Paolo Gomes Palmeiro

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA A PARTIR DO OLHAR DOS SUJEITOS EM CONDIÇÃO DE USO DE PRÓTESE DOS MEMBROS INFERIORES ATENDIDOS PELO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER II) DE GIRUÁ - RS

Tese de Doutorado

Cruz Alta – RS, 2026

Paolo Gomes Palmeiro

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA A PARTIR DO OLHAR DOS SUJEITOS EM CONDIÇÃO DE USO DE PRÓTESE DOS MEMBROS INFERIORES ATENDIDOS PELO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER II) DE GIRUÁ – RS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo de Rosso Krug

Cruz Alta – RS, abril 2026

P172p Palmeiro, Paolo Gomes
A percepção da qualidade de vida a partir do olhar dos sujeitos em condição de uso de prótese dos membros inferiores atendidos pelo centro especializado em reabilitação (CER II) de Giruá - RS/ Paolo Gomes Palmeiro. – Cruz Alta, 2026.
150 f.; PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade de Cruz Alta (Unicruz), Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social, Cruz Alta, 2026.
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo de Rosso Krug.

1. Reabilitação – Pessoas amputadas. 2. Protetização. 3. Qualidade de vida – Pessoas usuários de prótese. I. Krug, Rodrigo de Rosso. II. Título.

CDU 816-089.843(816.5)

Catalogação Bibliotecária Eliane Catarina Reck da Rosa CRB-10/2404

Universidade de Cruz Alta – Unicruz
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão
Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social
Linha de Pesquisa: Práticas Socioculturais e Sociedade Contemporânea

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA A PARTIR DO OLHAR DOS SUJEITOS EM CONDIÇÃO DE USO DE PRÓTESE DOS MEMBROS INFERIORES ATENDIDOS PELO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER II) DE GIRUÁ – RS

Elaborado por

Paolo Gomes Palmeiro

Como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social.

Comissão Examinadora:

_____
Prof. Dr. Rodrigo de Rosso Krug (Orientador) – UNICRUZ

_____
Prof.ª Dr.ª Solange Beatriz Billig Garces - UNICRUZ

_____
Prof.ª Dr.ª Fernanda Dal Masso Camera – URI

_____
Prof.ª Dr.ª Eliane Roseli Wilkelmann - UNIJUÍ

Cruz Alta – RS, _____de_____de_____

RESUMO

A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA A PARTIR DO OLHAR DOS SUJEITOS EM CONDIÇÃO DE USO DE PRÓTESE DOS MEMBROS INFERIORES ATENDIDOS PELO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER II) DE GIRUÁ – RS

Autor: Paolo Gomes Palmeiro
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo de Rosso Krug

Esta tese de doutorado teve como objetivo analisar a qualidade de vida de pessoas amputadas usuárias de prótese, atendidas pelo Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS. A investigação partiu da compreensão de que o processo de reabilitação não se restringe aos aspectos físicos e funcionais, mas envolve dimensões subjetivas, emocionais, sociais e contextuais. Com abordagem qualitativa e quantitativa, esta pesquisa descritiva teve como participantes oito indivíduos amputados cadastrados no banco de dados do Centro regional de Fisioterapia na cidade de Giruá-RS, foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico com perguntas abertas e fechadas, e o questionário SF-36, amplamente reconhecido para mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde. A análise dos dados foi conduzida por meio da Análise Textual Discursiva (ATD), aplicada às falas dos participantes, aliada à leitura interpretativa dos escores do SF-36. Os resultados revelaram categorias centrais como reaprendizado da marcha, aceitação da nova condição corporal, adaptação à prótese, rede de apoio e percepção subjetiva de bem-estar. A triangulação entre os dados qualitativos e quantitativos evidenciou convergências importantes entre discurso e indicadores objetivos, ao mesmo tempo em que revelou nuances da experiência de reabilitação que não são captadas por instrumentos padronizados. A pesquisa conclui que a qualidade de vida dos sujeitos está relacionada não apenas ao desempenho funcional, mas à forma como cada um ressignifica sua trajetória após a amputação, mobilizando recursos pessoais, familiares e institucionais. O estudo reforça a importância de abordagens integradas, sensíveis às singularidades da experiência humana em contextos de deficiência e reabilitação.

Palavras- chave: Reabilitação; Amputação; Prótese; Qualidade de vida; Saúde.

THE PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE FROM THE PERSPECTIVE OF INDIVIDUALS USING LOWER LIMB PROSTHESES ASSISTED BY THE SPECIALIZED REHABILITATION CENTER (CER II) OF GIRUÁ – RS, BRAZIL

Author: Paolo Gomes Palmeiro
Advisor: Prof. Dr. Rodrigo de Rosso Krug

This research aimed to analyze the quality of life of amputee prosthesis users assisted by the Regional Center for Physical Rehabilitation of Giruá – RS, Brazil. The investigation was based on the understanding that the rehabilitation process is not limited to physical and functional aspects, but also involves subjective, emotional, social, and contextual dimensions. A qualitative and quantitative approach was adopted, using a sociodemographic questionnaire with open and closed questions and the SF-36 questionnaire, which is widely recognized for measuring health-related quality of life. Data analysis was conducted through Textual Discourse Analysis (ATD), applied to the statements of eight participants with lower-limb amputations, in combination with an interpretative reading of the SF-36 scores. The results revealed core categories such as relearning how to walk, acceptance of the new bodily condition, prosthesis adaptation, support networks, and subjective perceptions of well-being. The triangulation of qualitative and quantitative data highlighted important convergences between discourse and objective indicators, while also revealing nuances of the rehabilitation experience that are not captured by standardized instruments. The study concludes that the participants' quality of life is not only linked to functional performance but also to how each individual resignifies their trajectory after amputation, mobilizing personal, familial, and institutional resources. The findings reinforce the importance of integrated approaches that are sensitive to the singularities of the human experience in contexts of disability and rehabilitation.

Keywords: Rehabilitation; Amputation; Prosthesis; Quality of Life; Textual Discourse Analysis; SF-36.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi desenvolvida com o apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, na Modalidade I.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Níveis de amputação.....41
Figura 2 - Níveis de amputação e desarticulação do pé.....42
Figura 3 - Prótese exoesquelética esculpida em madeira.....46
Figura 4 - Prótese endoesquelética 46

LISTA DE QUADROS

Quadro – 1:Trabalhos encontrados 26

Quadro – 2: Processo de reabilitação física por prótese.....46

Quadro – 3:Perfil Sociodemográfico e condições dos participantes 85

Quadro – 4: Condições de saúde dos participantes.....85

Quadro – 5: Dados Sociodemográficos 86

Quadro – 6: Tabela Consolidada do SF-36.....90

Quadro – 7: Categorias coletivas: Desafios no processo de reabilitação protética e domínios relacionados do SF-36.....92

Quadro – 8: Categorias coletivas: Adaptação à prótese e suporte recebido e domínios relacionados do SF-36.....97

Quadro – 9: Categorias coletivas: Percepção da qualidade de vida e domínios relacionados do SF-36.....99

Quadro – 10**:** Integração entre dados qualitativos (ATD) e quantitativos (SF-36).....104

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIS – Amputee Body Image Scale

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ATD – Análise Textual Discursiva

CER II – Centro Especializado em Reabilitação Tipo II

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CRRF – Centro Regional de Reabilitação Física

FIM – Functional Independence Measure

FMA – Fugl-Meyer Assessment

LCI – Locomotor Capabilities Index

PEQ – Prosthesis Evaluation Questionnaire

PPGPSDS – Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social

QV – Qualidade de Vida

SF-12 – Short Form 12 Health Survey

SF-36 – 36-Item Short Form Health Survey

SUS – Sistema Único de Saúde

TAPES – Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales

TUG – Timed Up and Go Test

UNICRUZ – Universidade de Cruz Alta

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-Bref – Versão reduzida do instrumento WHOQOL

6MWT – 6-Minute Walk Test

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO 9

1.1 Estado do conhecimento 24

2 CAPÍTULO II - CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA 31

2.1 Processo Epistemológico 31

2.1.2 Interdisciplinaridade 33

2.2 Processo Metodológico 34

3 CAPÍTULO III - AMPUTAÇÃO DE MEMBROS DO CORPO HUMANO E SUAS IMPLICAÇÕES 36

3.1 Os níveis de amputação de MMII 38

3.2 O processo de reabilitação das pessoas amputadas 41

3.3 As Próteses 42

3.4 A Atuação do Fisioterapeuta em caso de Protetização dos MMII 49

4 CAPÍTULO IV - A QUALIDADE DE VIDA E SUAS DIMENSÕES EM SAÚDE 51

5 CAPÍTULO V - O CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO (CER II) DE GIRUÁ – RS E A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PROTETIZADOS 56

6 CAPÍTULO VI - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: INSTRUMENTOS E APLICAÇÕES 67

CAPÍTULO 7 - RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS 80

7.1 Perfil dos participantes e condições de saúde 82

7.2 Resultados do SF-36 87

7.3 Desafios no processo de reabilitação protética 90

7.4 Adaptação à prótese e suporte recebido 94

7.5 Percepção da qualidade de vida.....98
7.6 Integração entre dados qualitativos e quantitativos.....101
8 CAPÍTULO 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....110
REFERÊNCIAS 125
APÊNDICES.....139
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA (ENTREVISTA).....140
APÊNDICE C - VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA.....141
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 142

1 CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O tema desta tese trata-se da percepção da qualidade de vida do paciente no processo de protetização, considerando que a amputação não pode ser tratada como se fosse o fim da capacidade funcional de uma pessoa, mas uma nova etapa da sua existência, que conta com a contribuição de equipe multiprofissional para trazer de volta a dignidade e situação funcional do paciente.

A amputação é a remoção de uma parte do corpo humano, pode ser parcial ou total. A cirurgia pode ser originada por fatores infecciosos, tumoral, inato, iatrogênica, vascular periférica e/ou por traumas (Jesus-Silva, 2017). A amputação tem por concepção, a ablação de um membro derivada em razão acidental ou por procedimento cirúrgico (Reis; Schwab; Neufeld, 2014).

Desta forma, o papel da ação clínica é manter controle da aflição sentida pelo paciente ou manipulação da doença que afeta o membro. Os acontecimentos mais frequentes para esse processo são: acidente, doença vascular e diabetes, podendo existir complicação em caso de tabagismo em associação ao processo de envelhecimento. Os processos históricos comprovam que há uma taxa alta de pessoas que tiveram o membro amputado por Diabetes Mellitus, essa é uma das razões genéricas do ato cirúrgico (Reis; Schwab; Neufeld, 2014).

Essa atividade pode promover transtornos e adequações na vida das pessoas que passam por esse procedimento, pois na maioria dos acontecimentos há a redução da capacidade laboral, social e da qualidade de vida (Jesus-Silva, 2017). As amputações causam mudanças funcionais, que envolvem o sistema osteomuscular com redução da mobilidade, estabilização e força, inclusive o cardiovascular, com alteração no sistema cardiovascular e consumo de energia, sendo imprescindível que haja a reabilitação.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017 p.142), a reabilitação é: “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”. Desta forma, a reabilitação de uma pessoa que passou por amputação é bem difícil e necessária para a conservação do corpo e futura protetização (Brasil, 2019).

Os dispositivos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) foram qualificados pela Associação Médica Brasileira (AMB), por meio da câmera técnica em implantes, que determina a prótese como um dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Essas são conhecidas como: interna ou implantada;

externa ou não implantada; implantada total ou parcialmente por ato cirúrgico ou percutâneo; estética, quando conserva somente o formato e a estética (São Paulo, 1988).

A pessoa amputada passa por etapas no processo de reabilitação, e a ação da equipe multidisciplinar é extremamente relevante. Esta conta com a participação de uma equipe de profissionais da área da saúde, dentre esses estão: o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo, contribuindo para o retorno da independência, recuperação da funcionalidade e assegurando o bem-estar (Brasil, 2013). Sendo assim, mesmo nas fases pré-protética, momento anterior ao recebimento da prótese, a pessoa que passou pela amputação é preparada e recebe orientação, assim como na pós-protetização, quando há a adequação desta prótese (Ribeiro, 2021).

O acompanhamento fisioterapêutico é de suma importância para que ocorra a reeducação funcional, todos os estágios do programa de reabilitação do estágio pré ao pós-operatório, da educação de mobilidade pré e pós-protética e, se necessário, dos cuidados de manutenção das funções musculoesqueléticas. Assim sendo, a presença do fisioterapeuta é importante no processo dinâmico, criativo, progressivo, educativo e objetiva `a restauração ótima do indivíduo, sua reintegração à família, comunidade e sociedade.

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada (Brasil, 2013), o período da reabilitação começa na fase pré-cirúrgica, quando há a avaliação do paciente, das condições gerais, da amplitude de movimento, da potência muscular do membro afetado e dos contralaterais, nível de independência nas atividades diárias, condição física, apoio familiar, do cuidador e social, também da orientação, ajuda psicológica, explicações sobre a nova etapa, dor e a reabilitação em tempo determinado.

A fisioterapia pós-protetização acontece por extenso momento de adaptação e treinamento com a prótese, podendo surgir adversidades, como desconforto, irritabilidade e diminuição da qualidade de vida (QV), afetando a independência e impedindo o desenvolvimento de atividades de vida diária. Deste modo, o protocolo da fisioterapia compreende a reabilitação da marcha com a prótese em vários locais (Vieira *et al.,* 2017).

Independentemente da causa da amputação, os fisioterapeutas têm um papel importante no programa de reabilitação. O início precoce do tratamento apropriado influencia o resultado da reabilitação, proporcionando um melhor bem-estar ao paciente. O enfaixamento do coto é uma técnica indispensável na reabilitação do paciente amputado. Os enfaixamentos com ataduras elásticas são úteis tanto na redução do edema como principalmente para moldar o coto para uma posterior protetização, tornando-o afunilado e apto a receber encaixe protético (Sampaio, 2002).

