Agosto do Ministério do Trabalho e Segurança Social, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 183 (1987). Retrieved from www.dre.pt

Lei n.º 24/2011 de 16 de Junho da Assembleia da República, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 115 (2011). Retrieved from www.dre.pt

Lei n.º 38/2004 de 18 de Agosto da Assembleia da República, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 194 (2004). Retrieved from www.dre.pt

Lei n.º 9/89 de 2 de Maio da Assembleia da República, Pub. L. No. Diário da República: I série, N.º 100 (1989). Retrieved from www.dre.pt

Portaria n.º 149-A/2014 de 24 de Julho do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança

- Socia, Pub. L. No. Diário da República: I série, Nº 141 (2014). Retrieved from www.dre.pt
- Portaria nº 204-B/2013 de 18 de Junho do Ministério da Economia e do Emprego, Pub. L. No. Diário da República: I série, Nº 115 (2013). Retrieved from www.dre.pt
- Portaria nº 326/93 de 19 de Março de 1993 do Ministério do Emprego e da Segurança Socia, Pub. L. No. Diário da República: I série, Nº 66 (1993). Retrieved from www.dre.pt
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2010 de 14 de Dezembro do Presidência do Conselho de Ministros, Pub. L. No. Diário da República: I série, Nº 240 (2010). Retrieved from www.dre.pt

Anexos

Anexo I - Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, 9ª revisão de 1975 (CID-9)

Fonte: Tabela adaptada de Togna et al. (2011).

Classificação Estatística Internacional de Doenças, Traumatismos e Causas de Morte, 9ª revisão de 1975 (CID-9)

- I. Doenças Infeciosas e Parasitárias (001 - 139)
 - II Neoplasias (140 - 239)
 - III Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos Imunitários (240 - 279)
 - IV Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos (280 - 289)
 - V Transtornos Mentais (290 - 319)
 - VI Doenças do Sistema Nervoso e dos Órgãos dos Sentidos (320 - 389)
 - VII Doenças do Aparelho Circulatório (390 - 459)
 - VIII Doenças do Aparelho Respiratório (460 - 519)
 - IX Doenças do Aparelho Digestivo (520 - 579)
 - X Doenças do Aparelho Geniturinário (580 - 629)
 - XI Complicações da Gravidez, do Parto e do Puerpério (630 - 676)
 - XII Doenças da Pele e do Tecido Celular Subcutâneo (680 - 709)
 - XIII Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (710 - 739)
 - XIV Anomalias Congénitas (740 - 759)
 - XV Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal (760 - 779)
 - XVI Sintomas Sinais e Afeções Mal Definidas (780 - 799)
 - XVII Lesões e Envenenamentos (800 - 999)
-

Anexo II - Exemplos de próteses exoesqueléticas e endoesqueléticas



Figura 3: Prótese exoesquelética para amputação transtibial, vista lateral interna
Fonte: Ortopedia Marques & Gonçalves Lda.

Figura 4: Prótese exoesquelética para amputação transfemural, vista lateral externa
Fonte: (Jorge, n.d.).



Figura 5: Prótese endoesquelética para amputação transfemural antes e após colocação de revestimento cosmético, vista anterior.
Fonte: Ortopedia Marques & Gonçalves Lda.

Figura 6: Prótese endoesquelética para amputação transtibial antes e após colocação de revestimento cosmético, vista lateral interna
Fonte: Ortopedia Marques & Gonçalves Lda.

Anexo III - Pedido formal para a utilização do questionário PEQ-PT e respetiva resposta

Pedido de autorização para utilizar o questionário PEQ-PT

jackelyn rocha
seg 19/02/2018, 21:53

Para: fulgenciomatos@estesl.ipl.pt <fulgenciomatos@estesl.ipl.pt>

Porto, 19 Fevereiro de 2018

Exmo. Sr.

O meu nome é Jackelyn Marlene Guedes da Rocha, exerço funções de ortoprotésica na ortopedia Marques & Gonçalves, Lda., e sou estudante do mestrado em Gestão das Organizações Ramo Gestão de Unidades da responsabilidade da Associação de Politécnicos do Norte (APNOR) e lecionado pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

De momento estou a desenvolver uma Investigação, cujo tema é: "Perceção da Realidade versus Realidade Profissional em utentes com amputação unilateral do Membro Inferior Protetizados". Os objetivos principais desta investigação são estudar a perceção do amputado com amputação unilateral do membro inferior que utilizem prótese há mais de um ano acerca da sua deambulação, bem-estar e aparência da sua prótese, assim como elaborar uma análise socioprofissional demográfica e clínica dos referidos utentes, estabelecendo relações e tendências.

A amostra será recolhida na ortopedia Marques & Gonçalves, Lda., e será composta por todos os amputados unilaterais do MI que já utilizam prótese há pelo menos um ano ou mais e que respondam ao inquérito apresentado de forma presencial, por carta ou correio eletrónico. A resposta ao questionário será anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes.

Tendo em conta o exposto anteriormente, para a realização desta investigação, gostaria de utilizar o questionário de avaliação de prótese (PEQ) em consonância com um questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos, elaborado pela própria investigadora. Após pesquisa tomei conhecimento que este questionário de avaliação de prótese (PEQ) foi validado por sua excelência para a população portuguesa em 2015 dando origem ao PEQ-PT. Venho então por este meio pedir a vossa excelência autorização para a utilização desde questionários assim como solicitar toda a informação que considere relevante para aplicação e análise do mesmo.

Os dados serão objeto de tratamento estatístico, pretendendo se possível publicar os resultados de investigação. Comprometo-me assim, a entregar-lhe um exemplar da tese.

Junto envio um pequeno resumo do trabalho, a metodologia que pretendo seguir, assim como o respetivo cronograma que me proponho seguir para a realização da dissertação

Certa que o seu contributo me irá ajudar a desenvolver este estudo, desde já agradeço toda a atenção disponibilizada. Junto envio um resumo do trabalho que pretendo efetuar a fim de tentar dissipar qualquer dúvida que possa surgir, encontro-me disponível para prestar qualquer esclarecimento que for achado conveniente

Espera deferimento.


Jackelyn Rocha

RE: Pedido de autorização para usar o PEQ-PT

Jose Matos <fulgenciomatos@estesl.ipl.pt>

qua 14/03/2018, 12:08

Para: 'jackelyn rocha' <jackelyn_rocha@hotmail.com>

 2 anexos (782 KB)

PEQ_Guide_(PT) versão final.pdf; Versão final do PEQ-PT.pdf;

Boa Tarde

É com muito prazer que disponibilizo os instrumentos de medição e avaliação que solicita.

Resta-me somente desejar a continuação de um ótimo trabalho e qualquer duvida não hesite em me consultar.

Cumprimentos



ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA



José Pedro Fulgêncio de Matos- MSc; Especialista
Professor Adjunto
Diretor da Licenciatura em Ortoprotesia
Coordenador da Área Científica de Ortoprotesia
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Av. D. João II, Lt 4.69.01
1990-096 Lisboa
Portugal
Telef. 00351218980400/427
Fax 00351218980497
fulgenciomatos@estesl.ipl.pt

Anexo IV - Pedido de colaboração da empresa para o estudo



APNOR: Associação de Politécnicos do Norte

ESS: Escola Superior de Saúde do Porto

PEDIDO DE COLABORAÇÃO

Porto, 20 de Março de 2018

Exma. Sra. Diretora

No âmbito da tese de Mestrado em Gestão de Empresas - Rama Gestão de Unidades de Saúde, que está a ser realizado na Escola Superior De Saúde do Porto, pela aluna Jackelyn Marlene Guedes da Rocha, intitula "Perceção da Realidade versus Realidade Profissional em utentes com amputação unilateral do Membro Inferior Protetizados" vimos por este meio solicitar a colaboração da vossa empresa para o presente estudo.

Por favor leia com o máximo de cuidado a informação facultada sobre este estudo e peça os necessários esclarecimentos junto da investigadora sobre qualquer dúvida que tenha.

Assim declaro que:

- A. A minha participação corresponderá somente a facultar o local e os participantes para o estudo em questão;
- B. Eu entendo que os resultados deste estudo possam vir a ser publicados, sendo que a identidade da minha empresa poderá ser revelada sempre que me for solicitado. No sentido de manter a confidencialidade dos registos, o investigador irá utilizar códigos;
- C. Fui informado que não serei compensado monetariamente pela participação neste estudo;

- D. Eventuais questões que me coloquem, no que diz respeito ao estudo ou à participação da minha empresa no mesmo, serão respondidos pela investigadora;
- E. Declaro que li a informação referida nos pontos anteriores. A natureza, os objetivos e a exigência do estudo foram-me corretamente explicados;
- F. Ao assinar este formulário de consentimento informado, eu não estou a renunciar a quaisquer direitos legais, hipóteses de reclamação ou possibilidade de desistência. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida.

Porto, 20 de Março de 2018

Assinatura da Diretora:

Sara Raigaida Gonçalves Raigos

MG
ORTOPEDIA MARQUES & GONÇALVES, LDA.
A GERÊNCIA

Assinatura da Investigadora Principal:

Jaekelyn Marlene Guedes da Rocha

Anexo V - Consentimento informado



APNOR: Associação de Politécnicos do Norte

ESS: Escola Superior de Saúde do Porto

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor leia com o máximo de cuidado a informação facultada sobre este estudo e peça os necessários esclarecimentos junto da investigadora sobre qualquer dúvida que tenha.

Este questionário foi elaborado no âmbito da tese de Mestrado em Gestão de Empresas - Rama Gestão de Unidades de Saúde, que está a ser realizado na Escola Superior De Saúde do Porto, pela aluna Jackelyn Marlene Guedes da Rocha, intitulada “Perceção da Realidade versus Realidade Profissional em utentes com amputação unilateral do Membro Inferior Protetizados”.

Eu abaixo assinado _____

fui convidado a participar no estudo como voluntário;

- A. Fui informado de que este estudo visa avaliar a minha Perceção da Realidade versus Realidade Profissional;
- B. A minha participação corresponderá somente a responder aos questionários facultados pelo investigador;
- C. Os questionários são de autopreenchimento podendo ser preenchidos de forma presencial, por carta ou correio eletrónico;
- D. Eu entendo que os resultados deste estudo possam vir a ser publicados, sendo que a minha identidade não será revelada. No sentido de manter a confidencialidade dos meus registos, o investigador irá utilizar códigos;
- E. Fui informado que não serei compensado monetariamente pela participação neste estudo;
- F. Eventuais questões que me coloquem, no que diz respeito ao estudo ou à minha participação no mesmo, serão respondidos pela investigadora;

- G. Declaro que li a informação referida nos pontos anteriores. A natureza, os objetivos e a exigência do estudo foram-me corretamente explicados;
- H. Ao assinar este formulário de consentimento informado, eu não estou a renunciar a quaisquer direitos legais, hipóteses de reclamação ou possibilidade de desistência. Uma cópia deste formulário ser-me-á fornecida.