O processo de evolução tecnológica das próteses é essencial para o bem-estar das pessoas afetadas, tanto das próteses leves ou funcionais. Essas têm melhorias estéticas, semelhantes a membros naturais, proporcionando qualidade de vida, adesão e inclusão social (Pinheiro; Gueterres, 2017); permitindo ampla funcionalidade, melhora da marcha, redução do gasto energético e satisfação do usuário, porém com o avanço das tecnologias, essas tornam-se inacessíveis, especialmente para usuários de próteses do SUS (Luz *et al.,* 2018).

Ressalta-se a necessidade de ver o paciente amputado dentro de um conjunto social, assim Lima *et al.* (2016) afirmam que a amputação é um problema de saúde pública tendo o público masculino como reincidente nesse processo, sendo comprovado que há maior descuido do homem em relação a cura, uso de drogas, especialmente das lícitas e o sedentarismo. Ainda Trilico *et al*. (2015) destacam que essa ação envolve critérios sociais, como a renda *per capita*. Coadunando com esses autores, Lima *et al.* (2016) pontuam que há predominância de pessoas que recebem salário mínimo, como fonte de renda mensal familiar. Por isso Schoeller (2013) pontua que é de extrema importância a atuação do serviço social em parceria com o tratamento de reabilitação física e mental dos pacientes, com vistas a conhecer o contexto de vida da pessoa amputada.

A amputação de membros inferiores representa não apenas uma condição clínica, mas uma ruptura profunda na vida do sujeito, com impactos diretos em sua autonomia, funcionalidade, autoestima e inserção social. Embora a prótese ofereça a possibilidade de resgate parcial dessas dimensões, sua efetividade está diretamente relacionada à forma como o indivíduo vivencia e resignifica essa nova condição. No entanto, observa-se que ainda há uma lacuna na literatura e nas práticas de saúde no que diz respeito à escuta qualificada da pessoa amputada, especialmente sobre como ela percebe sua própria qualidade de vida no processo pós-amputação e de reabilitação.

Nesse contexto, compreender a percepção de qualidade de vida de usuários de prótese atendidos pelo sistema público de saúde se torna fundamental para repensar políticas de atenção, acolhimento e acompanhamento multiprofissional. A realidade vivenciada por esses sujeitos é atravessada por desafios técnicos, emocionais, sociais e institucionais que precisam ser compreendidos de maneira integrada. É a partir dessa escuta sensível que se pode construir práticas mais efetivas de cuidado, que considerem o sujeito para além da reabilitação física, incluindo sua dimensão simbólica, subjetiva e relacional.

É nesse sentido que esta proposta de pesquisa pretende responder à seguinte problematização: Qual a percepção da qualidade de vida, a partir do olhar dos sujeitos em condição de uso de prótese de membros inferiores, atendidos pelo CER II de Giruá – RS?

Dessa forma, o objeto de pesquisa deste estudo são as percepções dos pacientes usuários de próteses que foram atendidos no CER II. Acredita-se que com a observação e escuta dessas pessoas há grande possibilidade de conhecer e entender de forma aprofundada sobre os serviços de fisioterapia no Centro Especializado em Reabilitação (CER II), em Giruá – RS.

Esta pesquisa vem ao encontro dos objetivos do Programa de Pós -Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social, da Universidade de Cruz Alta, tendo em vista que envolve ações e práticas sociais efetivadas pelas comunidades loco-regionais e sua relação com o desenvolvimento humano e social. Alinhada à linha de pesquisa Práticas Socioculturais e Sociedade Contemporânea, que analisa as formas de interação, produção de sentidos e construção de identidades em diferentes contextos. Busca compreender como as práticas socioculturais influenciam e são influenciadas pelos processos históricos, políticos e econômicos, bem como refletir sobre os desafios e transformações que marcam as relações humanas.

Sendo assim, o desenvolvimento da presente Tese justifica-se por interesses pessoais e acadêmicos, sendo que academicamente se justifica pelo fato de que o profissional da fisioterapia tem grande contribuição para promoção da QV e na reabilitação protética de pessoas que passaram por amputação em membros inferiores e seus níveis.

Ainda justifica-se esta tese tendo em vista que o estudo da qualidade de vida (QV) constitui-se em uma dimensão essencial para a compreensão do processo saúde-doença, na medida em que permite avaliar não apenas parâmetros clínicos ou funcionais, mas a forma como os indivíduos percebem e vivenciam sua condição de saúde. A Organização Mundial da Saúde – OMS (2017) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores nos quais está inserido, em relação a seus objetivos, expectativas e preocupações. Essa definição destaca o caráter multidimensional do conceito, que envolve domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais.

No campo da saúde, a análise da QV tornou-se fundamental porque amplia a visão tradicionalmente biomédica e centrada em indicadores objetivos, incorporando a perspectiva subjetiva do paciente. Isso significa que, para além da sobrevida ou da funcionalidade mensurável, importa compreender como a doença, a incapacidade ou o tratamento interferem na autonomia, nas relações sociais, no bem-estar emocional e no projeto de vida de cada sujeito.

Dessa forma, o estudo da QV é uma ferramenta relevante para, subsidiar práticas clínicas, orientando intervenções centradas no paciente e adequadas ao seu contexto; avaliar políticas públicas de saúde, uma vez que indicadores de QV complementam dados epidemiológicos e de morbidade; mensurar o impacto de tecnologias em saúde, como próteses

e tratamentos de reabilitação, não apenas em termos funcionais, mas no cotidiano real dos usuários; dar visibilidade às narrativas dos sujeitos, integrando dimensões objetivas e subjetivas da experiência de viver com determinada condição.

No caso específico das pessoas amputadas e em processo de protetização, a investigação da qualidade de vida assume papel ainda mais estratégico. A amputação não é apenas um evento cirúrgico, mas uma experiência que reorganiza identidades, papéis sociais e perspectivas de futuro. Assim, compreender a QV nesse contexto significa avaliar como saúde, funcionalidade e subjetividade se articulam, fornecendo subsídios tanto para a equipe multiprofissional quanto para a formulação de políticas públicas mais sensíveis às demandas dessa população.

Nesse sentido, estudar a QV nos aspectos da saúde não é apenas um recurso avaliativo, mas um imperativo ético e social, pois possibilita que os indivíduos sejam reconhecidos em sua integralidade e que o cuidado em saúde seja orientado para além da cura, incorporando a promoção do bem-estar, da autonomia e da dignidade humana.

O estudo da qualidade de vida (QV) em pessoas amputadas que utilizam prótese é de extrema relevância, pois esse grupo vivencia alterações profundas não apenas no corpo, mas em toda a sua existência social, emocional e funcional. A amputação de membros inferiores, independentemente de sua etiologia, traumática, vascular, infecciosa ou congênita, impacta diretamente na mobilidade, no desempenho laboral, na autonomia e na inserção social do indivíduo.

A protetização surge como recurso indispensável para a recuperação da funcionalidade e da dignidade, mas seu impacto efetivo só pode ser compreendido a partir da percepção dos próprios usuários.

Investigar a qualidade de vida desses sujeitos permite compreender se e como a prótese cumpre seu papel de promover independência, reintegração social e bem-estar, revelando também barreiras físicas, psicológicas, sociais e institucionais que podem comprometer o processo. Os estudos de Akyol *et al.,* (2013) mostram que, para além da adaptação física, fatores como a dor no coto, o desconforto no uso, o peso da prótese, o acesso a tecnologias mais modernas e o suporte multiprofissional interferem de forma decisiva na experiência com o dispositivo. Nesse sentido, a análise da QV possibilita identificar tanto os benefícios reais da protetização quanto as limitações vividas pelos usuários.

Outro ponto importante que justifica a realização desta tese, é a escassez de pesquisas qualitativas que deem visibilidade às narrativas dos amputados, especialmente em contextos loco-regionais e de atendimento público (Bergo; Prebianchi, 2018). A maior parte das investigações centra-se em medidas quantitativas, como o SF-36 ou o WHOQOL-BREF, que

embora úteis, não captam integralmente os sentidos atribuídos pelos sujeitos à sua experiência (Akyol *et al.,* 2013). Nesse cenário, a articulação de métodos quantitativos e qualitativos, como a aplicação de questionários padronizados associada à Análise Textual Discursiva (ATD), oferece uma abordagem mais abrangente e sensível. Este estudo, ao aliar instrumentos padronizados à análise qualitativa do discurso dos pacientes, contribui para preencher essa lacuna, oferecendo subsídios para a prática clínica e para o desenvolvimento de políticas públicas de reabilitação.

Assim, estudar a QV em amputados usuários de prótese não apenas contribui para avançar o conhecimento científico, mas também para aperfeiçoar a prática clínica multiprofissional e subsidiar políticas públicas voltadas a essa população. Mais do que mensurar indicadores, trata-se de compreender a experiência humana de viver com uma prótese, reconhecendo seus desafios e potencialidades, e garantindo que o cuidado em saúde esteja alinhado à promoção da autonomia, da inclusão social e da dignidade.

Ainda destaca-se o fato de que em nosso país, os dados populacionais apontam um crescimento no número de amputações entre jovens, especialmente aqueles referentes a causas traumáticas (Barbosa *et al*., 2016). Entretanto, existe um número relativamente reduzido de estudos que abordam a complexidade dos fatores que influenciam sobre a percepção da QV dos pacientes amputados (Akyol *et al*., 2013).

Nos aspectos pessoais justifica-se a realização desta tese pelo fato de haver uma inquietação do pesquisador em entender e conhecer como acontece a protetização nos casos de amputação de membros inferiores, já que reside nas proximidades do Centro Especializado em Reabilitação (CER II), no município de Giruá – (RS). Assim, o pesquisador teve por interesse adquirir conhecimentos sobre os usuários de próteses de membros inferiores, de forma profunda e concisa. A graduação me trouxe uma inquietação e uma curiosidade sobre a reabilitação de pessoas com algum tipo de amputação, esse processo permite que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e social funcional melhor após sua amputação, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida.

O estágio realizado no hospital acabou por aguçar ainda mais esse interesse pois a protetização feita no hospital trazia muitos benefícios e a melhoria na qualidade de vida de muitos pacientes que tinham seus membros amputados. Entendo que a profissão de fisioterapeuta requer estudos contínuos, para garantir maior atenção ao processo de evolução do paciente, respeitando as etapas e observando suas limitações.

As terapias realizadas em nível hospitalar visam reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações. Em algumas situações começa no pós-operatório imediato, sendo utilizado a individualização dos casos.

Desde a graduação, houve interesse nesses processos de reabilitação e protetização, nascendo assim um interesse nessa pesquisa e da qualidade de vida dos pacientes pós-amputação e o uso de próteses pode oferecer melhora na autoestima. Nesse contexto, a fisioterapia e os fisioterapeutas são de suma importância, uma vez que, esse profissional acompanha o processo de reabilitação de pacientes amputados em todos os estágios, desde o estágio pré-operatório, educação de mobilidade pré e pós protética, e se necessário, em cuidados de manutenção das funções musculoesqueléticas. Essa pesquisa foi feita por uma imensa curiosidade e uma total realização pessoal para que cada paciente após a amputação de algum membro consiga melhorar sua qualidade de vida, tanto no aspecto físico como também no psicológico e social.

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a percepção da qualidade de vida a partir do olhar dos sujeitos em condição de uso de prótese de membros inferiores atendidos pelo Centro Regional de Reabilitação da cidade de Giruá – RS. Parte-se do entendimento de que a qualidade de vida é um construto multifacetado, que envolve dimensões físicas, emocionais, sociais e funcionais, e que só pode ser plenamente compreendido quando considerada a partir da experiência vivida pelos próprios sujeitos.

Para alcançar esse objetivo geral, o estudo propõe, inicialmente, descrever as características sociodemográficas e de saúde dos usuários de próteses de membros inferiores atendidos pelo referido serviço, de modo a contextualizar as trajetórias individuais e coletivas dos participantes. Além disso, busca-se identificar os serviços prestados pelo Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS, analisando o nível de satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido no CER II. O estudo também se dedica a analisar os benefícios da protetização no processo de reabilitação, considerando seus impactos nos diferentes aspectos da qualidade de vida. Por fim, aprofunda-se a análise da percepção da qualidade de vida dos pacientes em condição de uso de prótese de membros inferiores, articulando os dados subjetivos obtidos por meio das falas dos participantes com os indicadores objetivos de saúde e funcionalidade, de forma a compreender como esses sujeitos avaliam sua própria condição de vida após a amputação e o uso da prótese.

Para atingir os objetivos propostos a metodologia utilizada visa compreender de forma qualitativa os resultados, por meio da Análise Textual Discursiva ATD (Moraes; Galliazzi, 2005) que consiste em uma metodologia de análise de dados qualitativos que se situa entre a

análise de conteúdo e a análise de discurso combinando a sistematização das unidades de sentido e da categorização com a interpretação aprofundada e subjetiva do pesquisador, buscando compreender o fenômeno investigado através de uma perspectiva hermenêutica e fenomenológica.

A investigação é caracterizada como uma pesquisa de campo, qualitativa com suporte quantitativo e descritiva, alinhada ao propósito de compreender a percepção da qualidade de vida de pessoas amputadas em processo de protetização. O estudo foi realizado no Centro Regional de Reabilitação (CER II) de Giruá/RS, instituição filantrópica de referência regional, vinculada ao Hospital São José, que atende pacientes em reabilitação física e visual.

Participaram da pesquisa 8 usuários de prótese de membros inferiores, selecionados a partir de critérios de inclusão (maiores de 18 anos, capacidade de responder ao questionário, experiência de amputação e participação em acompanhamento no CER II). A coleta de dados foi conduzida por meio de um questionário, elaborado pelo pesquisador e validado por especialistas, contemplando questões sociodemográficas, condições de saúde, processo de reabilitação e percepção da qualidade de vida.

O capítulo também apresenta os procedimentos éticos adotados, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 83074924.7.0000.5322) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando anonimato, confidencialidade e respeito aos participantes.

Além disso, são discutidos os benefícios esperados da pesquisa, tanto para os sujeitos ao terem suas vozes reconhecidas e validadas quanto para o serviço de reabilitação, que poderá utilizar os resultados para aperfeiçoar práticas e fortalecer a atuação multiprofissional. Por fim, o capítulo enfatiza a contribuição do estudo para o campo acadêmico, ao integrar métodos quantitativos e qualitativos na avaliação da qualidade de vida, e para a prática clínica, ao oferecer subsídios para melhorar os processos de reabilitação de amputados usuários de prótese.

Dessa forma, a pesquisa encontra-se estruturada em capítulos que articulam os referenciais teóricos, metodológicos e empíricos do estudo. No primeiro capítulo, é apresentada a introdução, contemplando a contextualização da temática relacionada à amputação, à protetização e à qualidade de vida, bem como a delimitação do problema de pesquisa, o objeto de estudo, a justificativa, os objetivos e os elementos gerais que orientam o desenvolvimento da investigação.

O segundo capítulo, aborda sobre os caminhos metodológicos e epistemológicos, tendo em vista que a escolha da epistemologia da interdisciplinaridade e das práticas sociais para o delineamento desta pesquisa justifica-se pela complexidade que envolve o estudo da qualidade

de vida em pessoas amputadas em processo de protetização. A amputação não é apenas um fenômeno clínico, mas uma condição que atravessa dimensões físicas, psicológicas, sociais, culturais e econômicas, exigindo um olhar que ultrapasse as fronteiras disciplinares tradicionais.

O Capítulo 3, em consonância com os objetivos específicos da pesquisa, reúne os pressupostos teóricos que fundamentam a investigação, abordando conceitos essenciais relacionados à amputação, ao uso de próteses e à atuação da fisioterapia no processo de reabilitação e promoção da qualidade de vida. Inicialmente, são apresentadas as principais causas de amputação, como doenças vasculares, complicações decorrentes do diabetes, traumas e neoplasias, destacando-se suas implicações físicas, psicológicas e sociais. Ressalta-se que a amputação, embora seja considerada um procedimento terapêutico de última instância, representa uma ruptura significativa na vida do sujeito, impactando diretamente sua mobilidade, autonomia, capacidade laboral e inserção social. Nesse contexto, discute-se também o papel da protetização como estratégia de reabilitação, analisando seus possíveis benefícios e limites na reconstrução da qualidade de vida dos usuários.

Na sequência, o capítulo descreve os diferentes níveis de amputação e suas repercussões na reabilitação, indicando desde amputações parciais do pé até níveis mais complexos, como a desarticulação do quadril e a hemipelvectomia. Discute-se ainda como cada nível impõe desafios específicos à adaptação protética e à funcionalidade, o que exige planejamento clínico adequado e suporte multiprofissional.

Outro ponto central é a análise das próteses de membros inferiores, abordando sua evolução histórica, tipos (exoesqueléticas e endoesqueléticas), componentes e possibilidades de adequação. O capítulo destaca que, mais do que dispositivos técnicos, as próteses representam instrumentos de reintegração social e simbólica, capazes de favorecer a autonomia, a imagem corporal e a participação comunitária. Entretanto, também são reconhecidas as limitações relacionadas ao acesso, aos custos e às dificuldades de adaptação.

O texto enfatiza de maneira especial a atuação da fisioterapia em todas as etapas do processo de reabilitação: desde o preparo do coto e o controle da dor no pós-operatório, passando pela fase pré-protética, até o treino de marcha com a prótese e o acompanhamento em longo prazo. São discutidas técnicas específicas, como o enfaixamento do coto, a dessensibilização, a cinesioterapia, a hidroterapia, o uso de eletroterapias (TENS, ultrassom, laserterapia) e protocolos de fortalecimento e treino funcional. Ressalta-se que o fisioterapeuta, inserido em uma equipe multiprofissional, contribui para a reeducação funcional, e para a promoção do bem-estar, da inclusão social e da qualidade de vida.

Assim, este capítulo estabelece a base conceitual e prática indispensável para compreender como a amputação e a protetização impactam a vida dos indivíduos, reforçando o papel do cuidado multiprofissional na reabilitação e situa a qualidade de vida como eixo central de análise nesta pesquisa.

Já no quarto capítulo será descrito especificamente o conceito de qualidade de vida, tema central desta pesquisa. Inicialmente, discute-se a evolução histórica do termo, desde os primeiros estudos ligados à medicina e à saúde pública até a consolidação de instrumentos de avaliação como o WHOQOL e o SF-36, ressaltando sua natureza multidimensional e dinâmica. O texto também aborda as contribuições de diferentes áreas do conhecimento, filosofia, psicologia, economia e saúde, para a construção do conceito de qualidade de vida, evidenciando a ampliação da análise para além dos aspectos puramente clínicos, incluindo fatores psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

Além de destacar as definições clássicas da Organização Mundial da Saúde, o capítulo problematiza os desafios metodológicos e a necessidade de considerar a percepção individual do paciente como parte fundamental na avaliação. Sob esse viés, a qualidade de vida de pessoas amputadas com prótese é apresentada como resultado de um processo complexo, que envolve não apenas a funcionalidade física, mas também a reconstrução da identidade corporal, a autoimagem, o suporte social e os mecanismos de enfrentamento pessoal. Nesse capítulo também são discutidas de maneira aprofundada as implicações da qualidade de vida para pacientes usuários de prótese, enfatizando como a protetização pode ressignificar o corpo e a vida do indivíduo, ao mesmo tempo em que apresenta novos desafios de ordem clínica, social e emocional.

Como forma de contemplar os objetivos específicos de - Descrever a caracterização sociodemográfica dos usuários de próteses de MMII atendidos pelo Centro Regional da cidade de Giruá -RS. Identificar os serviços prestados pelo Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS, bem como o nível de satisfação dos usuários de próteses atendidos pelo CER - II. Investigar os benefícios e malefícios da protetização no processo de reabilitação, nos aspectos da qualidade de vida dos usuários

O capítulo situa o CER II de Giruá na macrorregião Centro-Oeste, evidenciando seu caráter de referência regional e a integração com o Hospital Vida & Saúde (HVS) de Santa Rosa, responsável pela gestão e suporte técnico-administrativo do serviço. Registra investimentos recentes (reforma com recursos estaduais; inauguração das melhorias; incorporação institucional pelo HVS), a capacidade de atendimento (cerca de 600 pacientes/mês) e a abrangência territorial (cerca de 90 municípios), ressaltando o papel do

centro na redução de deslocamentos, na adesão ao tratamento e na manutenção de cuidados próximos à rede de apoio familiar e comunitária.

Ao articular filantropia, gestão profissionalizada e políticas públicas, o CER II materializa na prática os princípios do SUS (universalidade, integralidade, regionalização), expandindo acesso a tecnologias assistivas (concessão, adaptação e manutenção de próteses) e a reabilitação multiprofissional (fisioterapia, TO, fonoaudiologia, ortopedia, neurologia, oftalmologia, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social).

Apresenta evidências de melhoras mensuráveis, como os resultados obtidos na Medida de Independência Funcional e no Teste Timed Up and Go, além de outros índices de independência, reforçando que a reabilitação intra-hospitalar e a continuidade do cuidado no CER II aceleram o retorno às Atividades da Vida Diária (AVDs), reduzem o tempo de internação e os custos assistenciais, além de fortalecerem a reintegração social e laboral. Nesse arranjo, a especialização da equipe, a educação em saúde e a corresponsabilização do paciente figuram como pilares para resultados sustentáveis, posicionando o CER II de Giruá como dispositivo regional estratégico para a assistência a amputados usuários de prótese e demais pessoas com deficiência em reabilitação.

Sobre os serviços prestados no CER II de Giruá – RS, com a listagem das salas, equipamentos, imagens sem identificação das pessoas, número de profissionais e as suas funções, tempo de trabalho de cada profissional, formação acadêmica desses profissionais, entre outros dados que possam contribuir para entendimento da atuação e os serviços prestados no CER II de Giruá.

Para a continuidade da tese, o Capítulo VI apresenta e problematiza os instrumentos de avaliação da qualidade de vida (QV) e da funcionalidade aplicados a pessoas com amputação, descrevendo sua evolução histórica, seus fundamentos psicométricos e seus campos de aplicação. Parte-se da constatação de que não existe um padrão-ouro para a avaliação de pessoas amputadas e de que os questionários genéricos, como o Questionário de Saúde SF-36 (Short Form Health Survey) e o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL), bem como instrumentos específicos, como o Questionário de Avaliação da Prótese (Prosthesis Evaluation Questionnaire – PEQ), a Avaliação de Fugl-Meyer (Fugl-Meyer Assessment – FMA), a Escala de Experiência com Amputação e Prótese de Trinity (Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales – TAPES-R) e a Escala de Imagem Corporal para Amputados (Amputee Body Image Scale – ABIS), capturam dimensões distintas da experiência dos sujeitos. Assim, o capítulo demonstra por que a combinação de diferentes medidas, e não o uso isolado de um

único instrumento, constitui a estratégia metodológica mais adequada para compreender a complexidade do fenômeno investigado.Como trabalharemos, nesta tese, com questionários validados, torna-se essencial explicitar o que são esses instrumentos, como são construídos e validados (validade, confiabilidade, responsividade, interpretabilidade, em que contextos devem ser aplicados (clínico, comunitário, pesquisa) e quais critérios orientam sua escolha (perfil do público, cultura/idioma, objetivos do estudo, ambiente de aplicação). Ao esclarecer essas bases, o capítulo fornece transparência metodológica para as decisões tomadas no delineamento da pesquisa e cria parâmetros de leitura crítica dos resultados apresentados nos capítulos empíricos.

Além de mapear os instrumentos mais recorrentes em amputação (p. ex., SF-36/SF-12; WHOQOL/WHOQOL-Bref; PEQ; FIM; Índice de Barthel; LCI; TUG; 6MWT), o texto discute forças e limites de cada família de medidas: os genéricos ampliam a comparabilidade entre grupos e contextos, mas não captam por completo aspectos específicos da amputação (encaixe, conforto térmico, imagem corporal, sentidos identitários); os específicos descrevem com maior fidelidade a experiência protésica, mas reduzem a comparabilidade e exigem validação local. Ao explicitar tais *trade-offs*, o capítulo antecipa como e porque interpretaremos diferenças de escore entre domínios e instrumentos, evitando leituras simplistas.

A importância deste capítulo, portanto, é dupla: (1) fundamentar a opção metodológica da tese baseada no uso de questionários validados e em sua articulação com análises qualitativas e (2) equipar o leitor com um quadro de referência para compreender o que cada instrumento de QV/funcionalidade efetivamente mede, quais dimensões permanecem fora do seu alcance e por que adotamos uma abordagem combinada (medidas genéricas + específicas), coerente com o objetivo de captar tanto indicadores padronizados quanto nuances da experiência dos usuários de prótese.

Em síntese, este capítulo conecta o método aos resultados: ao explicar “o que são” e “o que fazem” os questionários, ele sustenta a interpretação crítica dos achados da pesquisa, assegura coerência interna ao trabalho e reforça a finalidade central da tese.

O capítulo 7 corresponde ao núcleo empírico desta tese, no qual são apresentados e discutidos os resultados obtidos a partir da aplicação dos questionários de avaliação de qualidade de vida, analisadas por meio da Análise Textual Discursiva (ATD). Trata-se do momento em que os referenciais teóricos e metodológicos discutidos nos capítulos anteriores são mobilizados para interpretar os dados coletados junto aos participantes, possibilitando a construção de um olhar abrangente sobre a percepção da qualidade de vida de pessoas amputadas usuárias de prótese.

Neste capítulo, os questionários padronizados (como o SF-36) e o questionário elaborado pelo autor são analisados em seus domínios, evidenciando dimensões físicas, emocionais, sociais e funcionais da experiência dos participantes. Esses resultados quantitativos oferecem um panorama objetivo e comparável, permitindo identificar padrões de resposta e diferenças relevantes entre os domínios avaliados.

Complementarmente, os dados qualitativos, tratados pela ATD, possibilitam aprofundar o sentido das respostas, dando visibilidade às narrativas dos sujeitos, às suas percepções de ganho e perda, aos desafios no processo de adaptação e ao papel da rede de apoio social e familiar.

A importância deste capítulo reside, portanto, em ser o espaço de síntese e interpretação crítica: os resultados não aparecem apenas de forma descritiva, mas são problematizados à luz da literatura e das discussões teóricas sobre amputação, prótese e qualidade de vida. Dessa forma, o capítulo contribui para responder ao problema de pesquisa, validar (ou tensionar) a hipótese proposta e evidenciar as contribuições do estudo tanto para a prática clínica e multiprofissional quanto para a formulação de políticas públicas voltadas à reabilitação.

Em síntese, o Capítulo 7 representa o ápice do trabalho investigativo, pois conecta a realidade vivida pelos participantes com os fundamentos conceituais e metodológicos da tese, possibilitando não apenas a análise de indicadores, mas a compreensão crítica e humanizada da qualidade de vida em amputados usuários de prótese.

A avaliação da qualidade de vida em pessoas amputadas tem sido historicamente conduzida por meio de questionários padronizados, como o SF-36, o WHOQOL-BREF e instrumentos específicos, a exemplo do *Prosthesis Evaluation Questionnaire* (PEQ). Esses recursos apresentam inegável relevância, pois possibilitam comparações entre grupos, padronização de medidas e análise estatística robusta (Ware; Sherbourne, 1992; Sinha *et al.,* 2014). Entretanto, sua natureza essencialmente quantitativa e estruturada implica uma limitação: ainda que sejam capazes de mensurar o “quanto” da qualidade de vida, dificilmente alcançam o “como” e o “porquê” esses indivíduos vivenciam sua condição.

Nesse ponto, a Análise Textual Discursiva (ATD) mostra-se um recurso metodológico complementar de grande valor. Enquanto os questionários traduzem a experiência em escores numéricos, a ATD, ao trabalhar com discursos, narrativas e respostas abertas, permite identificar sentidos emergentes que extrapolam as dimensões previamente definidas pelos instrumentos. O processo de unitarização, categorização e metatextualização dá visibilidade à experiência subjetiva, revelando aspectos que os questionários não contemplam.