_____, ____ de _____ 2018

Assinatura do voluntário:

Assinatura da Investigadora Principal:

Anexo VI - Questionário de dados socioprofissionais, demográficos e clínicos



APNOR: Associação de Politécnicos do Norte

ESS: Escola Superior de Saúde do Porto

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIAIS, PROFISSIONAIS, DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Data: - - 2018

Nº Questionário

1. Sexo:

Masculino

Feminino

2. Idade:

Menos de 5 anos	Entre os 25 e os 35 anos	Entre os 55 e os 65 anos	
Entre os 5 e os 15 anos	Entre os 35 e os 45 anos	Entre os 65 e os 75 anos	
Entre os 15 e os 25 anos	Entre os 45 e os 55 anos	Mais de 75 anos	

3. Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

Em união de facto

Divorciado(a) / Separado(a)

Viúvo(a)

Outro Qual _____

4. Filhos:

Não

Sim Quantos: _____

5. Residência Permanente:

5.1 Distrito

Viana do Castelo	Porto	Leiria	Castelo Branco	Portalegre	
Braga	Lisboa	Coimbra	Vila Real	Évora	
Aveiro	Setúbal	Santarém	Guarda	Madeira	
Bragança	Viseu	Faro	Beja	Açores	

5.2. Concelho _____

5.3. Cidade _____

6. Habilitações Literárias atuais:

Não sabe ler nem escrever

1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano ou equivalente legal)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano ou equivalente legal)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano ou equivalente legal)

Ensino Secundário (12º ano)

Bacharelato ou equivalente legal

Licenciatura ou equivalente legal

Mestrado

Doutoramento

Outro Qual _____

7. Etiologia (causa) da amputação:

Vascular

Tumoral (Devido a um tumor)

Traumática (Devido a um acidente)

Diabetes

Congénita (De nascença)

Outra Qual _____

8. Lado da amputação:

Direito

Esquerdo

Bilateral

9. Antiguidade da amputação:

De 1 a 5 anos	<input type="checkbox"/>	De 10 a 15 anos	<input type="checkbox"/>	De 20 a 25 anos	<input type="checkbox"/>
De 5 a 10 anos	<input type="checkbox"/>	De 15 a 20 anos	<input type="checkbox"/>	Há mais de 25 anos	<input type="checkbox"/>

10. Nível da amputação:

Amputação tipo Syme (pelo calcanhar)

Amputação Transtibial (entre o pé e o joelho)

Amputação Transfemural (pela coxa)

Amputação Desarticulação da Anca (perna inteira)

Outra Qual _____

11. Possui outras patologias (doenças) associadas tais como diabetes, má circulação entre outras??

Sim

Não

18. Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese

Terrível	
Satisfatório	
Bom	
Muito Bom	
Excelente	

19. Quão relevante é para si a aparência da sua prótese

Nada importante	
Pouco importante	
Nem pouco nem muito importante	
Importante	
Extremamente importante	

20. Grau de incapacidade permanente para efeito de redução de IRS:

Menos de 35%		De 45 a 50%		De 60 a 65%	
De 35 a 40%		De 50 a 55%		De 65 a 70%	
De 40 a 45%		De 55 a 60%		Mais de 70%	
Nunca solicitei o meu grau de incapacidade permanente à Segurança Social					

21. Situação Profissional antes da amputação:

21.1. Atividade Laboral antes da amputação

Empregado

Desempregado

Estudante

Reformado

Não se aplica

Outra Qual _____

(sou amputado desde nascença/criança)

Se empregado especifique qual a sua profissão

Comercio	Funcionários Públicos	Arquitetura	Operadores de instalações e máquinas
Indústria	Ensino	Engenharia	Restauração/Panificação
Serviços	Forças Armadas	Profissional de Saúde	Agricultura/Pesca
			Outra <input type="checkbox"/> Qual _____

21.2. Se respondeu Empregado à pergunta 21.1 (Atividade Laboral antes da amputação) quantos meses/anos esteve de baixa até voltar a exercer a profissão

Menos de 6 meses		De 1 a 2 anos	
------------------	--	---------------	--

De 6 meses a 1 ano	Mais de 2 anos
Não me encontro de baixa, mas sim pelo seguro	

21.3. Há quantos anos já trabalhava até ocorrer a amputação

Ainda não trabalhava	Entre 10 a 15 anos	De 25 a 30 anos
Menos de 5 anos	De 15 a 20 anos	De 30 a 35 anos
Entre 5 a 10 anos	De 20 a 25 anos	Mais de 35 anos

22. Situação Profissional após a amputação ou no caso de amputações desde nascença / criança atividade laboral após os 18 anos de idade:

22.1. Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança atividade laboral após os 18 anos de idade

Empregado Desempregado
 Estudante Reformado
 Outra Qual _____

Se empregado especifique qual a sua profissão

Comercio	Funcionários Públicos	Arquitetura	Operadores de instalações e máquinas
Indústria	Ensino	Engenharia	Restauração/Panificação
Serviços	Forças Armadas	Profissional de Saúde	Agricultura/Pesca
			Outra <input type="checkbox"/> Qual _____

23. Situação Profissional Atual:

23.1 Atividade Laboral atual

Empregado Desempregado
 Estudante Reformado
 Outra Qual _____

Se empregado especifique qual a sua profissão

Comercio	Funcionários Públicos	Arquitetura	Operadores de instalações e máquinas
Indústria	Ensino	Engenharia	Restauração/Panificação
Serviços	Forças Armadas	Profissional de Saúde	Agricultura/Pesca
			Outra <input type="checkbox"/> Qual _____

23.2. Se empregado atualmente como classifica o acesso ao seu local de trabalho:

Não acessível Acessível
 Pouco acessível Muito acessível
 Nem pouco nem muito acessível

24. Se mudou de atividade laboral após a amputação teve de voltar a estudar para conseguir o novo emprego

Sim Não Não mudei de atividade laboral após a amputação

24.1. Se respondeu sim à questão anterior que grau de escolaridade tinha antes da amputação:

Não sabia ler nem escrever

1º Ciclo do Ensino Básico (4ºano ou equivalente legal)

2º Ciclo do Ensino Básico (6º ano ou equivalente legal)

3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano ou equivalente legal)

Ensino Secundário (12º ano)

Bacharelato ou equivalente legal

Licenciatura ou equivalente legal

Mestrado

Doutoramento

Outro Qual _____

25. Relativamente à sua atividade laboral sente-se/sentia-se mais realizado profissionalmente

Antes da amputação Atualmente Após a amputação

Já me encontrava reformado aquando da amputação

26. Após a amputação pediu antecipação da reforma

Sim Não

26.1. Se respondeu Sim à questão anterior quantos anos lhe faltavam para a reforma

1 a 2 anos 2 a 4 anos 4 a 6 anos

27. Alguma vez recebeu algum subsídio de doença

Sim Não

27.1. Se respondeu Sim à questão anterior, recebeu esse subsídio durante

Até 30 dias	De 31 a 90 dias	
De 91 a 365 dias	Mais de 365 dias	

28. Precisa de ajuda de 3ª pessoa

Sim Não

28.1. Se respondeu Sim à questão anterior quantas horas por dia necessita dessa ajuda

Menos de 2 horas	De 5 a 8 horas	
De 2 a 5 horas	Mais de 8 horas	

28.2. Se respondeu Sim à pergunta 28 (Precisa de ajuda de 3ª pessoa) qual a atividade laboral da pessoa que o ajuda

Empregado

Desempregado

Estudante

Reformado

Outra Qual _____

Se empregado especifique qual a profissão

Comercio	Funcionários Públicos	Arquitetura	Operadores de instalações e máquinas
Indústria	Ensino	Engenharia	Restauração/Panificação
Serviços	Forças Armadas	Profissional de Saúde	Agricultura/Pesca
			Outra <input type="checkbox"/> Qual _____

29. Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais

Sim

Não

29.1. Se respondeu sim à pergunta anterior assinale o montante que mais se adequa ao aumento desses gastos

Menos de 50€	Entre 100 e 150€	
Entre 50€ e 100€	Mais de 150€	

29.2. Se respondeu sim à pergunta 29 (Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais) assinale o motivo do aumento desses gastos

Medicação para a dor

Revisões da prótese

Medicação para outras doenças associadas à amputação exceto medicação para a dor

Ajuda de 3º pessoa

Outro Qual _____

Compra de produtos de apoio

30. Pelo facto de ser amputado tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal

Sim

Não

30.1. Se respondeu sim à pergunta anterior assinale o montante que mais se adequa a essa diminuição

Menos de 50€	Entre 100 e 150€	
Entre 50€ e 100€	Mais de 150€	

30.2. Se respondeu sim à pergunta 30 (Pelo facto de ser amputado tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal) explicita o motivo dessa diminuição de rendimentos

Não obtenção de emprego

Outro Qual _____

Diminuição das horas laborais devido a ser amputado

31. Na sua opinião, ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego?

Sim

Não

Não se aplica

31.1. Se respondeu sim na pergunta anterior (Na sua opinião, ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego?) na sua opinião essa influência negativa na obtenção de emprego deve-se ao facto de:

CLASSIFIQUE COM A ESCALA

1. Discordo absolutamente;
2. Discordo;
3. Nem concordo nem discordo;
4. Concordo;
5. Concordo absolutamente;

O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA FACE ÀS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:

Item	1	2	3	4	5
1. A estética conta muito					
2. Estou inscrita no centro de emprego, já me candidatei a alguns empregos e nunca me deram resposta.					
3. Já fui a uma entrevista e notei que pelo facto de andar de prótese não seria bem visto para eles.					
4. Ser amputado em Portugal é sermos incapacitados para o trabalho, daí quando sabem que somos amputados ninguém nos dá emprego.					
5. Quando estava pronto para voltar ao trabalho, após a amputação, protetização e recuperação disseram-me que já não tinham trabalho para mim por já não me considerarem apto, desde aí não consigo arranjar emprego.					
6. Já fui chamada várias vezes para entrevistas, mas a maior parte das vezes quando digo que tenho prótese as pessoas mudam logo a sua postura e acabam depois por nunca me chamar.					
7. Estou impedido de obter licença de condução de transportes de pesados o que impossibilitou a continuação do meu emprego.					
8. As entidades empregadoras por nós não termos uma perna acham que somos menos capazes e não nos dão emprego ou então pagam-nos menos.					

32. Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados

CLASSIFIQUE COM A ESCALA

1. Discordo absolutamente;
2. Discordo;
3. Nem concordo nem discordo;
4. Concordo;
5. Concordo absolutamente;

O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA FACE ÀS SEGUINTE AFIRMAÇÕES

Item	1	2	3	4	5
1. Não julgue um livro pela capa. A força de vontade de um indivíduo, tenha ele deficiência ou não, é o principal fator a ter em conta na sua contratação.					
2. A falta de um membro não influencia negativamente, dá mais garra para trabalhar e mostrar que é possível.					
3. A existência de uma incapacidade motora não significa, logo à partida, que o amputado não serve para o emprego em causa.					
4. Há amputados a trabalhar há mais de 30 anos com prótese e o facto de serem amputados e ter uma prótese não alterou em nada o seu rendimento no trabalho.					
5. Os amputados ainda têm capacidade de trabalho e por isso as organizações deveriam dar-lhes maior possibilidade de emprego.					
6. Os amputados não fazem menos que os outros trabalhadores.					
7. Devem dar sempre um período experimental aos amputados candidatos aos empregos, antes de julgar a pessoa pela aparência.					
8. Dar mais emprego e pagar melhor. Lá porque tenho menos uma perna posso trabalhar não sou um coitadinho e não mereço receber menos por isso.					
9. Não excluir ninguém pois os deficientes têm o mesmo valor ou mais que os outros, dão o mesmo rendimento ou até mais para provar que são capazes.					