Dessa forma, a integração entre questionários quantitativos e a ATD não apenas amplia a compreensão dos dados, como também garante triangulação metodológica, fortalecendo a validade da pesquisa. Os questionários fornecem indicadores comparáveis e reconhecidos pela literatura internacional, enquanto a ATD ilumina as vozes dos participantes, oferecendo densidade interpretativa e revelando nuances de sentido. Essa complementaridade permite que a avaliação da qualidade de vida em amputados com prótese não se restrinja a índices estatísticos, mas se constitua como uma análise crítica e situada da experiência humana.

O estado do conhecimento sobre próteses e qualidade de vida em 2025 indica avanços inovadores na tecnologia das próteses, com impacto direto na melhoria da autonomia, mobilidade e qualidade de vida dos usuários. Estudos recentes destacam propostas mais leves, eficientes e acessíveis, além da importância de programas de reabilitação integrados para potencializar benefícios. A qualidade de vida não depende apenas da prótese, mas também de programas de reabilitação personalizados, treinamento funcional e apoio psicossocial. Ensaios clínicos com acompanhamento prolongado buscam avaliar os benefícios em diferentes perfis de usuários para garantir maior adesão e satisfação. Aspectos como comorbidades, faixa etária, tipo de amputação e contexto social são fundamentais para o sucesso da adaptação à prótese

Os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenhando papel essencial na promoção da autonomia, inclusão social e melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência física. Estudos recentes evidenciam que os CERs, especialmente aqueles classificados como CER II, são fundamentais no atendimento a pacientes amputados, oferecendo serviços que vão desde a avaliação e prescrição de órteses e próteses até o acompanhamento fisioterapêutico e psicossocial (Brasil, 2017; Silva *et al.,* 2020).

Entretanto, ainda há lacunas quanto à análise da efetividade desses serviços no contexto regional, bem como sobre a percepção dos usuários em relação à reabilitação, ao processo de adaptação e ao suporte oferecido pela equipe multiprofissional. Compreender essas dimensões é essencial para avaliar o alcance das políticas públicas de saúde e aprimorar as práticas de reabilitação física no SUS.

1.2 Estado do Conhecimento

Entende-se que a organização metodológica de uma pesquisa precisa ser planejada de forma criteriosa desde sua concepção inicial. Para assegurar consistência e rigor científico, realizou-se um levantamento do estado do conhecimento, procedimento que, conforme Morosini, Santos e Bittencourt (2021), constitui uma estratégia metodológica sistemática voltada à identificação, registro e categorização crítica de produções acadêmicas em determinado campo do saber, delimitado por recortes temporais e espaciais específicos.

O Estado do Conhecimento caracteriza-se como uma modalidade investigativa de natureza predominantemente quantitativa, fundamentada no mapeamento de estudos já publicados sobre um determinado tema, reunidos a partir de catálogos institucionais, bancos de teses e dissertações, repositórios universitários, associações científicas e agências de fomento. De acordo com Soares (1987), a compreensão do conjunto de pesquisas desenvolvidas em uma área, em dado momento histórico, é fundamental para o avanço da ciência, pois permite organizar sistematicamente os resultados já alcançados, integrar perspectivas distintas, identificar possíveis repetições ou contradições e, sobretudo, evidenciar lacunas e vieses ainda presentes na produção acadêmica.

Ao reconhecer a relevância desse mapeamento, torna-se possível delimitar com maior precisão a problemática de uma nova investigação. O Estado do Conhecimento não apenas oferece um panorama do que já foi produzido, mas também contribui para a identificação de caminhos ainda pouco explorados ou não investigados. Assim, busca-se avançar na produção científica ao abordar temas com menor incidência de estudos ou ao propor novas perspectivas analíticas para questões já debatidas, promovendo a renovação e o aprofundamento do campo investigativo.

Para viabilizar a investigação proposta, a busca por produções acadêmicas já existentes na área foi realizada por meio do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), instituído pela Portaria nº 13/2006. Essa base reúne resumos de teses e dissertações defendidas nos Programas de Pós-Graduação do país, constituindo-se como importante ferramenta de consulta bibliográfica. O sistema disponibiliza registros desde 1987, permitindo um mapeamento abrangente da produção científica nacional.

Conforme informações do Portal da CAPES, os dados inseridos no Banco de Teses e Dissertações (BTD) são enviados diretamente pelos programas de pós-graduação, que assumem a responsabilidade pela veracidade das informações. Inicialmente, foram disponibilizados cerca

de 125 mil resumos referentes ao período de 1996 a 2001, obtidos por meio do sistema Coleta, desenvolvido em parceria com a área de informática da CAPES. Posteriormente, com o objetivo de ampliar e qualificar a base de dados, foram incorporadas referências de trabalhos defendidos desde 1987. Com a implementação da Plataforma Sucupira, o sistema de coleta de dados foi reformulado, passando a integrar essa nova plataforma, que atualmente concentra e atualiza anualmente as informações enviadas pelos programas de pós-graduação brasileiros.

A partir da busca realizada no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, utilizando o descritor "Qualidade de vida AND prótese AND amputados", foram identificados 22 trabalhos, sendo 12 dissertações de mestrado e 8 teses de doutorado. Ao aplicar o recorte temporal referente aos últimos cinco anos, o número de produções foi reduzido para 17, dentre as quais 9 dissertações de mestrado e 6 teses de doutorado. Para fins desta investigação, considerando tratar-se de uma pesquisa em nível de doutorado, os parâmetros de comparação foram estabelecidos prioritariamente com base nas teses de doutorado, por apresentarem maior aprofundamento teórico e metodológico. Os trabalhos encontrados foram:

Quadro 1 – Trabalhos encontrados.

Autor	Título	Ano
ANDRADE, Luciane Basilio Aledi	Intervenções para reabilitação motora em pacientes com amputação abaixo do joelho por doença arterial periférica ou diabetes melito – Revisão Sistemática Cochrane	2022
BALBI, Larissa Lavoura	Análise do padrão e funcionalidade da marcha em pacientes com amputação de membro inferior submetidos à protetização e reabilitação	2023
ALMEIDA, Leticia Vargas de	Protocolo de intervenção fisioterapêutica de fácil aplicabilidade: efeito clínico na marcha e na adaptação à prótese do indivíduo com amputação unilateral de membro inferior	2022
SOUZA, João Olegario de Oliveira de	Investigação de diferentes métodos e recursos para controle de prótese de mão através da classificação de sinais EMG via aprendizado de máquina	2021
XAVIER, Ricardo Taoni	Classificação com deep learning de sinais de uma interface neural HDsEMG para acionamento de neuropróteses transradiais	2021
TOSIN, Mauricio Cagliari	Desenvolvimento de metodologia baseada em aprendizado por reforço e sistema de inferência fuzzy para identificação e minimização de contaminantes em sinais de sEMG com aplicação em identificação de movimentos do segmento mão-braço	2023

Fonte: Elaborado pelo autor, 2025.

A tese de Andrade (2022) teve como objetivo avaliar e comparar a efetividade de intervenções para reabilitação motora em pacientes com amputação transtibial decorrente de doença arterial obstrutiva periférica ou diabetes. Trata-se de uma revisão sistemática de ensaios

clínicos randomizados e quase-randomizados, conduzida segundo os critérios metodológicos da *Cochrane Collaboration*, com busca em múltiplas bases de dados internacionais, sem restrição de idioma ou período. Foram incluídos três ensaios clínicos randomizados totalizando 61 participantes, nos quais se compararam intervenções como imaginação motora associada à prática de caminhada, protocolos distintos de treino de marcha e intervenções por telessaúde com mudança comportamental. Os desfechos analisados incluíram mobilidade, uso de prótese, dor fantasma, eventos adversos e qualidade de vida.

Os resultados apontaram evidências de baixa a muito baixa certeza quanto à efetividade das intervenções investigadas, indicando possível melhora nos parâmetros de mobilidade com protocolos de marcha, mas ausência de evidências robustas para melhora significativa na qualidade de vida ou no uso da prótese. A autora conclui pela escassez de estudos de alta qualidade metodológica na área. Diferentemente desta Tese, que investiga a percepção da qualidade de vida sob a perspectiva subjetiva dos usuários protetizados atendidos em um serviço específico, o estudo de Andrade concentra-se na análise da efetividade de intervenções motoras a partir de evidências quantitativas secundárias. Enquanto Andrade discute qualidade de vida como desfecho clínico mensurável em ensaios randomizados, essa tese propõe uma abordagem integrada entre dados quantitativos (SF-36) e qualitativos (ATD), priorizando a percepção do sujeito e o contexto institucional do CER II.

A tese de Almeida (2022) teve como objetivo investigar o efeito clínico de um protocolo de intervenção fisioterapêutica de fácil aplicabilidade sobre a marcha e a adaptação à prótese em indivíduos com amputação unilateral de membro inferior. Trata-se de um ensaio clínico randomizado com 26 participantes, divididos em grupo intervenção e grupo controle. O protocolo incluiu fortalecimento muscular do segmento do quadril, mobilização cicatricial, dessensibilização do coto e treino progressivo de marcha. A avaliação contemplou força muscular isométrica, parâmetros cinéticos e cinemáticos da marcha e medidas espaço-temporais.

Os resultados demonstraram melhora significativa na velocidade e cadência da marcha, aumento do comprimento do passo e da passada, além de melhora da força muscular, especialmente nos extensores e abdutores de quadril. A autora conclui que o protocolo proposto favoreceu a adaptação protética e a independência funcional. Diferentemente dessa tese, que investiga a percepção da qualidade de vida a partir do olhar do sujeito e integra medidas subjetivas e objetivas, Almeida enfatiza a eficácia de um protocolo fisioterapêutico específico com base em variáveis biomecânicas e desempenho físico. Seu foco está na intervenção clínica e na modificação de parâmetros motores, enquanto a tese aqui apresentada amplia a discussão

para a experiência vivida do amputado, considerando também dimensões psicossociais e percepção subjetiva de saúde.

A tese de Balbi (2023) teve como objetivo analisar a funcionalidade e o padrão da marcha de pessoas com amputação unilateral de membro inferior submetidas à protetização há mais de seis meses, além de validar instrumentos de autorrelato e testes de desempenho funcional. O estudo caracterizou-se como observacional transversal e incluiu aplicação de questionários (Houghton, PLUS-M/BR, SF-36), testes de desempenho como o teste de caminhada de dois minutos e análise biomecânica da marcha com avaliação espaço-temporal. A autora também analisou validade de construto e confiabilidade dos instrumentos aplicados.

Os resultados indicaram que as ferramentas avaliadas apresentaram validade e confiabilidade adequadas para a população estudada, além de evidenciar alterações espaço-temporais entre o membro amputado e o contralateral. A pesquisa destaca a importância de instrumentos combinados de avaliação subjetiva e objetiva para mensurar funcionalidade. Em comparação com esse trabalho apresentado, observa-se aproximação metodológica quanto ao uso de questionários de qualidade de vida e testes de desempenho. No entanto, enquanto Balbi centra-se na validação de instrumentos e análise biomecânica da marcha, esse trabalho direciona sua investigação à percepção da qualidade de vida em contexto real de atendimento no CER II, incorporando análise qualitativa por meio da ATD, o que amplia a compreensão para além da funcionalidade motora.

A tese de Xavier (2021) insere-se no campo da engenharia biomédica e teve como objetivo comparar modelos de redes neurais profundas (GoogLeNet e VGG19) aplicados ao reconhecimento de movimentos musculares por meio de sinais de eletromiografia de superfície de alta densidade (HDsEMG), visando ao acionamento de neuropróteses transradiais. A metodologia envolveu aquisição de sinais com interface neural multicanal, processamento por transformadas de wavelets e classificação com modelos de *deep learning* utilizando *transfer learning*. A avaliação do desempenho ocorreu por meio de métricas como acurácia, sensibilidade, especificidade e F1 Score.

Os resultados indicaram acurácia superior a 70%, com desempenho máximo de 85,66% no modelo VGG19. A pesquisa contribui para o avanço tecnológico no controle de próteses mioelétricas de membro superior. Enquanto essa tese, investiga qualidade de vida e percepção subjetiva de usuários de próteses de membro inferior, o estudo de Xavier concentra-se no aprimoramento tecnológico do acionamento protético por inteligência artificial. Seu foco está na interface neural e na otimização de classificadores, enquanto essa tese discute implicações clínicas, funcionais e psicossociais do uso da prótese em contexto de reabilitação pública.

A tese de Tosin (2023) propôs uma metodologia baseada em aprendizado por reforço e sistema de inferência fuzzy para identificação e minimização de contaminantes em sinais de eletromiografia de superfície (sEMG), aplicados ao reconhecimento de movimentos do segmento mão-braço. A pesquisa fundamenta-se em modelo agente-ambiente, utilizando método Ator-Crítico para treinamento online e técnicas de *Transfer Learning.* Foram analisados diferentes tipos de ruídos (ECG, artefato de movimento, interferência elétrica e ruído gaussiano) com taxas de identificação superiores a 90% para alguns contaminantes.

O estudo contribui para o desenvolvimento de sistemas mais robustos no controle de próteses mioelétricas. Diferentemente deste trabalho, cujo enfoque está na qualidade de vida e na experiência funcional de usuários de prótese de membro inferior, Tosin concentra-se na melhoria da precisão de sistemas de processamento de sinais para controle protético. Trata-se de uma investigação tecnológica voltada à engenharia de sinais, enquanto essa tese situa-se no campo da saúde coletiva e reabilitação, com abordagem integrada qualitativa e quantitativa.

A análise das produções acadêmicas identificadas evidencia que grande parte dos estudos concentram-se na dimensão biomecânica, tecnológica ou na eficácia de protocolos de reabilitação, privilegiando variáveis clínicas, desempenho funcional e desenvolvimento de dispositivos protéticos. Embora tais investigações sejam fundamentais para o avanço científico e tecnológico, observa-se que a dimensão subjetiva da experiência do amputado, especialmente no que se refere à percepção da qualidade de vida no contexto real de atendimento em serviços públicos de reabilitação, ainda é abordada de maneira incipiente. A predominância de metodologias quantitativas e experimentais reforça a necessidade de pesquisas que integrem diferentes perspectivas analíticas, ampliando o olhar para além da funcionalidade motora e do desempenho físico.

Nesse sentido, o presente estudo apresenta um diferencial ao articular dados quantitativos e qualitativos, integrando instrumentos padronizados de avaliação da qualidade de vida com a escuta sensível das narrativas dos próprios usuários de prótese. Seu caráter inovador reside na triangulação entre indicadores objetivos de saúde e análise interpretativa das falas, permitindo compreender não apenas o que pode ser mensurado, mas também aquilo que é vivido, sentido e ressignificado pelos sujeitos. Ao situar a investigação em um contexto institucional específico e ao priorizar a percepção dos participantes, esta pesquisa contribui para preencher lacunas identificadas na literatura, oferecendo uma abordagem mais ampla, contextualizada e humanizada da qualidade de vida de pessoas amputadas em processo de reabilitação.

2 CAPÍTULO II - CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Este capítulo apresenta os conceitos teóricos e os procedimentos adotados ao longo da pesquisa, com o propósito de explicitar as bases que sustentam a construção do conhecimento científico e orientar o percurso metodológico da tese. A reflexão aqui proposta busca articular as dimensões epistemológica e metodológica, evidenciando como ambas se complementam na estruturação do trabalho científico e na produção de um saber rigoroso, crítico e comprometido com a realidade investigada.

2.1 Processo Epistemológico

O processo epistemológico possibilita, segundo Leal *et al.* (2022), a constituição racional da informação científica, conhecimento, análise, envolve o processo gnosiológico da ciência sob aspecto lógico, linguístico, sociológico, interdisciplinar, político, filosófico e histórico.

Considerando que a palavra epistemologia significa episteme – ciência e logos – discurso, o estudo epistemológico é caracterizado pela reflexão crítica sobre a ciência, da sua disposição, desenvolvimento, funcionamento e das invenções intelectuais. Há, contudo, na linguagem filosófica, uma imprecisão e distinção de conceitos sobre a adequada definição da palavra (Bunge, 1980). Nesse estudo, o termo epistemologia segue a concepção de Brunyne, Herman e Schoutheete (1991), que indica a atenção crítica em todas as fases da pesquisa.

A Epistemologia tem por base a especificidade, a produção de respostas e classificações que aparecem pela necessidade e problemas sociais, com fundamento no esclarecimento e justificativa dos caminhos e das formas de preparação dos resultados (Gamboa, 2012). Conforme Martins e Théophilo (2008, p. 9): “a epistemologia, na condição de metaciência, exerce o papel de questionamento crítico dos fundamentos e princípios das diversas ciências”, sendo assim se trata de um estudo sistemático e reflexivo da ciência.

Para Martins e Théophilo (2008) compete à epistemologia a formulação de questões pertinentes ao problema científico investigado. Sendo assim, é a questão-problema que determina a efetividade científica, sua relação com o mundo e seus esclarecimentos dos eventos, já que contém aspectos da realidade a questões metodológicas diante do conjunto de assuntos teóricos e práticos que distinguem o objeto científico, como aspectos a serem solucionados.

A necessidade de desenvolver epistemologias que embasam o trabalho são contempladas também pelo Programa de Pós-graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Unicruz que é um programa de pós-graduação interdisciplinar, conforme a portaria Nº 997 de 23 de novembro de 2020 do Ministério da Educação, publicada no Diário Oficial da União seção 1, página 224, em 24 de novembro de 2020.

A linha de Práticas Socioculturais e Sociedade Contemporânea contempla:

> [...] investigar questões sociais, culturais, educacionais, políticas, econômicas, ambientais, dentre outras, analisando os reflexos das práticas socioculturais na experiência humana e na sua interconexão com o desenvolvimento humano e social sob uma perspectiva ética, emancipatória e democrática. Busca compreender como essas práticas influenciam identidades, valores e laços de pertencimento em comunidades locais e regionais, incentivando a participação ativa de indivíduos e grupos sociais por meio de ações coletivas e solidárias. A produção acadêmica estimula a intervenção social por meio de práticas que promovam inovação, sustentabilidade e mudanças nos diferentes contextos socioculturais. Propõe abordagens que potencializem o engajamento comunitário e o desenvolvimento de práticas que reforcem o compromisso com a equidade e a inclusão das minorias (UNICRUZ, 2025, n/p).

Toda essa estruturação lhe confere o seu caráter interdisciplinar que por meio dos diálogos com as diversas áreas disciplinares permite a diluição das fronteiras entre os conhecimentos, opondo-se ao modelo fragmentado e específico do saber. Entendendo que seu caráter interdisciplinar contempla as pesquisas na área da Saúde, esta tese adotou a Interdisciplinaridade e as Práticas Socioculturais, duas das epistemologias do programa, como forma de contemplar essa pesquisa que é de caráter interdisciplinar dentro da grande área da Saúde, Fisioterapia, Psicologia, Educação Física, Medicina, Sociologia e outras áreas que lhe interessem dialogar, e as Práticas Socioculturais como base para análise das práticas sociais em Saúde.

2.1.1 Práticas Socioculturais

As práticas socioculturais desenvolvidas ao longo das centenas de anos pela humanidade, cujas formas de representações sociais manifestam-se por meio de símbolos, crenças e interações entre os sistemas sociais e naturais, constituem-se nestes diferentes grupos como arcabouço de sua identidade.

A escolha de abordar a QV de pacientes com próteses de membros inferiores a partir de uma perspectiva sociocultural se justifica pela compreensão de que a saúde, o bem-estar e a experiência da deficiência não se limitam a aspectos físicos ou clínicos. Ao contrário, são

atravessados por valores, crenças, normas sociais, relações familiares e comunitárias, práticas de cuidado, acessibilidade e inclusão, todos elementos constitutivos das práticas socioculturais.

A utilização de próteses, por exemplo, não envolve apenas uma adaptação biomecânica ao corpo, mas também a forma como esse corpo é percebido e tratado socialmente. A maneira como a sociedade enxerga a deficiência, as políticas públicas de inclusão, os espaços de convivência e lazer, e os vínculos afetivos e de pertencimento influenciam diretamente na reintegração do sujeito à vida social, no desenvolvimento da autoestima e no sentimento de autonomia e dignidade.

Entender a QV como uma prática sociocultural significa reconhecer que ela é construída no dia a dia, nas interações sociais, nos acessos e nos obstáculos impostos por diferentes contextos culturais. Assim, esse enfoque permite uma análise mais sensível e abrangente das múltiplas dimensões que compõem a vida dos pacientes amputados, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e integral no cuidado em saúde.

Ademais, as práticas socioculturais têm um papel fundamental na qualidade de vida das pessoas, porque estão diretamente ligadas à forma como elas vivem, se relacionam, cuidam da saúde e percebem o mundo ao seu redor. Isso influencia em seu estilo de vida e saúde, nos laços comunitários e pertencimento, participação social, bem como na superação da desigualdade e preconceito, pois práticas culturais que fortalecem a identidade e o senso de pertencimento ajudam a melhorar a saúde mental e emocional dos pacientes.

2.1.2 Interdisciplinaridade

Segundo Fazenda (2011, p. 51), a interdisciplinaridade tem como característica a: “intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa”. Ainda Fazenda (1991, p.57) pontuou que a interdisciplinaridade: “é considerada como uma relação de reciprocidade, de mutualidade, ou sem regime de copropriedade, de interação, que irá possibilitar o diálogo entre os interessados”. De forma geral, a interdisciplinaridade é uma atitude que envolve a interface entre duas ou mais áreas do conhecimento.

Sendo assim, a interdisciplinaridade ou essa reunião de saberes possibilita que o pesquisador e os leitores compreendam de forma ampla a respeito da temática envolvida neste trabalho, já que essa ação promove uma relação de interdependência dos saberes e as suas vinculações.

Conforme Japiassu (1976, p.55-56), a interdisciplinaridade: “é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”, assim esse tema indica a precisão de ser criado um alicerce para novas disciplinas; a mudança de um saber fragmentado, já que a realidade tem muitas dimensões; orientada pelo campo da formação contra a particularização limitante e limitativa.

Assim sendo, na área da saúde, em especial na fisioterapia, há a necessidade de concretização de atividade interdisciplinar, principalmente, para o processo de democratização das relações de poder no setor da equipe profissional, distinguindo de forma dialética a necessidade de construção de saberes diferenciados sobre um mesmo objeto. Nesse contexto, Japiassu (1976) pontuou que a interdisciplinaridade incide sobre as maneiras de se pensar e atuar sob a ótica do individual e da coletividade, presentes na sociedade contemporânea.

Gattás (2006) afirmou que a área da saúde é tratada como uma área praticamente interdisciplinar, havendo necessidade de integração das disciplinas e o preparo de recursos humanos para atuação profissional. Assim sendo a interdisciplinaridade possibilita a formação de profissionais mais responsáveis e comprometidos com a realidade de saúde e os processos de transformação.

Sendo assim, esta pesquisa tem por intuito contribuir com as diversas áreas da saúde, como Fisioterapia, Psicologia, Educação Física, Medicina, Sociologia, dentre outras, tendo em vista que os estudos aqui referenciados convergem com essas áreas de estudo, podendo contribuir para que a os entendimentos sobre a recuperação do paciente e a qualidade de vida andem juntas na avaliação do paciente com amputação. Para que a abordagem da qualidade de vida, tema central desta tese seja expandida, se faz necessário o diálogo com outros profissionais, como com psicólogos, médicos, fisioterapeutas e educadores físicos, permeando assim na interdisciplinaridade, a fim de alcançar melhor qualificação nos desdobramentos do atendimento junto aos pacientes com amputação.

2.2 Processo Metodológico

O processo metodológico envolve a escolha da metodologia adotada, para a Tese, a seleção dos métodos que pode ser dedutivo ou indutivo; da tipologia de pesquisa e outros aspectos essenciais para desenvolvimento da pesquisa.

A metodologia adotada na pesquisa caracteriza-se como pesquisa de campo, qualitativa com suporte quantitativo. Segundo Minayo (2012), a abordagem qualitativa busca compreender

o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Já a pesquisa descritiva, conforme Gil (2008), tem como principal objetivo descrever as características de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, buscando compreender "o que é" e "como é" determinado fenômeno, sem, necessariamente, interferir nele. Assim, esse tipo de pesquisa permite obter informações detalhadas sobre situações reais e contextos específicos, possibilitando uma análise aprofundada da realidade investigada. Já as pesquisas descritivas descrevem as principais características de uma determinada população entre as variáveis estabelecidas no estudo (GIL, 2010).

O contexto de realização da pesquisa é o Centro Regional de Reabilitação no município de Giruá – RS que pertence à Associação de Literatura e Beneficência – Hospital São José, fundada em 30/08/1932, localizada na Avenida Presidente Vargas, nº. 867, Centro, Giruá/RS, inscrita no CNPJ nº. 92.962.869/0013-79, isenta de Inscrição Estadual, CNES nº. 2260069, representada por seu Diretor.

O Centro Regional de Reabilitação é uma instituição hospitalar sem fins lucrativos, Referência Regional de Média e Alta Complexidade em Reabilitação Física e Visual – CER II, bem como Referência Regional em Saúde da Mulher. Hospital Geral de pequeno porte, com 50 leitos. Possui uma unidade de atendimento da Saúde da Mulher junto ao município de São Luiz Gonzaga, para atender a região da 12ª Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS, onde são realizados exames de mamografia, ecografia, biópsias e consultas ginecológicas.

Desse modo, o Centro Regional de Reabilitação tem por visão a promoção de ações inovadoras em saúde e Qualidade de Vida, de forma autossustentável, com a participação de colaboradores e parceiros. Os seus valores são: a cordialidade nas relações, humanização, ética, justiça, conhecimento e sustentabilidade.

O Centro Regional de Reabilitação tem por missão o desenvolvimento das soluções em saúde com humanismo, profissionalismo, ética e segurança, está sempre em busca do melhor em estrutura física e humana para atender os usuários, e assim garantir a qualidade do serviço, valorizando a vida e promovendo a saúde. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar acompanhamento e cuidados qualificados para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde.

Sobre os participantes da pesquisa, conforme Santos (2007), a amostra é um ambiente onde se acha o elemento amostral, o objeto de mensuração que fornece as informações sobre a temática estudada. Já a população ou universo da pesquisa é uma série de elementos onde, cada um deles, tem uma ou mais características em comum, a amostra derivada dessa população, é uma parte da população da qual podem ser realizadas inferências.

Nesse sentido, participaram desta pesquisa oito (08) usuários atendidos pelo Centro Regional de Reabilitação (CER II) do município de Giruá – RS, que haviam passado por processo de amputação de membros inferiores e se encontravam em acompanhamento ou já haviam recebido atendimento no referido serviço. A participação ocorreu mediante autorização institucional para a realização da pesquisa (APÊNDICE A), sendo os participantes convidados a integrar o estudo de forma voluntária.

Foram adotados como critérios de inclusão: ser usuário do CER II de Giruá – RS; possuir idade igual ou superior a dezoito anos; ter passado por processo de amputação de membro inferior; apresentar condições cognitivas e comunicativas para responder aos instrumentos de pesquisa; e aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não possuíam vínculo com o serviço, que não atendiam aos critérios estabelecidos ou que não assinaram o TCLE (APÊNDICE B).

Os instrumentos da pesquisa, de acordo com Weller (2006), são essenciais para que o pesquisador obtenha informações iniciais e avaliação do alcance das atividades interventivas realizadas. Dentre os instrumentos mais frequentemente usados estão: observação, questionário, entrevista, também há instrumentos de pesquisa envolvendo grupos, como grupo de discussão ou grupo focal.