10. Não discriminar ninguém pelos problemas físicos que tenham. Que não se deixem influenciar pelo preconceito e que deem no mínimo uma oportunidade de as pessoas mostrarem o que podem ou não fazer antes de as rejeitarem.					
11. Deem todo o apoio possível aos deficientes, porque só apoiando no trabalho os deficientes é que reduzimos as suas dificuldades.					

33. Relativamente aos recém amputados que procuram emprego

CLASSIFIQUE COM A ESCALA

1. Discordo absolutamente;
2. Discordo;
3. Nem concordo nem discordo;
4. Concordo;
5. Concordo absolutamente;

O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA FACE ÀS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:

Item	1	2	3	4	5
1. Lutem pelos vossos direitos, não deixem que ninguém vos diminua.					
2. Sigam os vossos sonhos, tudo se faz quando queremos.					
3. Nunca baixem a cabeça. Sejam persistentes.					
4. Primeiro fazer uma boa adaptação e aceitação da prótese e depois ir à luta.					
5. Força de vontade, não parem de procurar e apoiem-se na vossa família.					
6. A vida mudou, mas pode ser a descoberta de capacidades novas e mais eficientes.					
7. Não desistam de procurar, quer seja em Portugal quer seja no estrangeiro.					
8. Tentem arranjar um bom emprego, que arranjem algo que os ajude financeiramente para sobreviver à infelicidade, pois as ajudas monetárias por parte do estado são poucas.					

9. Não deixem que uma amputação defina quem são. O medo da rejeição e da não aceitação é mais limitativo que a amputação em si.					
10. O mundo não acaba agora, mandem-se para a frente, procurem soluções.					
11. Procurem ser sempre independentes, não se considerem deficientes, mas sim pessoas normais. Procurem evoluir cada vez mais de acordo com as suas capacidades.					

34. Relativamente ao que poderá melhorar a sua qualidade de vida

CLASSIFIQUE COM A ESCALA

1. Discordo absolutamente;
2. Discordo;
3. Nem concordo nem discordo;
4. Concordo;
5. Concordo absolutamente;

O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA FACE ÀS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:

Item	1	2	3	4	5
1. Praticar desporto nesta fase da minha vida faria com que me sentisse realizada.					
2. Tirar a carta nesta fase da minha vida, aumentaria a minha independência, contribuindo assim para uma melhoria significativa na minha qualidade de vida.					
3. Maiores apoios do estado, fariam com que pudesse viver com mais dignidade, não tendo que precisar da caridade dos outros.					
4. Para melhorar a minha qualidade de vida neste momento o ideal seria ter uma prótese "topo de gama" bem-adaptada.					
5. Ter 2 próteses melhoraria a minha qualidade de vida pois tinha sempre a garantia que em caso de problemas tinha sempre outra de reposição.					
6. As barreiras arquitetónicas limitam em muito a minha mobilidade, pelo que a eliminação de muitas das barreiras arquitetónicas ajudaria em muito na melhoria da minha qualidade de vida.					

7. A obtenção de emprego trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.					
8. Mudar a mentalidade de muita gente incluindo das entidades empregadoras, faria com que existisse uma diminuição do preconceito e uma maior inclusão da pessoa amputada, o que aumentaria a minha satisfação pessoal e, por conseguinte, melhoraria a minha qualidade de vida					
9. Conseguir um emprego melhor, ganhar mais trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.					
10. Continuar a ter apoios hospitalares fará com que possa continue a ter as minha(s) prótese(s) e a minha independência.					
11. Mais lugares de estacionamento para pessoas com deficiência, aumentaria a minha independência de terceiros o que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.					
12. O que nós amputados necessitamos é que sejamos olhados com Igualdade.					

35. Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho

CLASSIFIQUE COM A ESCALA

1. Discordo absolutamente;
2. Discordo;
3. Nem concordo nem discordo;
4. Concordo;
5. Concordo absolutamente;

O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA FACE ÀS SEGUINTE AFIRMAÇÕES:

Item	1	2	3	4	5
1. Penso que quem a realiza, se cumpre bem o seu trabalho, não poderá mudar em relação à inserção no mercado de trabalho. Isso terá que mudar pelos contratantes.					

2. Saber escutar, compreender cada situação e ser discreto.					
3. Dar-nos uma prótese consoante as nossas necessidades e que sejam os mais humanos possíveis.					
4. Não existe mais nada que possam fazer, sinto-me capaz para voltar a trabalhar.					
5. Que estudem melhor todas as possibilidades.					
6. Serem 100% profissionais de forma às próteses ficarem o mais possível adaptadas a cada amputado e o mais adaptada possível ao trabalho de cada um.					
7. A realização de uma prótese deve dar preferência à eficiência em detrimento da estética.					
8. Não existir muita burocracia.					
9. Que a façam as próteses sempre o mais confortáveis possível e de acordo com as necessidades específicas de cada um.					
10. Deem o melhor de si próprios para ajudar a marcha de cada um de maneira a potenciar o máximo da sua funcionalidade.					

36. Relativamente ao estudo em questão

CLASSIFIQUE COM A ESCALA

1. Discordo absolutamente;
2. Discordo;
3. Nem concordo nem discordo;
4. Concordo;
5. Concordo absolutamente;

O SEU GRAU DE CONCORDÂNCIA FACE ÀS SEGUINTE AFIRMAÇÕES

Item	1	2	3	4	5
1. Estudos como estes são de especial relevância tendo em conta a sua escassez e importância.					
2. Seria importante em estudos como estes abordar a temática da importância de um acompanhamento psicológico após a amputação.					

3. Seria importante em estudos como estes estudara/abordar a problemática referente à importância do amputado poder experimentar tipos diferentes de prótese para poder experimentar e assim escolher o que melhor se adaptaria a cada caso e a sua atividade profissional.					
4. Estudos como estes poderão ajudar a reformular a opinião da classe empregadora e fazer com que contratem mais pessoas com deficiência.					
5. A utilização da opinião dos amputados em estudos como estes é de especial importância pois só eles sabem as dificuldades que encontram no acesso ao meio laboral.					
6. A prótese influencia diretamente a forma de trabalhar, quando mal-adaptada pode originar faltas no emprego, pelo que é importante estabelecer esta relação entre a adaptação da prótese versus emprego em estudos como estes.					

Anexo VII - Perguntas do questionário PEQ-PT utilizadas

Fonte: Adaptado de Matos (2015)

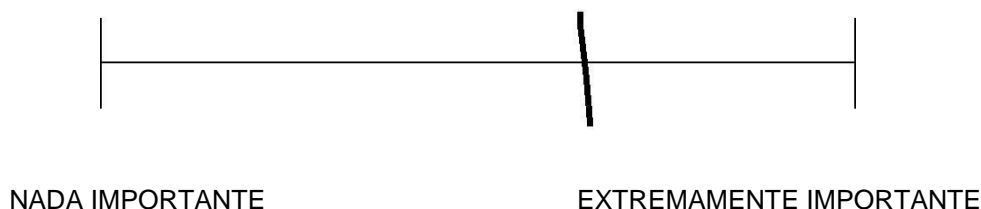
Instruções

Enquanto lê cada pergunta, lembre-se que não existe resposta certa ou errada. Pense apenas na SUA PRÓPRIA OPINIÃO sobre o tópico e faça uma marca ATRAVÉS da linha, em qualquer ponto ao longo da mesma, entre as duas extremidades, para nos mostrar a sua opinião.

Se utiliza próteses diferentes para diferentes atividades, por favor, escolha A QUE USA MAIS frequentemente e responda a todas as perguntas considerando apenas essa prótese.

Exemplo

Quão importante é para si tomar café de manhã?



Avalie o seu café matinal ao longo das últimas quatro semanas.

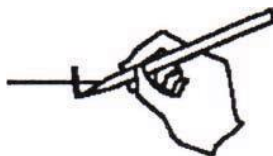


OU assinale ___ Não bebi café de manhã ao longo das últimas quatro semanas.

Este exemplo mostra que a pessoa que respondeu a estas questões considera importante tomar café de manhã. Esta pessoa também considera que o café que tem tomado ultimamente não tem sido muito bom.

Se não tivesse bebido café nas últimas quatro semanas, colocaria uma marca junto a essa afirmação, em vez de fazer uma marca na linha entre TERRÍVEL e EXCELENTE.

Como no exemplo, faça uma marca através da linha, em vez de usar um X ou um O.



Por favor, responda a todas as perguntas.

Estas perguntas são relativas à sua **CAPACIDADE DE DESLOCAÇÃO**.

A. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

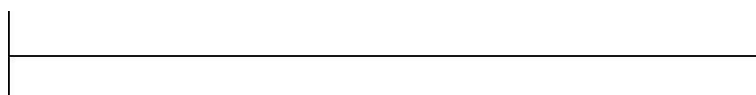
B. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar em espaços apertados *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

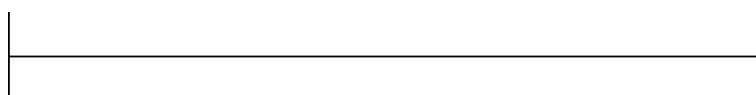
C. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de subir escadas *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

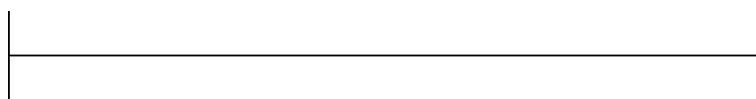
D. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie como se sentiu em relação a ser capaz de descer escadas *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

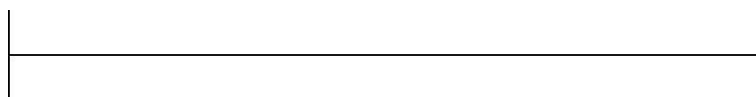
- E.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de subir um terreno íngreme *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

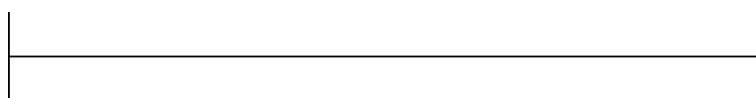
- F.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de descer um terreno íngreme *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

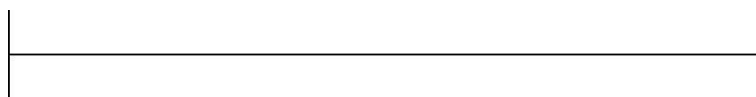
- G.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar em passeios e ruas *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

- H.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade de andar em pisos escorregadios (p. ex. azulejo molhado, neve, uma rua molhada ou o convés de um barco) *utilizando a sua prótese*.