Os instrumentos adotados na presente pesquisa foi o questionário elaborado pelo autor e o SF36, que segundo Gil (2008) é útil para obter dados precisos de certa temática, a sua constituição versa sobre a tradução dos objetivos exclusivos da pesquisa em elementos bem redigidos. Dessa forma, a relevância do questionário está na facilidade com que se examina um alto número de pessoas, em tempo abreviado.

O questionário (APÊNDICE C) foi elaborado pelo pesquisador e validado por três pesquisadoras, sendo uma mestre, uma doutoranda e uma doutora, todas docentes da UNICRUZ (APÊNDICE D), com perguntas estruturadas e abertas sobre as condições sociodemográficas, condições de saúde, processo de reabilitação com prótese e percepção da qualidade de vida dos usuários de próteses de membros inferiores.

O primeiro contato com o hospital realizou-se no primeiro semestre de 2022, quando foi solicitado por meio de Carta de aceite para pesquisa, para realizar as pesquisas da tese de doutorado no Centro Especializado de Reabilitação (CER II), com pacientes em situação de amputações de membros inferiores. No decorrer do doutorado, por motivos de troca de orientação e de escopo da pesquisa, essa abordagem foi retomada no começo de 2024.

Após a retomada e constituição da fundamentação teórica do projeto, foi iniciado no Comitê de Ética e Pesquisa da UNICRUZ, por meio da plataforma Brasil, assim que saiu o aceite Parecer Nº 83074924.7.0000.5322, as coletas de dados com os pacientes foram iniciadas. Dos 8 pacientes entrevistados, 4 questionários aconteceram em suas residências e 4 aconteceram no hospital. Para a análise e interpretação dos dados, que conforme André e Lüdke (1986): significa "trabalhar" todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, analisar os dados qualitativos tanto os relatos, como análise dos documentos. Desse modo, a presente tese passa por processo de análise aprofundada sobre a temática, com uso de instrumentos que permitam a interpretação das informações obtidas durante o desenvolvimento, em especial dos resultados da pesquisa realizada.

As informações qualitativas foram geradas a partir das respostas dos participantes nos questionários que foram preenchidos. Para a interpretação das respostas, pretende-se recorrer aos pressupostos teórico-metodológicos da Análise Textual Discursiva (ATD).

Sendo assim: "a análise está presente em vários estágios da investigação, tornando-se mais sistemática e mais formal após o encerramento da coleta de dados" (André; Lüdke, 1986, p.45). Portanto, toda opção realizada na pesquisa também trará consequências para a análise dos dados.

3 CAPÍTULO III - AMPUTAÇÃO DE MEMBROS DO CORPO HUMANO E SUAS IMPLICAÇÕES

A amputação é a remoção cirúrgica total ou parcial de parte do corpo humano. Há muitos casos dessa ação em diversos países, inclusive mais de 90% dos casos aconteceram nos membros inferiores (MMII). Dentre seus principais efeitos ou consequência está o trauma físico e as neoplasias, especialmente a osteossarcoma, ainda na maioria dos casos essa cirurgia tem relação com a incidência de doenças vasculares periféricas (Grzebién *et al.,* 2017).

A palavra amputação é uma intervenção que tem relação direta com problema vascular, neuropático, traumático, tumorais, diabéticos, infecciosos e deformidades congênitas. Assim é uma prática reconstrutiva, usada apenas quando não há possibilidade de se realizar outros tratamentos, ou seja, em último caso (Brasil, 2013). Conforme Silva *et al* (2017), essa intervenção tem grande incidência mundial, em diversas partes do corpo humano, mas o caso mais recorrente de amputações é dos membros inferiores.

Dessa forma, a amputação é um processo cirúrgico que leva a pessoa a incapacidade constante e com mudanças físicas e psicológicas, com ampla possibilidade de ser feita nas extremidades maiores. Assim, há interferência na integridade do corpo humano, que pode ocasionar várias limitações na execução de atividades sociais, profissionais, lazer e, por conseguinte, na redução da QV (Gailey *et al.,* 2020).

Ainda Brasil (2013) pontuou que a amputação é uma metodologia de tratamento para várias enfermidades, sendo assim essa precisa ser sempre analisada dentro de um conjunto total do processo de tratamento e não como a única parte, com a finalidade de promover uma melhora na qualidade de vida do paciente. Assim, o cirurgião precisa ter em mente que, ao amputar uma parte do corpo do paciente, estabelece a criação de um novo aparelho de contato com o ambiente exterior, o coto de amputação, e necessitará planejar a tática cirúrgica prevendo o processo de reabilitação.

Diante desses aspectos, o tratamento fisioterapêutico depois da amputação de MMII pode provocar efeitos expressivos na capacidade e no bem-estar. De forma geral, as pessoas submetidas a essa cirurgia precisam de atendimento do profissional da fisioterapia, para que haja auxílio no sustento do peso e mobilidade protética, na resistência muscular e esquelética, na velocidade da caminhada e adaptação protética, assim como no maior percentual de sobrevida, se comparada com quem não recebe o tratamento (Gailey *et al.,* 2020).

Dessa forma, percebe-se que o profissional da fisioterapia tem grande participação na promoção do bem-estar das pessoas que sofreram amputação de MMII, por meio de suas habilidades e conhecimento. Menciona-se que o fisioterapeuta, segundo Silva *et al.* (2019), contribui para o correto uso da prótese, da restauração e/ou melhoria da disposição física, da imagem corporal e da capacidade de realizar Atividades da Vida Diária - AVD de maneira independente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – ONU (1998), a qualidade de vida (QV) é: uma percepção da pessoa e sua disposição nas situações culturais e dos valores vivenciados e de seus objetivos, esperanças, princípios e ansiedades. Também, é um indicador do estado de saúde de um paciente, já que envolve aspectos físico, mental, entre outros.

Os fatores de risco para amputação não traumática de MMII pode se dar pela complicação do pé diabético, causado pelo Diabetes Mellitus (DM) desregulado, já que essa situação envolve um grande quantitativo de internação hospitalar, morbidade e mortalidade, inclusive em pessoas idosas. A amputação aparece como um tratamento cuja intenção é fornecer sobrevida às pessoas afetadas (Santos *et al.,* 2019). Também, os casos causados por traumatismo e tumor maligno são responsáveis pela realização de amputação em MMII (Silva *et al*., 2017).

A amputação de MMII tem relação com os extensos momentos de limitação da mobilidade, assim os pacientes apresentam risco de quedas ou não disposição física. Em geral, a pessoa amputada tem diminuição da força muscular, alteração no equilíbrio, comprometimento da marcha, também redução da tolerância para realizar atividades diárias (Vieira *et al.,* 2017). Esses obstáculos na mobilidade levam a pessoa ao desenvolvimento de distúrbios secundários, como a osteoartrite, dor lombar, doença cardiovascular, obesidade e risco de amputação futura (Gailey *et al.*, 2020).

Conforme Silva *et al.* (2017), a amputação impacta os aspectos socioeconômicos de uma pessoa, com perda da capacidade laboral, socialização e na QV. Deste modo, uma das consequências é o afastamento do trabalho e/ou a dificuldade de inclusão ou reinserção no mercado de trabalho. Freitas *et al*. (2018) afirmaram que esse processo provoca sentimentos de fragilidade, ansiedade e depressão, interferindo na QV da pessoa.

Maturana (2004) expôs que a autoimagem da pessoa é modificada depois da amputação, já que há transformação na visão cognitiva de si mesmo. Esses expressam a relevância da reabilitação do sujeito à sociedade, admitindo o retorno das atividades variadas através da prótese. Reforçam a necessidade de ser realizado um trabalho multiprofissional com as pessoas acometidas por amputação dos MMII, ao ponto de levá-los a ter disposição e competência para

realizar as tarefas rotineiras dentro de suas possibilidades. Sendo assim, é de extrema relevância também, a aceitação pelo paciente do quadro atual para que este consiga ter uma boa relação consigo mesmo e com a sociedade.

Nesse aspecto, o profissional da fisioterapia é um dos membros da equipe multiprofissional, que possui grande contribuição para interferir na reabilitação das pessoas que sofreram amputação de MMII. Considerando que a amputação e consequentemente o uso de prótese, impacta de forma direta os aspectos socioeconômicos de uma pessoa, inclusive com perda da capacidade funcional.

3.1 Os níveis de amputação de MMII

Conforme Pereira (2017), os níveis de amputação envolvem a parte do corpo onde aconteceu a amputação, pode acontecer em qualquer um dos membros e extremidades do corpo, ou seja, pode ser na parte superior ou inferior (figura 1). O nível de amputação é estabelecido pelo médico antes de ocorrer a cirurgia, e tem como base o motivo da amputação. Em caso de intervenção planejada, pode se ter auxílio de profissional ortopédico para determinar o nível mais favorável para futura protetização.

Observa-se na figura 1 os pontos superior e inferior onde pode acontecer a amputação, considerando que o objeto deste estudo é a amputação de membros inferiores, que pode se dar envolvendo os seguintes membros: amputação do pé, transtibial, desarticulação do joelho, transfemoral, Desarticulação do quadril e Hemipelvectomia.

Figura 1 – Níveis de amputação



Fonte: Gabarra (2009).

A **desarticulação do quadril** tem como característica um alto índice de mortalidade, em razão das possíveis comorbidades que podem estar associadas à cirurgia, em especial no caso de tumor, lesão vascular ou por causa de outras lesões adjuntas, quando causadas por traumas. Esse nível de amputação tem elevado comprometimento da capacidade funcional do movimento corporal (Valentine, 2019).

E relação à **amputação transfemoral**, Dias *et al.* (2019) afirmaram que se trata de um nível de amputação que exibe corte cirúrgico do membro inferior em terço distal do fêmur, ocasionam ampliação de valor metabólico durante a deambulação e quase sempre tem associação com dificuldade na capacidade funcional.

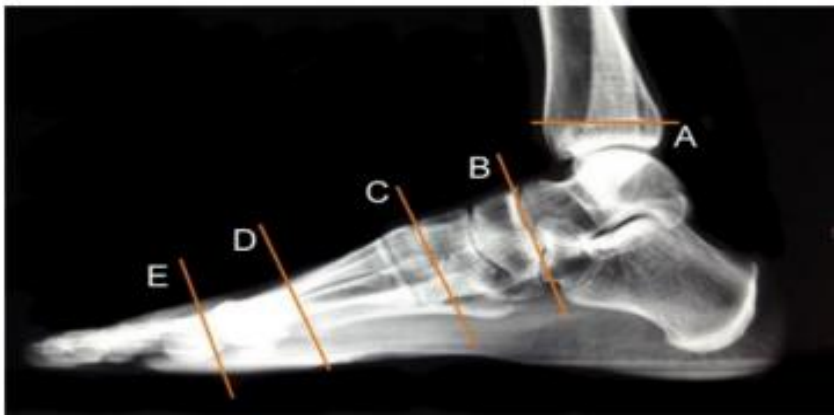
Outra desarticulação, a **do joelho**, conforme Valentine (2019) conserva os músculos da coxa, e preserva a cartilagem, assim permite maior resistência à infecção, promove a

cicatrização de feridas e melhoria na sustentação do peso. Dessa forma, pode contrabalançar a desvantagem de um componente residual bulboso, que pode trazer a complicação na adequação protética na fase inicial. Portanto, a bulbosidade é útil para a suspensão da prótese, já que o edema inicial é solucionado.

Sobre a **amputação transtibial,** essa compreende a remoção do pé, junta do tornozelo, tíbia distal e fíbula com demais estruturas dos tecidos moles. De forma geral, trata-se da cirurgia eleita para amputação acima do joelho, já que proporciona melhor reabilitação e bons resultados funcionais (Adams; Lakra, 2022).

Em relação às amputações parciais do dedo do pé e pé, essa se divide em: A(Syme), B(Chopart), C (Lisfranc) D (Transmetatarsal), E (Artelhos), como pode ser visto na figura 2:

Figura 2 - Níveis de amputação e desarticulação do pé



Fonte: Pereira (2017).

Conforme Valentine (2019), a desarticulação de Syme envolve a transecção do membro a nível transmaleolar e revestimento distal do coto com a pele plantar do calcâneo. Esse nível é bem funcional e tem uma descarga distal de peso, tendo poucas pessoas que necessitem de algum tipo de protetização ou adequação de calçados.

Já a desarticulação de Chopart acontece entre o retropé e mediopé; envolve sofrimento isquêmico, tendo boa resposta da capacidade funcional e não se faz necessário a protetização. A de Lisfranc é marcada pela remoção dos metatarsos e dedos, sua área articular é coberta com pele plantar, promovendo melhor suporte no contato com o chão. Sobre a transmetatarsal, desarticulação dos artelhos, nas juntas metatarso-falangeanas, sendo esses níveis mais admissíveis para pacientes com extremos isquêmicos, infecciosos, traumas e com estabelecimento de anomalias congênitas (Valentine, 2019).

Como é observado os níveis de amputação são bem variados e tem relação direta com a possibilidade de melhoria na capacidade funcional das pessoas afetadas, inclusive algumas

dispensam até mesmo a necessidade de ser realizada prótese de membros inferiores. O que pode ser percebido é que, mesmo que seja uma desarticulação sem necessidade de protetização, ainda há a possibilidade de ocorrer problemas emocionais aos pacientes amputados, sendo preciso acompanhamento de profissionais habilitados.

3.2 O processo de reabilitação das pessoas amputadas

Pelo fato de haver importância da fisioterapia no momento pós-amputação, há uma precisão em executar programa de reabilitação que tenha como foco as deficiências e obstáculos específicos de pessoas submetidas a amputação de MMII. O tratamento fisioterapêutico gera efeitos expressivos na capacidade física e na QV do amputado. Assim sendo, as pessoas que foram submetidas a esse tratamento têm mais propensão de ter sustento do seu peso e na mobilidade protética, resistência muscular e esquelética, também na marcha e na adequação protética, assim como na porcentagem de sobrevida em um ano a mais do que as pessoas não submetidas a fisioterapia (Gailey *et al.*, 2020).