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

Estas perguntas são sobre a APARÊNCIA DA SUA PRÓTESE.

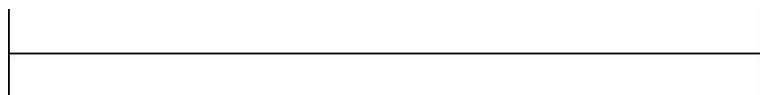
- J.** Ao longo das últimas quatro semanas, avalie o aspeto da sua prótese.



TERRÍVEL

EXCELENTE

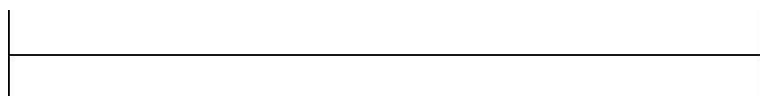
- M. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie os danos causados pela sua prótese ao seu vestuário**



DANOS EXTENSOS

NENHUNS

- N. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie os danos causados ao revestimento cosmético da sua prótese.**

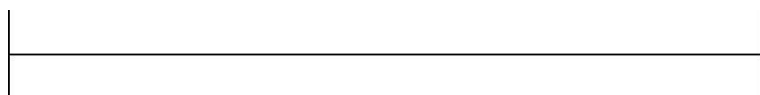


DANOS EXTENSOS

NENHUNS

OU assinale__A minha prótese não tem revestimento cosmético.

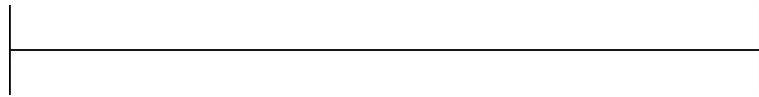
- O. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie a sua capacidade para usar sapatos da sua preferência (alturas e estilos diferentes).**



NÃO CONSIGO

SEM QUALQUER PROBLEMA

- P. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie as limitações de escolha de vestuário impostas pela sua prótese.**

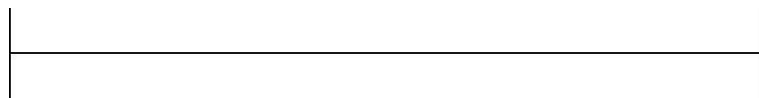


AS PIORES POSSÍVEIS

NENHUMAS

*As perguntas seguintes são sobre a sua **SATISFAÇÃO COM SITUAÇÕES PARTICULARES**, dado que tem uma amputação.*

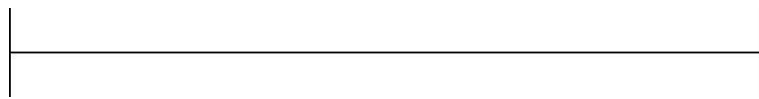
- C. Ao longo das últimas quatro semanas, avalie quão satisfeito está com a forma como tudo decorreu desde a sua amputação.



EXTREMAMENTE INSATISFEITO

EXTREMAMENTE SATISFEITO

- D. Ao longo das últimas quatro semanas, como classificaria a sua qualidade de vida?



A PIOR VIDA POSSÍVEL

A MELHOR VIDA POSSÍVEL

Anexo VIII - Dados demográficos

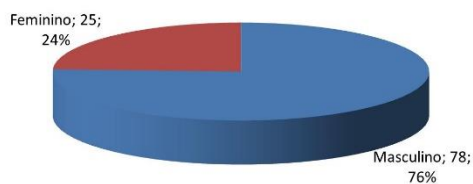


Figura 7: Gráfico de frequências: Sexo

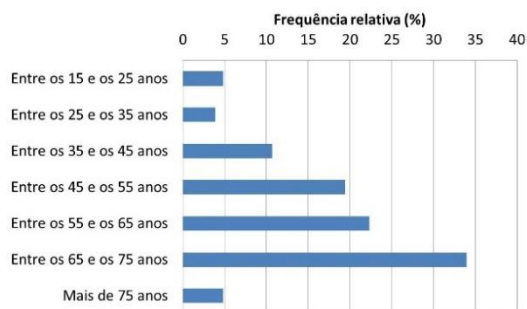


Figura 8: Gráfico de frequências: Idade

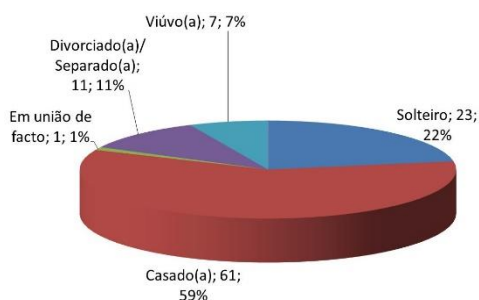


Figura 9: Gráfico de frequências: Estado civil

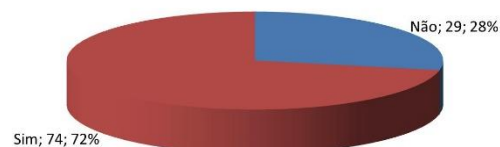


Figura 10: Gráfico de frequências: Existência de filhos

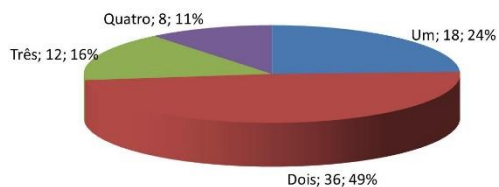


Figura 11: Gráfico de frequências: Número de filhos

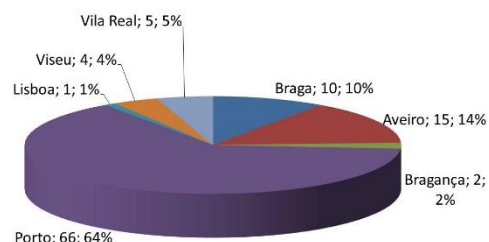


Figura 12: Gráfico de frequências: Residência Permanente (Distrito)

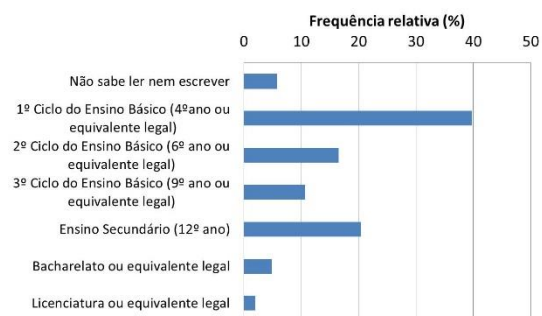


Figura 13: Gráfico de frequências: Habilitações literárias atuais

Anexo IX - Dados clínicos

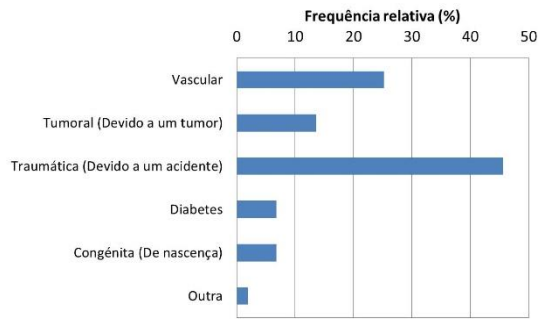


Figura 14: Gráfico de frequências: Etiologia (causa) da amputação

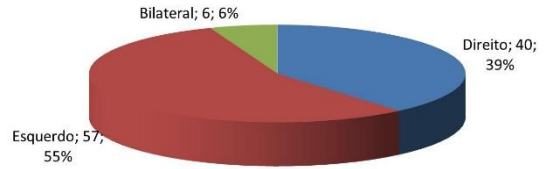


Figura 15: Gráfico de frequências: Lado da amputação

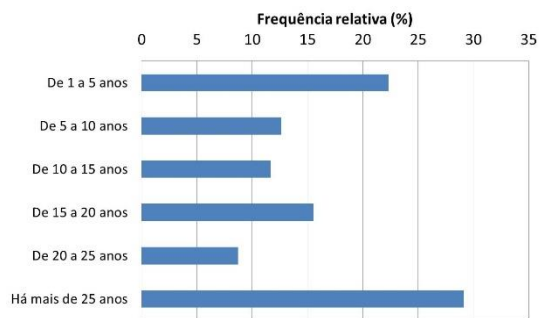


Figura 16: Gráfico de frequências: Antiguidade da amputação

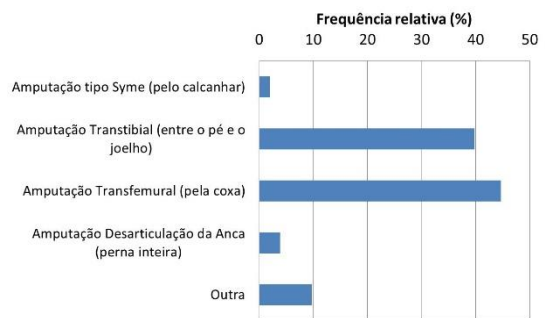


Figura 17: Gráfico de frequências: Nível da amputação

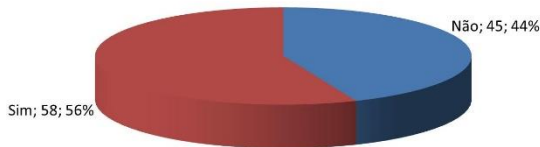


Figura 18: Gráfico de frequências: Possui outras patologias (doenças) associadas

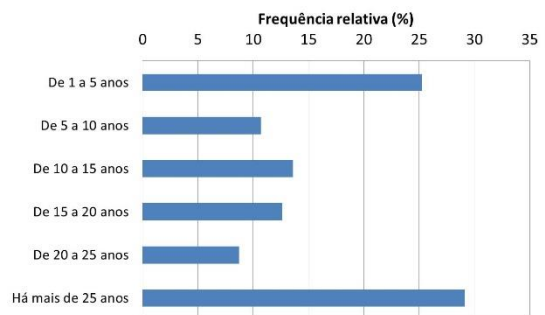


Figura 19: Gráfico de frequências: Anos de utilização de prótese

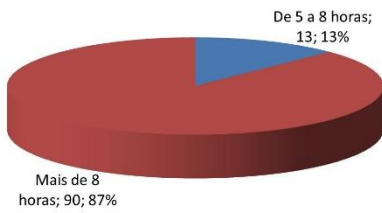


Figura 20: Gráfico de frequências: Horas por dia, em média de utilização de prótese



Figura 21: Gráfico de frequências: Utiliza a prótese para

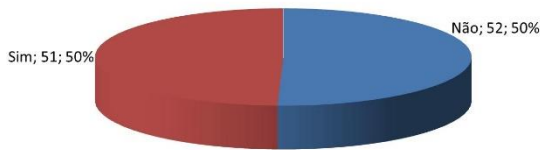


Figura 22: Gráfico de frequências: Utiliza auxiliares de marcha

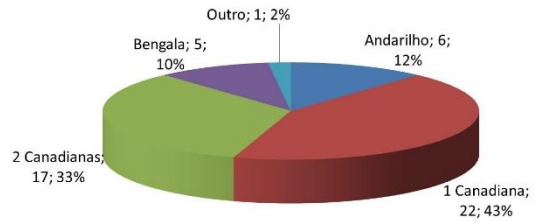


Figura 23: Gráfico de frequências: Qual/Quais os auxiliares de marcha que utiliza

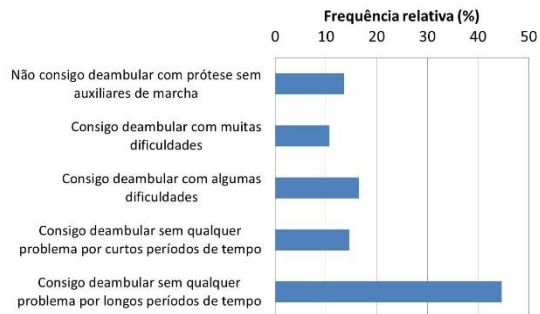


Figura 24: Gráfico de frequências: Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha

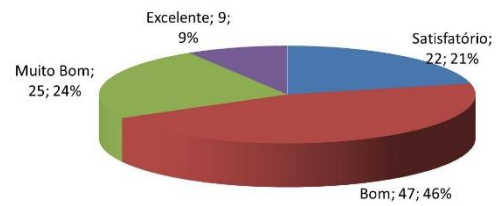


Figura 26: Gráfico de frequências: Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese



Figura 25: Gráfico de frequências: Quão relevante é para si a aparência da sua prótese

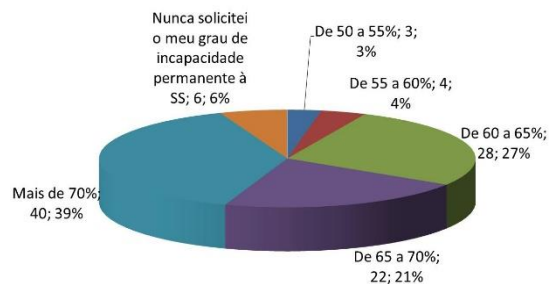


Figura 27: Gráfico de frequências: Grau de incapacidade permanente

Anexo X - Dados profissionais

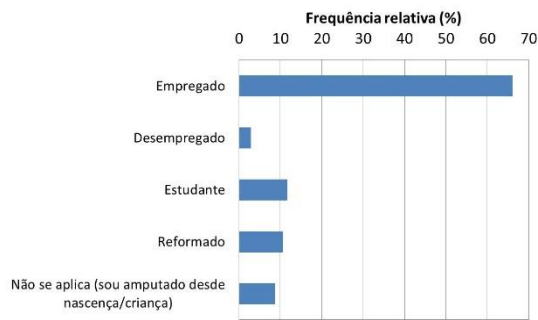


Figura 28: Gráfico de frequências: Atividade Laboral antes da amputação

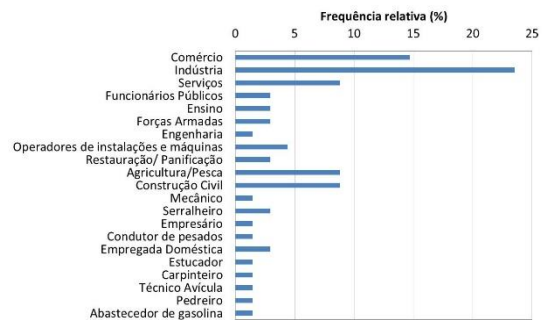


Figura 29: Gráfico de frequências: Atividade Laboral antes da amputação

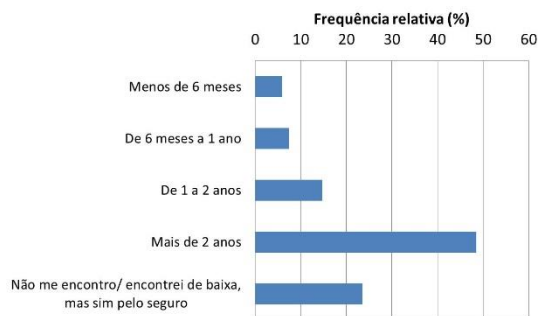


Figura 30: Gráfico de frequências: Quantos meses/anos esteve de baixa após a amputação até voltar a exercer a profissão

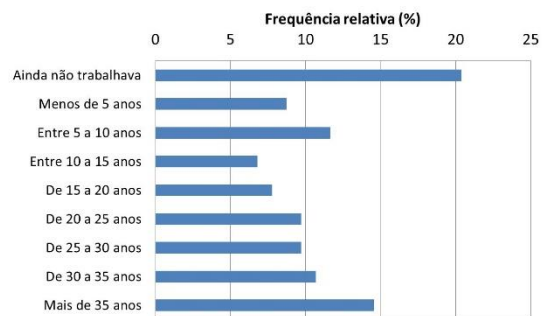


Figura 31: Gráfico de frequências: Há quantos anos já trabalhava até ocorrer a amputação

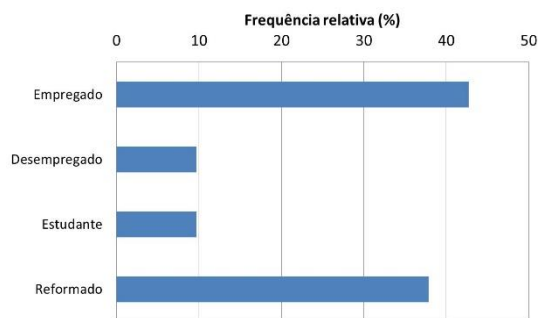


Figura 32: Gráfico de frequências: Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego

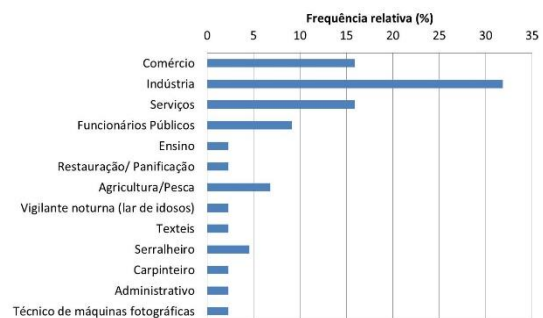


Figura 33: Gráfico de frequências: Profissão após amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança profissão do primeiro emprego

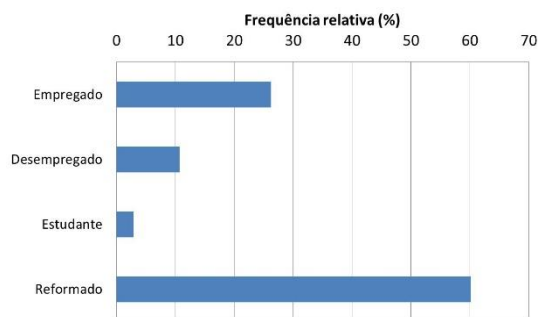


Figura 34: Gráfico de frequências: Atividade Laboral atual

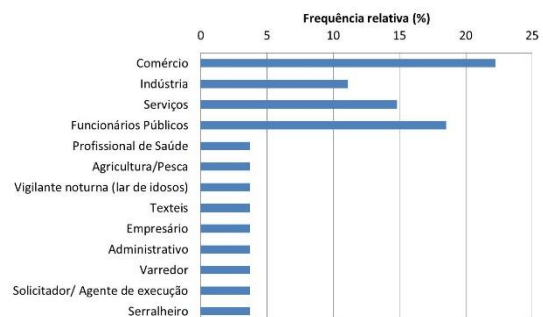


Figura 35: Gráfico de frequências: Profissão atual

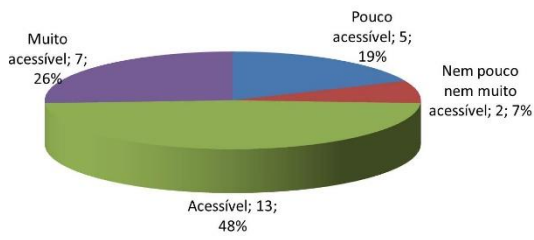


Figura 36: Gráfico de frequências: Como classifica o acesso ao seu local de trabalho

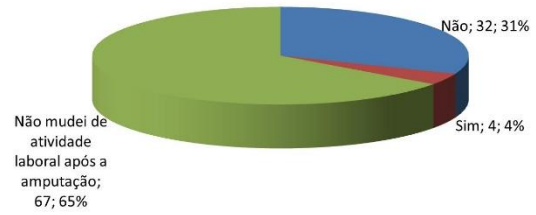


Figura 37: Gráfico de frequências: Se mudou de atividade laboral após a amputação teve de voltar a estudar para conseguir o novo emprego

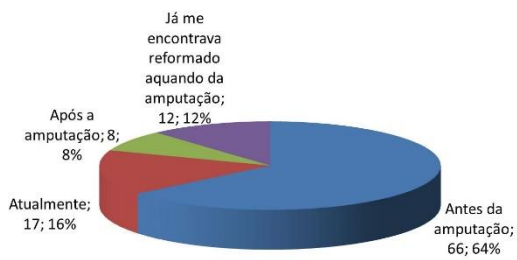


Figura 38: Gráfico de frequências: Relativamente à sua atividade laboral sente-se/sentia-se mais realizado profissionalmente

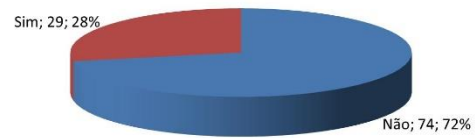


Figura 39: Gráfico de frequências: Após a amputação pediu antecipação da reforma

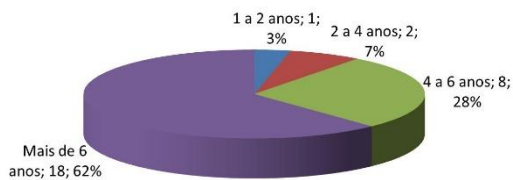


Figura 40: Gráfico de frequências: Quantos anos lhe faltavam para a reforma

Anexo XI - Dados sociais

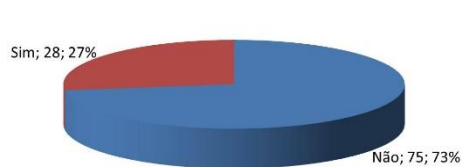


Figura 41: Gráfico de frequências: Alguma vez recebeu algum subsídio de doença

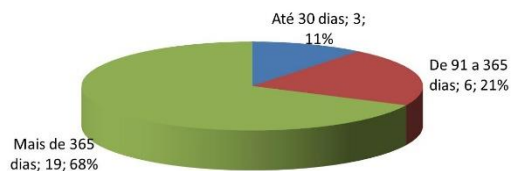


Figura 42: Gráfico de frequências: Recebeu subsídio de doença durante quantos dias

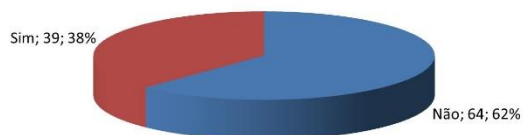


Figura 43: Gráfico de frequências: Precisa de ajuda de 3ª pessoa

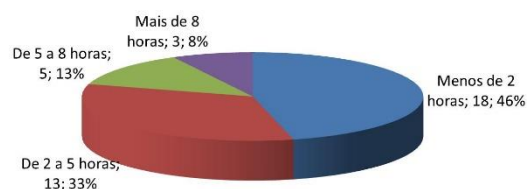


Figura 44: Gráfico de frequências: Quantas horas por dia necessita de ajuda de 3ª pessoa