A finalidade da reabilitação de pessoas com deficiência é proporcionar a inclusão social, determinada pelo processo de adaptação das pessoas com deficiência e, ao mesmo tempo que, no preparo para o retorno social, considerando a igualdade de oportunidades; a inclusão envolve a participação social, educativa, profissional e na área da saúde. A inclusão no mercado de trabalho permite a aquisição de autonomia e um novo papel familiar e comunitário, com impactos positivos para o paciente (Hanashiro *et al.,* 2018).

Pinheiro *et al.,* (2021) pontuaram que na reabilitação física de pessoas amputadas há cinco etapas principais. A primeira envolve a pré-amputação que é o momento de preparo psicológico do paciente e da sua família, no caso de amputação programada; a segunda é o pós-operatório, onde há o controle da cicatrização da ferida e, também na avaliação da potencialidade do paciente para uso de prótese ou não; a terceira etapa é a pré-protética que abrange o preparo do paciente para receber a prótese, já que teve a cicatrização completa da lesão. A reabilitação tem como objetivo o preparo do coto para a aceitação da prótese e, também para o procedimento de dependência física do paciente. A quarta etapa é a protética, quando há o amoldamento do paciente ao seu novo membro e, a quinta fase é o processo de monitoramento e controle, que pode ser a longo prazo (Pinheiro *et al.,* 2021).

Conforme Vieira *et al.*, (2017) o processo de reabilitação é dividido em fases: a pré-prótese, voltada para o controle da dor pós-amputação, fortalecimento de membros inferiores e superiores, cuidado e/ou retirada de aderências, dessensibilização do coto e melhoria da

excitabilidade local, conservação de contraturas com indicações de atividades de alongamento e disposição, treinamentos de marcha com muleta, estabilização unipodal e treino em cadeira de rodas quando não há possibilidade de adoção do ortostatismo. Também com uso de técnicas de enfaixamento que previne e reduz o edema, proporcionando adaptação do coto e adequação à prótese; e na etapa pós-prótese, acontece o treino de marcha com a prótese e precaução na possibilidade de quedas.

3.3 As Próteses

A prótese é um aparelho que se acopla ao corpo humano substituindo a falta de um membro do corpo, sendo indicado conforme análise da situação clínica, do nível de agilidade prévia da pessoa que sofreu amputação, também da expectativa do paciente em relação a implicação estética (Castaneda, 2021). Conforme Brasil (2019), a prótese é um elemento artificial que tem a finalidade de suprir as necessidades e funções de pessoas com sequelas por amputação, traumática ou não. Essas podem ser externas ou internas, para troca de articulação óssea.

Dessa forma, De Luccia (2005, p. 4) coloca que:

> As próteses cumprem também o papel da reposição estética. Algumas pessoas, ao verem a prótese com a aparência externa do órgão humano, imaginam que esta seja uma única peça, a chamada ‘perna mecânica’. Nas próteses modernas, habitualmente identifica-se o encaixe, os componentes mecânicos e a cobertura cosmética. Houve época em que os mecanismos eram bem menos sofisticados e as próteses eram constituídas por articulações simples entre blocos de madeira que já mimetizam as formas corporais. O resultado eram aparelhos pesados e com poucos recursos funcionais.

Segundo Souza e Martins (2022), os achados sobre prótese aparecem desde 2300 a.C. quando arqueólogos russos encontraram o esqueleto de uma mulher com o pé esquerdo artificial, formada por pé-de-cabra ajustado ao coto diante um encaixe feito com a pele dissecada de animal. Isso comprova o fato de que os recursos usados a princípio para prótese eram a madeira, couro, feltro, aço e duralumínio, tendo mudança com a vinda de materiais plásticos para a nova arte da prótese.

As próteses, que antes eram estruturas simples, com precária funcionalidade e estética não agradável, com o passar do tempo foram sendo transformada em suas compreensões e presentemente atendem todos os pré-requisitos. O principal motivo da modificação da qualidade das próteses foram as grandes guerras, já que nas ocasiões pós-guerras foram

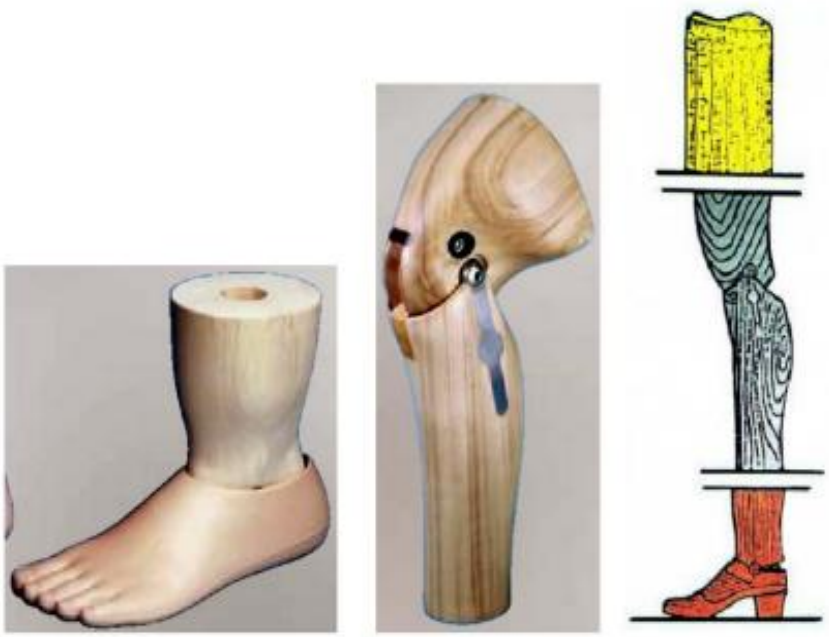
desenvolvidas novas tecnologias e, com o aumento de pessoas amputadas, os produtores de próteses se estabeleceram (Carvalho, 2012).

Tipos de prótese para membros inferiores são exoesqueléticas ou convencionais e apresentam como vantagem a sustentação, resistência, durabilidade e pouca manutenção. Como desvantagens não permitem atividades mais sofisticadas, menor opção de componentes; necessitam de constantes realinhamentos e impossibilidade de intercâmbio rápido de componentes. Já as endoesqueléticas ou modular são um tipo de prótese constituída por módulos ajustáveis (segmento), apresenta como vantagens ser leve e mais estética, revestidas com espumas e em constante aperfeiçoamento. Dentre as principais desvantagens é que deixa a amputação em evidência, requer maior manutenção, valor mais elevado, menos durável (Silva; Bandeira; De Almeida Silva, 2021).

Na sociedade atual, é usado princípio de constituição para qualificar as próteses em convencionais ou exoesqueléticas, e modulares ou endoesqueléticas. A convencional ou exoesquelética possui a parte externa formada por plástico rígido, moldada para aparentar o contorno da perna anatômica, e com acabamento impermeável a líquidos. Sendo pouco indicada por não serem confortáveis e não admitirem variações no alinho, pode ser empregada para todos os níveis de amputação, porém o resultado funcional é apropriado para amputação transtibial. Já a prótese modular é formada por elementos modulares que podem ser adaptados e realinhados conforme a necessidade. De forma geral, são feitos com aço, alumínio e titânio, possuem alta resistência, mas são densos (Brasil, 2019).

Conforme Brasil (2019), as variadas opções para próteses têm por objetivo melhor encaixe e conforto do coto, que é a parte restante de onde foi retirado o membro do corpo humano para obtenção de maior capacidade funcional. Os elementos protéticos contêm: soquete, sistema de suspensão e controle, articulação e apêndice terminal. De forma geral, as próteses de MMII são exoesquelética (figura 3) ou endoesquelética, sendo que a exoesquelética são fixadas e sem ajuste, com maior durabilidade, quase sempre selecionada por pessoas que realizam trabalho físico ou estão em espaços duros com capacidade de lesar a prótese.

Figura 3 - Prótese exoesquelética esculpida em madeira



Fonte: Carvalho (2012).

A prótese endoesquelética é ajustável, mas tem menor durabilidade, como pode ser visto na figura 4:

Figura 4 - Prótese endoesquelética



Fonte: Mix (2018).

Para ter uma visão ampliada de como se dá o processo de adequação e reabilitação das próteses, foi desenvolvido o quadro 2 apresentando um resumo do processo de reabilitação física por prótese.

Quadro 2 - Processo de reabilitação física por prótese

Nº	Etapas	Ação
1	Avaliação Clínica	- Acontece a avaliação inicial do médico responsável e específico à causa da amputação; - Decisão sobre a amputação e nível a ser amputado; - Realização do processo cirúrgico; - Pós-cirúrgico: acompanhamento médico e orientação ao paciente e sua família; - Encaminhamento para reabilitação.
2	Fisioterapia/Terapia ocupacional/Avaliação funcional	- Avaliação e preparação para a protetização; - Orientação sobre posicionamento correto; - Orientação sobre enfaixamento do coto; - Orientação sobre a dessensibilização dolorosa do coto; - Alongamentos e fortalecimento muscular; - Treino de atividades da vida diária; - Condicionamento cardiovascular sem próteses; - Ortostatismo para descarga de peso e uso de meios complementares; - Acompanhamento quinzenal ou mensal de perimetria e medidas de coto; - Proporcionar maior funcionamento e independência.
3	Indicação protética	- Avaliação em equipe (fisioterapeuta/terapeuta ocupacional e protesista); - Decisão em conjunto dos profissionais, usuário e familiar; - Indicação da prótese e seus componentes que melhor se adaptam às necessidades do usuário.
4	Tiragem de medidas e modelagem do encaixe	- Procedimento realizado pelo protesista; - Medidas do coto; - Confecção do molde negativo realizado através da moldagem do membro a ser profetizado; - Orientação quanto ao uso do enfaixamento até a colocação da prótese.
5	Confecção da prótese	- A prótese será confeccionada por protesista qualificado em uma empresa de tecnologia ortopédica autorizada e devidamente registrada; - Confecção do molde positivo para obtenção do encaixe; - Termo moldagem do encaixe provisório (se necessário) com algum tipo de termoplástico (clear ou polipropileno) ou laminação do encaixe com resina e fibra; - Laminação do encaixe e finalização; - Montagem geral da prótese.
6	Prova da prótese	- A prova da prótese será realizada pelo protetista responsável, onde poderá participar o fisioterapeuta que acompanha o paciente e ou fisioterapeuta responsável pela ortopedia técnica; - Prova do encaixe provisório (se necessário) ou definitivo; - Prova da prótese devidamente montada com os componentes prescritos;

		- Alinhamento da prótese; - Uso em barras paralelas e/ou andador conforme cada caso; - Encaminhamento para o treino protético na fisioterapia ou terapia ocupacional.
7	Acabamento e entrega da prótese	- Confecção do encaixe definitivo, nos casos em que houve necessidade de encaixe provisório; - Confecção do revestimento cosmético e finalização da prótese; - Entrega definitiva ao usuário; - Orientações pertinentes do protesista ao uso geral da prótese, uso dos acessórios, cuidados, limpeza, entre outros.
8	Reabilitação protética	- Os objetivos da reabilitação protética estão relacionados com o nível funcional e baseados em discussões com equipe multidisciplinar; - Treino sobre a colocação e retirada da prótese e seus acessórios ou orientação ao cuidador quando o paciente necessita de auxílio; - Período inicial de adaptação à próteses nas barras paralelas; - Treino de marcha de acordo com seu nível funcional e evolução do meio auxiliar de locomoção conforme cada caso e em várias terrenos e ambientes; - Condicionamento físico e cardiovascular com a prótese; - Reintegra o paciente em duas atividades de vida diária e prática; - Inclusão social e laboral.
9	Manutenção pós-protetização	- Acompanhamento sempre que necessário para ajustes no encaixe e alinhamento da prótese; troca de encaixe; troca de algum componente; troca de acessórios como válvula, linear, joelheira, entre outros; esclarecimentos de dúvidas que o usuário apresentar no decorrer do uso da prótese.

Fonte: AD POSTURAL ORTOPEDIA TÉCNICA (2016) adaptado pelo autor (2023).

Nota-se a importância de cuidados especiais para processo de protetização, conforme Pereira (2017), as Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPME são matérias-primas usadas na área da saúde e continuamente conexas a uma operação médica, diagnóstica ou tratamento. Esses estão entre os recursos mais caros, principalmente quando se comparam valores de fornecedor nacional e importado.

3.4 A Atuação do Fisioterapeuta em caso de Protetização dos MMII

A atuação do profissional fisioterapeuta acontece em parceria com uma equipe multidisciplinar, já que envolve um procedimento cirúrgico que necessita de cuidados específicos. Conforme Lianza (1995), o sinal da operação precisa ser terminal, sendo que a sutura deve ser feita plano por plano, para que seja evitado as possíveis aderências nas partes

mais profundas. Essas aderências podem causar dor, repuxão e indisposição, impedindo que haja auxílio do coto na prótese. As cicatrizes presentes nas partes posterior, anterior ou lateral, são bem compressas entre a parede interna da prótese e nas partes profundas do coto, assim pode causar perturbação e impraticabilidade de uma descarga.

Conforme Carvalho (2012) a ponta do coto precisa ser bem trabalhada, não pode haver massa muscular muito densa e solta, o que traz prejuízo na fixação da prótese. Assim precisa ter uma camada suficiente do músculo para que haja proteção da extremidade óssea. As extremidades ósseas precisam ser analisadas de forma exclusiva, evitando dificuldades. De modo geral, as desarticulações não apresentam adequados resultados, já que os cotos contraídos são bem doloridos.

Os vasos necessitam ser relacionados à medida que os músculos passarem pela secção, não pode apertar um membro com distúrbio vascular periférico, porque os vasos danificados podem piorar a situação em caso de apertamento e traumas. Os principais troncos nervosos precisam ser seccionados com atenção, após o corte, o extremo dos nervos se comprime ficando enterrado sob a massa muscular. Os pequenos neuromas que se desenvolvem pela cicatrização, são resguardados pela massa muscular, não originando dor (Pereira, 2017).