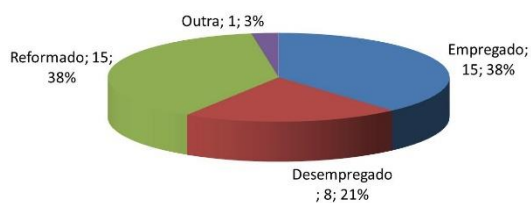


Figura 45: Gráfico de frequências: Qual a atividade laboral da 3ª pessoa

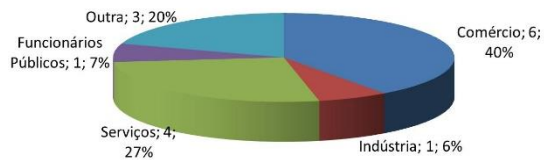


Figura 46: Gráfico de frequências: Profissão 3ª pessoa

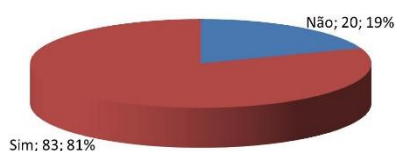


Figura 47: Gráfico de frequências: Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais

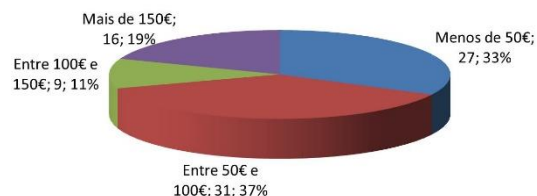


Figura 48: Gráfico de frequências: Qual o montante que mais se adequa ao aumento desses gastos

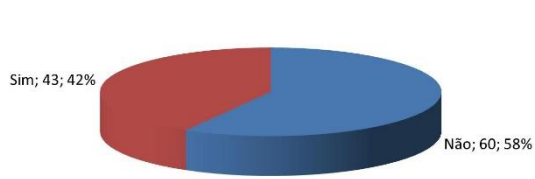


Figura 49: Gráfico de frequências: Pelo facto de ser amputado tem uma diminuição de rendimento financeiro mensal

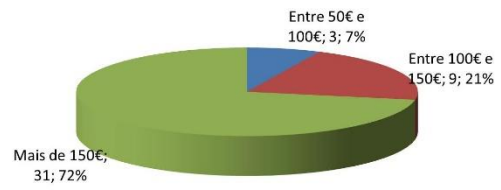


Figura 50: Gráfico de frequências: Qual o montante que mais se adequa a essa diminuição

Anexo XII - Emprego

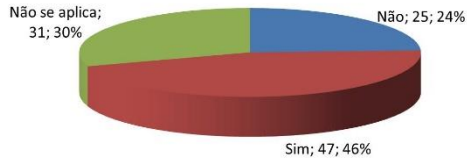


Figura 51: Gráfico de frequências: Na sua opinião, ser amputado alguma vez influenciou negativamente a sua obtenção de emprego



Figura 52: Gráfico de médias: A influência negativa na obtenção de emprego deve-se ao facto de:



Figura 53: Gráfico de médias: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados (1ª parte)

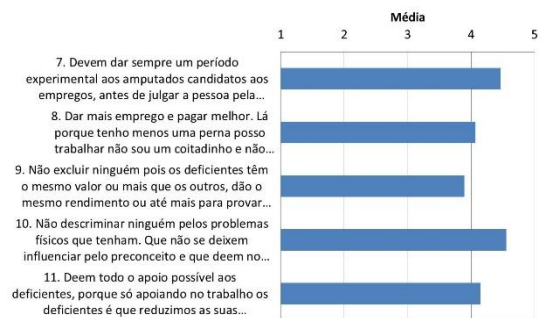


Figura 54: Gráfico de médias: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados (2ª parte)

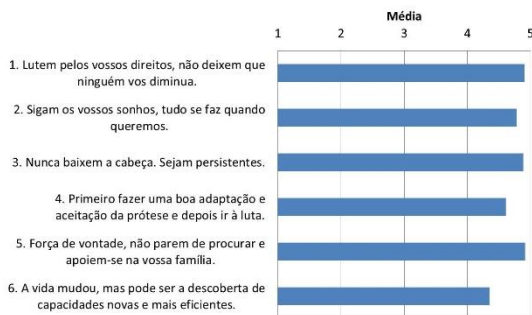


Figura 55: Gráfico de médias: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego (1ª parte)



Figura 56: Gráfico de médias: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego (2ª parte)

Tabela 92: Estatísticas: A influência negativa na obtenção de emprego deve-se ao facto de:

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. A estética conta muito na obtenção de emprego	47	3,94	1,05	27%	1	5
2. Estou inscrito(a) no centro de emprego, já me candidatei a alguns empregos e nunca me deram uma resposta	47	3,09	1,25	40%	1	5
3. Já fui a uma entrevista de emprego e notei que pelo facto de andar de prótese não seria bem visto para eles.	47	3,98	0,79	20%	1	5
4. Ser amputado em Portugal é sermos incapacitados para o trabalho, daí quando sabem que somos amputados ninguém nos dá emprego.	47	4,15	0,91	22%	2	5
5. Quando estava pronto para voltar ao trabalho, após a amputação, protetização e recuperação disseram-me que já não tinham trabalho para mim por já não me considerarem apto, desde aí não consigo arranjar emprego.	47	3,26	1,47	45%	1	5
6. Já fui chamada várias vezes para entrevistas, mas a maior parte das vezes quando digo que tenho prótese as pessoas mudam logo a sua postura e acabam depois por nunca me chamar.	47	3,83	0,84	22%	1	5
7. Estou impedido de obter licença de condução de transportes de pesados o que impossibilitou a continuação do meu emprego.	47	2,15	1,49	69%	1	5
8. As entidades empregadoras por nós não termos uma perna acham que somos menos capazes e não nos dão emprego ou então pagam-nos menos.	47	3,94	0,84	21%	2	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Tabela 93: Estatísticas: Relativamente às potenciais entidades empregadoras de amputados

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Não julgue um livro pela capa. A força de vontade de um indivíduo, tenha ele deficiência ou não, é o principal fator a ter em conta na sua contratação.	103	4,37	0,78	18%	1	5
2. A falta de um membro não influencia negativamente, dá mais garra para trabalhar e mostrar que é possível.	103	3,72	0,96	26%	1	5
3. A existência de uma incapacidade motora não significa, logo à partida, que o amputado não serve para o emprego em causa.	103	4,24	0,91	22%	1	5
4. Há amputados a trabalhar há mais de 30 anos com prótese e o facto de serem amputados e ter uma prótese não alterou em nada o seu rendimento no trabalho.	103	4,01	0,93	23%	1	5
5. Os amputados ainda têm capacidade de trabalho e por isso as organizações deveriam dar-lhes maior possibilidade de emprego.	103	4,50	0,61	14%	1	5
6. Os amputados não fazem menos que os outros trabalhadores.	103	3,63	0,99	27%	1	5
7. Devem dar sempre um período experimental aos amputados candidatos aos empregos, antes de julgar a pessoa pela aparência.	103	4,47	0,70	16%	1	5
8. Dar mais emprego e pagar melhor. Lá porque tenho menos uma perna posso trabalhar não sou um coitadinho e não mereço receber menos por isso.	103	4,07	0,92	23%	1	5
9. Não excluir ninguém pois os deficientes têm o mesmo valor ou mais que os outros, dão o mesmo rendimento ou até mais para provar que são capazes.	103	3,89	0,86	22%	2	5
10. Não discriminar ninguém pelos problemas físicos que tenham. Que não se deixem influenciar pelo preconceito e que deem no mínimo uma oportunidade de as pessoas mostrarem o que podem ou não fazer antes de as rejeitarem.	103	4,55	0,54	12%	3	5
11. Deem todo o apoio possível aos deficientes, porque só apoiando no trabalho os deficientes é que reduzimos as suas dificuldades.	103	4,15	0,75	18%	2	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Tabela 94: Estatísticas: Relativamente aos recém amputados que procuram emprego

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Lutem pelos vossos direitos, não deixem que ninguém vos diminua.	103	4,90	0,30	6%	4	5
2. Sigam os vossos sonhos, tudo se faz quando queremos.	103	4,78	0,42	9%	4	5
3. Nunca baixem a cabeça. Sejam persistentes.	103	4,88	0,32	7%	4	5
4. Primeiro fazer uma boa adaptação e aceitação da prótese e depois ir à luta.	103	4,61	0,63	14%	2	5
5. Força de vontade, não parem de procurar e apoiem-se na vossa família.	103	4,91	0,28	6%	4	5
6. A vida mudou, mas pode ser a descoberta de capacidades novas e mais eficientes.	103	4,35	0,71	16%	3	5
7. Não desistam de procurar, quer seja em Portugal quer seja no estrangeiro.	103	3,67	1,34	36%	1	5
8. Tentem arranjar um bom emprego, que arranjem algo que os ajude financeiramente para sobreviver à infelicidade, pois as ajudas monetárias por parte do estado são poucas.	103	4,14	0,83	20%	2	5
9. Não deixem que uma amputação defina quem são. O medo da rejeição e da não aceitação é mais limitativo que a amputação em si.	103	3,94	0,96	24%	1	5
10. O mundo não acaba agora, mandem-se para a frente, procurem soluções.	103	4,55	0,57	13%	2	5
11. Procurem ser sempre independentes, não se considerem deficientes, mas sim pessoas normais. Procurem evoluir cada vez mais de acordo com as suas capacidades.	103	4,73	0,47	10%	3	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Anexo XIII - Qualidade de vida



Figura 57: Gráfico de médias: Relativamente ao que poderá melhorar a sua qualidade de vida (1ª parte)

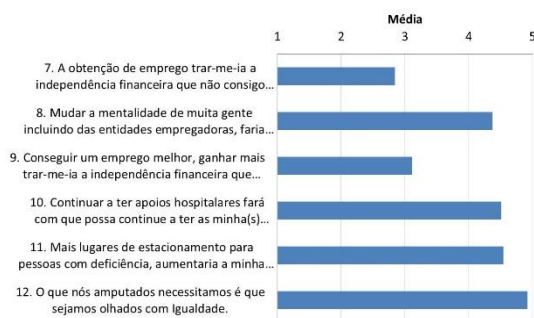


Figura 58: Gráfico de médias: Relativamente ao que poderá melhorar a sua qualidade de vida (2ª parte)

Tabela 95: Estatísticas: Relativamente ao que poderá melhorar a sua qualidade de vida

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Praticar desporto nesta fase da minha vida faria com que me sentisse realizada.	103	2,79	1,62	58%	1	5
2. Tirar a carta nesta fase da minha vida, aumentaria a minha independência, contribuindo assim para uma melhoria significativa na minha qualidade de vida.	103	1,44	1,15	80%	1	5
3. Maiores apoios do estado, fariam com que pudesse viver com mais dignidade, não tendo que precisar da caridade dos outros.	103	4,34	1,07	25%	1	5
4. Para melhorar a minha qualidade de vida neste momento o ideal seria ter uma prótese "topo de gama" bem-adaptada.	103	4,73	0,53	11%	3	5
5. Ter 2 próteses melhoraria a minha qualidade de vida pois tinha sempre a garantia que em caso de problemas tinha sempre outra de reposição.	103	4,05	1,17	29%	1	5
6. As barreiras arquitetónicas limitam em muito a minha mobilidade, pelo que a eliminação de muitas das barreiras arquitetónicas ajudaria em muito na melhoria da minha qualidade de vida.	103	4,70	0,57	12%	3	5
7. A obtenção de emprego trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.	103	2,84	1,85	65%	1	5
8. Mudar a mentalidade de muita gente incluindo das entidades empregadoras, faria com que existisse uma diminuição do preconceito e uma maior inclusão da pessoa amputada, o que aumentaria a minha satisfação pessoal e, por conseguinte, melhoraria a minha qualidade de vida	103	4,37	0,71	16%	3	5
9. Conseguir um emprego melhor, ganhar mais trar-me-ia a independência financeira que não consigo obter neste momento, pelo que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.	103	3,11	1,85	59%	1	5
10. Continuar a ter apoios hospitalares fará com que possa continue a ter as minha(s) prótese(s) e a minha independência.	103	4,50	0,91	20%	1	5
11. Mais lugares de estacionamento para pessoas com deficiência, aumentaria a minha independência de terceiros o que melhoraria em muito a minha qualidade de vida.	103	4,54	0,72	16%	3	5
12. O que nós amputados necessitamos é que sejamos olhados com Igualdade.	103	4,92	0,30	6%	3	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente

Anexo XIV - Próteses



Figura 59: Gráfico de médias: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho (1ª parte)

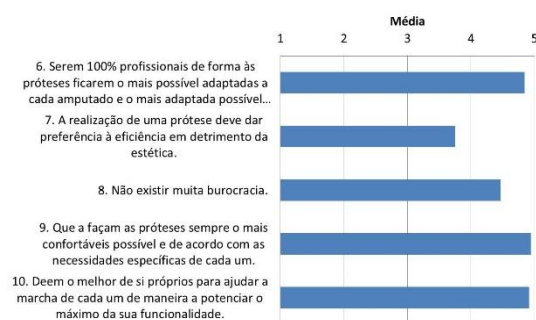


Figura 60: Gráfico de médias: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho (2ª parte)

Tabela 96: Estatísticas: Relativamente a quem realiza as próteses para facilitar a inserção dos amputados no mercado de trabalho

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Penso que quem a realiza, se cumpre bem o seu trabalho, não poderá mudar em relação à inserção no mercado de trabalho. Isso terá que mudar pelos contratantes.	103	4,79	0,52	11%	2	5
2. Saber escutar, compreender cada situação e ser discreto.	103	4,43	0,54	12%	3	5
3. Dar-nos uma prótese consoante as nossas necessidades e que sejam os mais humanos possíveis.	103	4,46	0,67	15%	3	5
4. Não existe mais nada que possam fazer, sinto-me capaz para voltar a trabalhar.	103	3,67	1,23	34%	1	5
5. Que estudem melhor todas as possibilidades.	103	4,21	0,70	16%	3	5
6. Serem 100% profissionais de forma às próteses ficarem o mais possível adaptadas a cada amputado e o mais adaptada possível ao trabalho de cada um.	103	4,84	0,36	8%	4	5
7. A realização de uma prótese deve dar preferência à eficiência em detrimento da estética.	103	3,75	1,05	28%	1	5
8. Não existir muita burocracia.	103	4,47	0,74	17%	1	5
9. Que a façam as próteses sempre o mais confortáveis possível e de acordo com as necessidades específicas de cada um.	103	4,94	0,24	5%	4	5
10. Deem o melhor de si próprios para ajudar a marcha de cada um de maneira a potenciar o máximo da sua funcionalidade.	103	4,91	0,32	6%	3	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Anexo XV - Opinião sobre este estudo

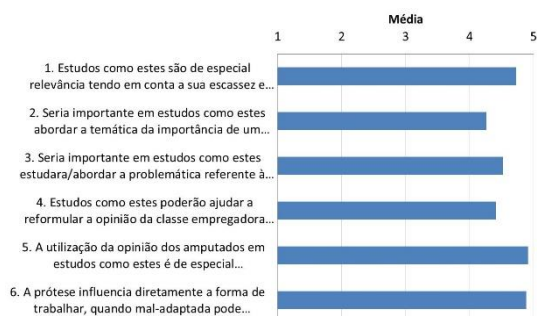


Figura 61: Gráfico de médias: Relativamente ao estudo em questão

Tabela 97: Estatísticas: Relativamente ao estudo em questão

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
1. Estudos como estes são de especial relevância tendo em conta a sua escassez e importância.	103	4,73	0,49	10%	3	5
2. Seria importante em estudos como estes abordar a temática da importância de um acompanhamento psicológico após a amputação.	103	4,26	0,80	19%	3	5
3. Seria importante em estudos como estes estudara/abordar a problemática referente à importância do amputado poder experimentar tipos diferentes de prótese para poder experimentar e assim escolher o que melhor se adaptaria a cada caso e a sua atividade profissional	103	4,52	0,65	14%	3	5
4. Estudos como estes poderão ajudar a reformular a opinião da classe empregadora e fazer com que contratem mais pessoas com deficiência.	103	4,41	0,68	15%	3	5
5. A utilização da opinião dos amputados em estudos como estes é de especial importância pois só eles sabem as dificuldades que encontram no acesso ao meio laboral.	103	4,91	0,32	6%	3	5
6. A prótese influencia diretamente a forma de trabalhar, quando mal-adaptada pode originar faltas no emprego, pelo que é importante estabelecer esta relação entre a adaptação da prótese versus emprego em estudos como estes.	103	4,88	0,38	8%	3	5

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

1- Discordo absolutamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo absolutamente.

Anexo XVI - Questionário PEQ-PT



Figura 62: Gráfico de médias: Escala de Deambulação - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:

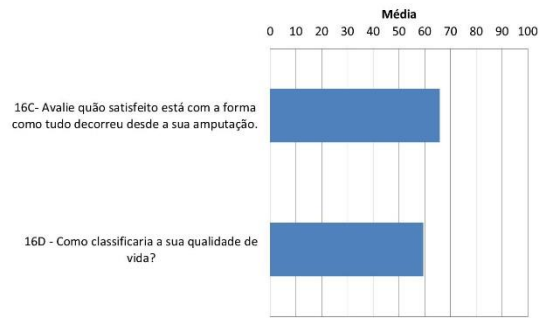


Figura 63: Gráfico de médias: Escala de Bem-estar - Ao longo das últimas quatro semanas:

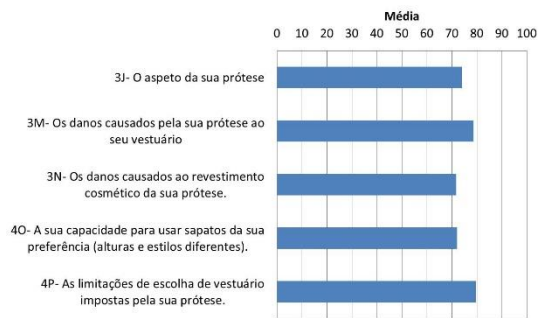


Figura 64: Gráfico de médias: Escala de Aparência - Ao longo das últimas quatro semanas, avalie:

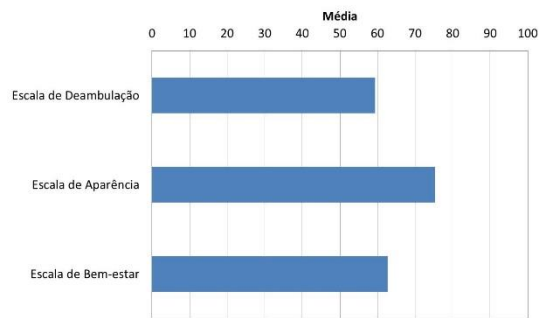


Figura 65: Gráfico de médias: Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

Tabela 98: Dimensões da Escala do Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO
Escala de Deambulação	13A- A sua capacidade de andar utilizando a sua prótese.
	13B- A sua capacidade de andar em espaços apertados utilizando a sua prótese.
	13C- A sua capacidade de subir escadas utilizando a sua prótese.
	13D- Como se sentiu em relação a ser capaz de descer escadas utilizando a sua prótese.
	14E- A sua capacidade de subir um terreno íngreme utilizando a sua prótese.
	14F- A sua capacidade de descer um terreno íngreme utilizando a sua prótese.
	14G- A sua capacidade de andar em passeios e ruas utilizando a sua prótese.
	14H- A sua capacidade de andar em pisos escorregadios (p. ex. azulejo molhado, neve, uma rua molhada ou o convés de um barco) utilizando a sua prótese.
Escala de Aparência	3J- O aspeto da sua prótese
	3M- Os danos causados pela sua prótese ao seu vestuário
	3N- Os danos causados ao revestimento cosmético da sua prótese.
	4O- A sua capacidade para usar sapatos da sua preferência (alturas e estilos diferentes).
4P- As limitações de escolha de vestuário impostas pela sua prótese.	
Escala de Bem-estar	16C- Avalie quão satisfeito está com a forma como tudo decorreu desde a sua amputação.
	16D - Como classificaria a sua qualidade de vida?

Anexo XVII - Questões de investigação

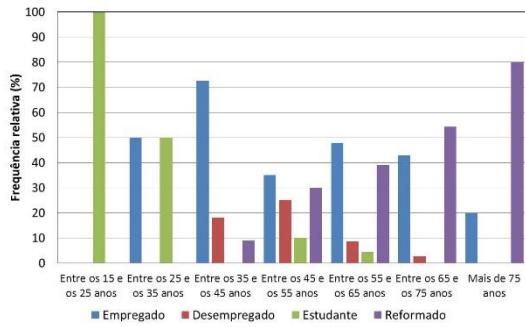


Figura 66: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e a idade

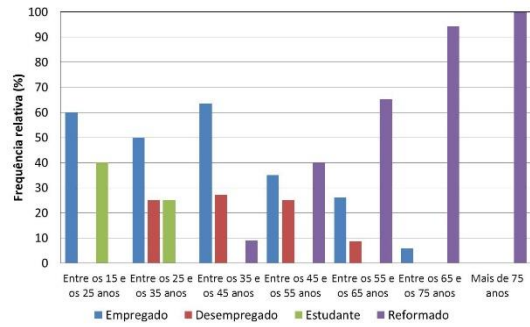


Figura 67: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e a idade

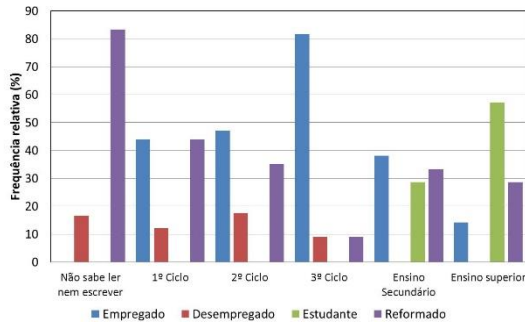


Figura 68: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral após a amputação ou no caso de amputações desde nascença/criança primeiro emprego” e as habilitações literárias

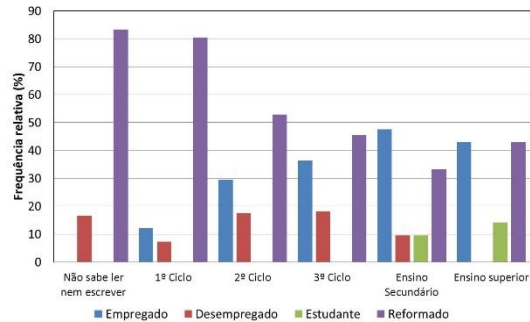


Figura 69: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral atual” e as habilitações literárias

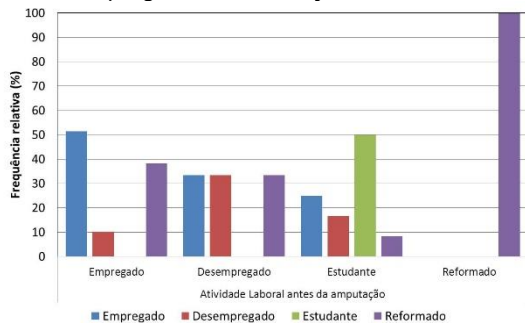


Figura 70: Gráfico de frequências: Relação entre “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”

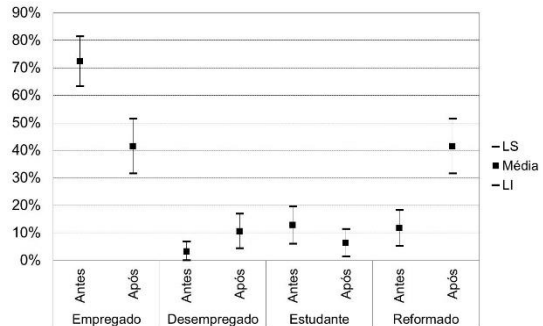


Figura 71: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para a “Atividade Laboral antes da amputação” e “Atividade Laboral após a amputação”

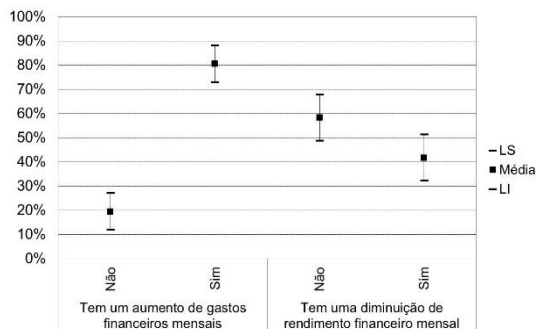


Figura 72: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para pelo facto de ser amputado tem “um aumento de gastos financeiros mensais” e “uma diminuição de rendimento financeiro mensal”

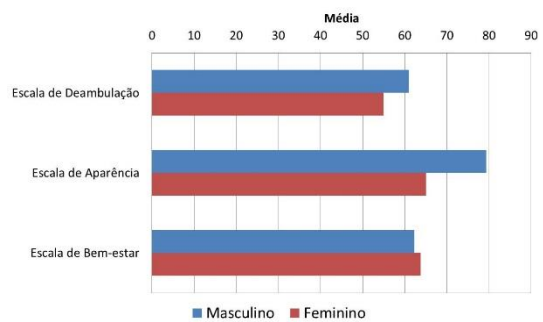


Figura 73: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e o sexo

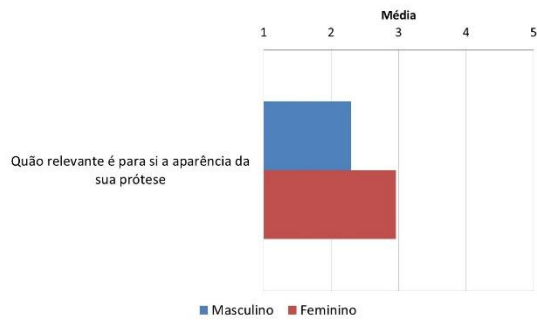


Figura 74: Gráfico de médias: Relações entre “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e o sexo

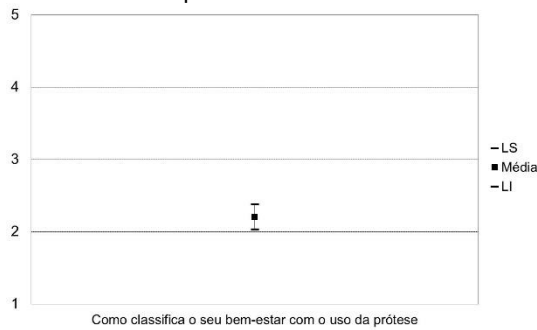


Figura 76: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese”

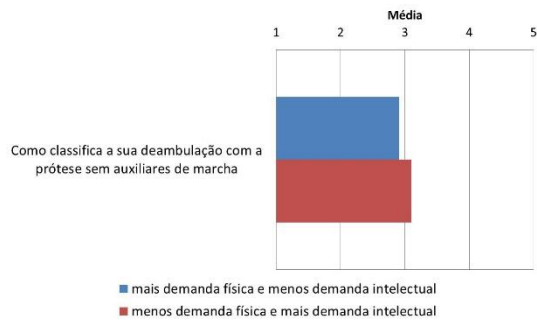


Figura 78: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha” e a Profissão após amputação

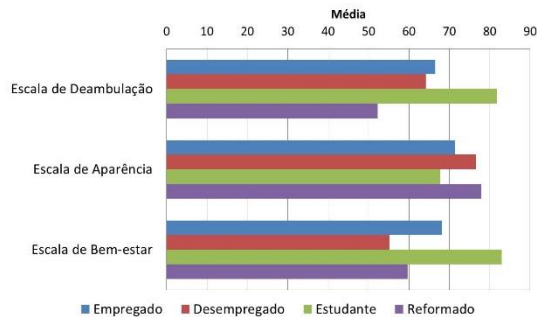


Figura 80: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral atual

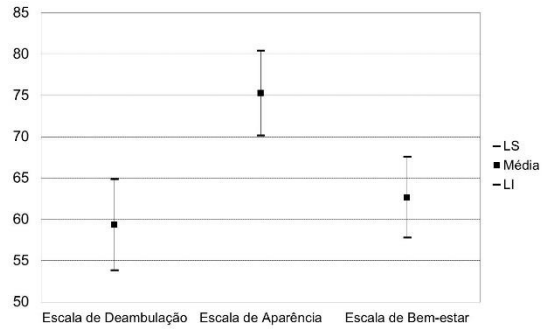


Figura 75: Gráfico de dispersão: Intervalos de confiança a 95% para “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese”

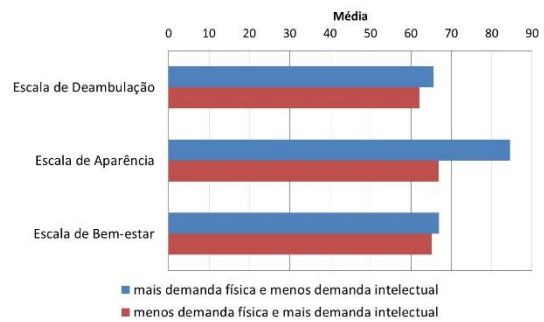


Figura 77: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Profissão após amputação

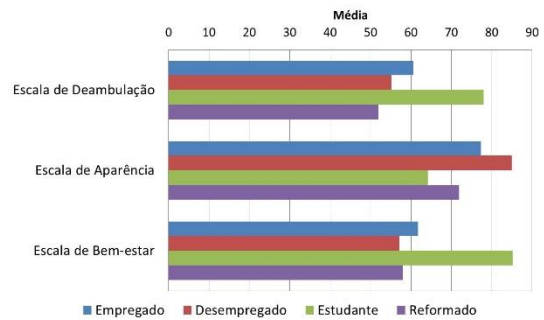


Figura 79: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e a Atividade Laboral após a amputação

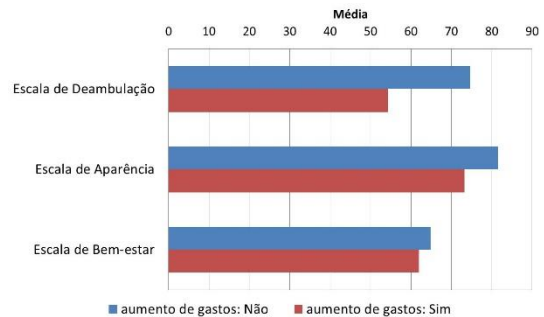


Figura 81: Gráfico de médias: Relações entre “Questionário PEQ-PT- Questionário de Avaliação de Prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”

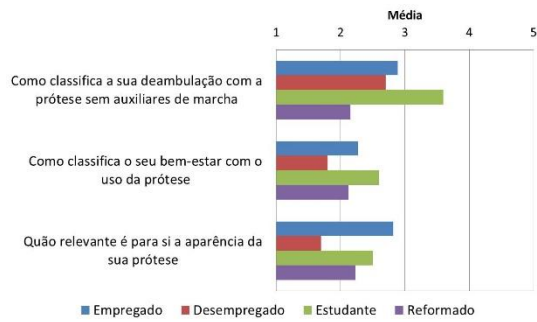


Figura 82: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade Laboral após a amputação

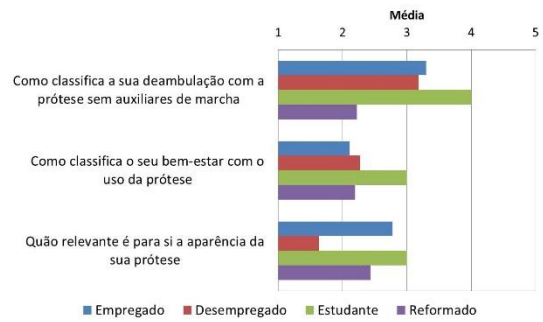


Figura 83: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e a Atividade Laboral atual

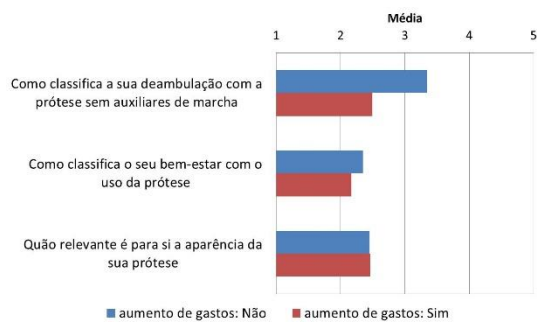


Figura 84: Gráfico de médias: Relações entre “Como classifica a sua deambulação com a prótese sem auxiliares de marcha”, “Como classifica o seu bem-estar com o uso da prótese” e “Quão relevante é para si a aparência da sua prótese” e “Pelo facto de ser amputado tem um aumento de gastos financeiros mensais”