Segundo Carvalho (2012), as condições clínicas do paciente impactam na disposição do nível da amputação, já que os pacientes com enfermidades que induzem a um estado nutricional muito enfraquecido podem ter problemas na cicatrização dos tecidos, assim as amputações em níveis mais distais nos pacientes isquêmicos são mais complexas para cicatrizar. Já nos pacientes com elevado risco cirúrgico, em razão de problemas cardíacos, respiratório, renal ou na coagulação tem tendência para a amputação com cicatrização mais segura, evitando a reintervenção ou a cicatrização por secundária intenção.

Nota-se que essas complicações são práticas comuns em caso de amputação e protetização, por isso se faz necessário um programa de tratamento desenvolvido por equipe multidisciplinar, já que além das dificuldades físicas, a pessoa que passa por amputação pode ter problemas socioemocionais. Havendo a necessidade de tratamento adequado:

> A abordagem terapêutica para este acometimento é organizada em três modalidades: medicamentosa, de apoio e cirúrgica, podendo ser usada em conjunto ou separadamente. No grupo de medicamentos, são utilizadas drogas, como antidepressivos, tricíclicos, bloqueadores de canal de sódio, anticonvulsivantes, anestésicos, calcitonina e os menos eficazes como opioides e anti-inflamatórios não-esteroides. Por outro lado, os tratamentos de apoio incluem técnicas não invasivas como estimulação elétrica, terapia vibratória, acupuntura e *biofeedback,* já as abordagens cirúrgicas não têm resultados eficazes e é pouco utilizada (Probstner; Thuler, 2006, p. 396).

Desse modo, o tratamento medicamentoso é essencial para que haja melhoria das manifestações, tendo resultados anti-inflamatórios que podem mitigar o inchaço das juntas, analgésico que diminuem as dores e antipiréticos, reduzindo ou impedindo que haja febre; esses tratamentos são relevantes para manutenção dos sintomas devido a inflamação.

De acordo com Pereira (2017), o fisioterapeuta exerce função essencial na promoção da reeducação funcional, com acompanhamento do paciente em todos os momentos do programa de reabilitação, um membro da equipe multidisciplinar, atuando na supervisão e tratamento desde a fase do pré e pós-operatório, na educação da mobilidade pré e pós-protética e, se preciso, atuando nos cuidados de sustentação das funções musculoesqueléticas. A presença do fisioterapeuta é imprescindível, pois esse atua na dinamicidade, criatividade, progressão, na parte educacional e, na restauração da pessoa, na sua reintegração à família, na comunidade e na sociedade.

O fisioterapeuta faz parte do processo de avaliação para a produção da prótese e ajuste da prótese através de um programa de treinos que precisa conservar um conjunto de ganhos no controle motor, constituição, função e potência. Esses levam as pessoas amputadas a obter mobilidade precoce efetiva para a recuperação fisiológica integral, com realização de exercícios que envolvem a mobilidade funcional de forma coordenada (Carvalho, 2012).

Com a contribuição do fisioterapeuta é possível conseguir de forma célere o retorno das atividades de forma independente, de movimentos de transição de decúbito dorsal para sentado, sentado para posição em pé até a deambulação. É necessário ter cuidado com a prática de exercícios que envolvam o elemento residual, evitando que haja trauma, sendo essencial propor exercícios de fortalecimento muscular para os membros inferiores e preparação no andar com muletas, uso de faixa elástica e pesos (Pereira, 2017).

Barreto, Menezes e Souza (2013) pontuaram que o protocolo de atendimento do fisioterapeuta envolve as seguintes fases:

> FASE PRÉ-PROTETIZAÇÃO - Enfaixamento em ‘8’ do coto - Eletroterapia através de TENS no joelho do membro contralateral à amputação. - Dessensibilização do coto de amputação; - Descarga de peso sobre o coto; - Mobilização passiva e ativa de tornozelo, do membro contralateral à amputação; - Alongamento dos membros inferiores; - Fortalecimento muscular; - Exercícios de equilíbrio de tronco. FASE PÓS-PROTETIZAÇÃO - Alongamento de membros inferiores; - Fortalecimento de membros inferiores com caneleira e Theraband; - Descarga de peso e treino de coordenação; - Treino de propriocepção; - Treino de resistência cardiorrespiratória; - Treino de marcha - com flexão de quadril e joelho, três voltas nas barras paralelas, tomando o devido cuidado com a base muito alargada e pés virados para fora (Barreto; Menezes; Souza, 2013, p.5).

Nota-se que o fisioterapeuta desempenha um papel fundamental para a promoção da reabilitação, consequentemente da QV das pessoas que sofreram amputação e protetização. Ainda segundo Orrú (2020), na etapa pré-protética o fisioterapeuta age fortalecendo, tonificando e cuidando da pele residual do membro, e ainda revigorando os demais membros, habilitando o ortostatismo e marcha. Depois da inserção da prótese, começa-se o treinamento de uso da prótese, e as adequações, em seguida, é realizado o acompanhamento por um longo prazo. Em relação aos membros não amputados, é necessário que haja avaliação dos possíveis danos osteoarticulares, neurológicas ou vasculares para impedir que estas afetem a marcha ou manípulo das próteses, órteses e ainda as formas auxiliares de locomoção (Orrú, 2020),

A fisioterapia tem a finalidade de manter a amplitude do movimento, acréscimo da potência muscular, estabilização e ajuste da marcha conforme a possibilidade do paciente, assim há a orientação e procedimentos preventivos e a reabilitação. Os treinos fisioterapêuticos seguem uma sistemática e planejamento de movimentos corporais, postura ou habilidades físicas com a intenção de possibilitar ao paciente formas de tratar ou prevenir danos, trazendo melhoria, restaurando ou aumentando a capacidade funcional, permitindo uma sensação de bem-estar. A cinesioterapia é uma das terapias que trabalha o condicionamento e recondicionamento aeróbio, performance muscular, alongamento, equilíbrio, velocidade, relaxamento, a respiração, dentre outros (Pereira, 2017).

A massoterapia, segundo Carvalho (2012), trata da manipulação e mobilização de tecidos moles, usando cuidados com a cicatriz de possíveis aderências ou retrações. Uma terapia que envolve a constrição, deslizamento aparente e profundo, amassamento, enrolamento e atrito; contraindicada em deiscência de sutura e em eventos de neuroma superficial, já que pode estimular e causar dor ao paciente. A dessensibilização traz excitações sensitivas na extremidade distal do coto que levam a saturação dos receptores e acessos aferentes sensitivos, com vistas a normalizar a excitabilidade local. Tem por objetivo a redução da hipersensibilidade local, auxiliando na adequação da prótese, diante movimentos brandos e graduais, tem início com o estímulo fino até o áspero, passando de uma etapa para outra até não haver incômodo ao paciente.

O enfaixamento do coto é um método imprescindível na reabilitação do paciente amputado, aquele feito com atadura elástica é benéfico para diminuir o edema e moldar o coto para uma futura protetização, assim afunilando e competente para receber o encaixe protético. A eletrotermofototerapia é bem empregada na reabilitação de pessoas amputadas. O ultrassom é usado nos neuromas de amputação, com boa eficácia na forma pulsada, assim a diminuição da dor é relativa ao acréscimo da extensibilidade do tecido conjuntivo que compreende o nervo

ou o reparo nervoso. O TENS (Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea) é uma prática terapêutica realizada pelo fisioterapeuta que apresenta boa aceitação, indicado para aliviar a dor, inclusive em etapa pós-operatória imediata. O emprego do ultrassom e do TENS tem atenuado casuais problemas com dor e sensação fantasma (Carvalho, 2012).

A laserterapia de baixa potência é uma terapia que atua na analgesia local, atuação antiedematosa e anti-inflamatória, na cicatrização de lesões de complexo desenvolvimento; também empregado na reabilitação de pessoas amputadas, na etapa de pré-protetização. A hidroterapia também pode ser realizada nesses casos, tendo acompanhamento do profissional (Agne, 2006).

Conforme Carvalho (2012), a hidroterapia promove a aplicação de diversas técnicas fisioterapêuticas, inclusive para alongar, fortalecer, mobilizar a articulação, no treino da marcha e equilíbrio, na resistência à fadiga. Tem a finalidade de permitir maior amplitude de movimento; praticar atividades de descarga de peso, as práticas cardiovasculares, simular atividade funcional, favorecendo o relaxamento do paciente; entre outros.

Em última análise, o tratamento fisioterapêutico contribui para o bem-estar do paciente, sendo de grande valor para sua melhoria e na capacidade funcional, auxiliando nos aspectos sociais, na vida familiar e no ajustamento laboral. Através do protocolo de um profissional da fisioterapia é possível adquirir a ampliação da potência muscular, assim como na redução dos edemas e de outras possíveis confusões como a inflamação e irritação na perimetria do membro amputado.

4 CAPÍTULO IV- A QUALIDADE DE VIDA E SUAS DIMENSÕES EM SAÚDE

Este capítulo aborda a qualidade de vida, tema central deste estudo. Inicialmente, apresenta uma introdução a alguns conceitos sobre qualidade de vida e, em seguida, discute os aspectos teóricos e práticos que compõem o conceito de qualidade de vida relacionado a pessoas com próteses de membros inferiores. Busca-se, nesse capítulo construir um aporte teórico que forneça subsídios para compreender e construir um novo saber, que acompanhe as necessidades individuais e coletivas, de pacientes com próteses de membros inferiores com o objetivo final de possibilitar a reabilitação do indivíduo no seu ambiente com maior qualidade de vida.

A qualidade de vida é a percepção que cada pessoa tem da sua vida, considerando a sua saúde, relações sociais, trabalho, meio ambiente e valores. É um conceito subjetivo e que varia de pessoa para pessoa, pois envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida.

A Organização Mundial da Saúde - OMS define a Qualidade de Vida como a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou um guia voltado aos cuidados com pessoas amputadas (Brasil, 2013). Entretanto, apesar das diretrizes estabelecidas, as pesquisas nacionais sobre o tema ainda permanecem restritas, e os desafios metodológicos observados dificultam a generalização dos achados, limitando a consolidação de um corpo de conhecimento robusto sobre essa população. Nesse cenário, a protetização adquire um significado singular, pois possibilita ao indivíduo ressignificar o próprio corpo, reconstruir sua identidade e ser novamente reconhecido socialmente como saudável. Ainda que artificial, o corpo reconstruído passa a ter nova visibilidade e valorização social (Paiva; Goellner, 2008).

Os primeiros estudos sobre qualidade de vida surgiram em diversos campos do conhecimento, um dos pioneiros foi o artigo dos autores Karnofsky e Burchenal em 1949, embora não sob a nomenclatura de qualidade de vida, ao avaliar os impactos de agentes quimioterápicos de tratamento incluindo em seus estudos abordagens qualitativas como melhoria no desempenho físico cognitivo, alterações no humor, redução dos sintomas e sensação ou qualificação de bem-estar, acabaram por dar início as preocupações de analisar aspectos que atualmente são agrupados sob o conceito de qualidade de vida. (O'boyle, 1992).

Até a década de 1960, a medicina concentrava-se principalmente na quantidade de vida, utilizando indicadores como taxa de mortalidade, incidência e prevalência de doenças. De acordo com Panzini *et al.* (2017) a partir desse período, a qualidade de vida passou a ganhar maior relevância, refletindo uma preocupação crescente em adotar critérios mais abrangentes para avaliar a saúde, indo além dos aspectos puramente epidemiológicos. Esse processo aumentou significativamente o interesse em mensurar conceitos como bem-estar e qualidade de vida em um contexto mais amplo de avaliação em saúde.

As investigações sobre qualidade de vida tiveram origem em diferentes áreas do conhecimento. Na Economia, a ênfase recaía sobre os aspectos mensuráveis das relações entre bens e recursos. Na Filosofia, discutia-se se uma vida de qualidade deveria necessariamente envolver algum grau de conflito e desafio. Na Psicologia, o foco deslocava-se para a dimensão pessoal e subjetiva, analisando como cada indivíduo avalia sua própria vida. Já na área médica, a preocupação com a qualidade de vida surgiu em resposta aos avanços da medicina, reconhecendo a importância em oferecer tratamentos que proporcionassem bem-estar, sobretudo em situações de doenças sem cura. Nesse contexto, pode-se afirmar que esses foram os primeiros estudos voltados especificamente para a qualidade de vida dos pacientes (Trujillo; Tovar; Lozano, 2004; Eiser; Morse, 2001).

A partir de 1966, com os avanços e inovações na área da medicina, destacou-se a necessidade de considerar a qualidade de vida do ser humano (Pennacchini *et al*., 2012). Na década de 1970, ampliaram-se os estudos e preocupações relacionados à saúde e, em 1977, a qualidade de vida foi inserida no *Medical Subject Headings* (MeSH) da *US National Library of Medicine MEDLINE Computer Search System*, Cabeçalho de Assuntos Médicos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (Dauphine, 1999; Haas, 1999).

Inicialmente, embora já reconhecida como análise qualitativa, o conceito de qualidade de vida foi definido ainda de maneira muito abrangente, refletindo a preocupação com a melhoria e a ampliação de diversos aspectos da vida, incluindo dimensões sociais e ambientais. (Dauphine, 1999; Haas, 1999). Porém nos anos de 1980 as questões relacionadas à qualidade de vida ganharam ainda mais relevância, pois sua avaliação passou a ser essencial na orientação e tomada de decisões na alocação de recursos em saúde, especialmente nas áreas ligadas à saúde pública (Pennacchini *et al.,* 2012).

Já em 1990, os esforços concentraram-se em redefinir a qualidade de vida com ênfase nos sinais positivos, sendo orientados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a definiu como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Cella; Nowinski, 2002; Pennacchini *et al.,* 2012).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o protocolo *The World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL), um instrumento de avaliação que abrange seis dimensões do bem-estar: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos religiosos. A partir dessa publicação, pesquisadores da área passaram a utilizar o WHOQOL como referência em estudos com diferentes perfis de pacientes (Minayo, 2013).

Essas novas abordagens na avaliação da saúde impactaram diretamente o conceito de qualidade de vida, tornando-o mais amplo e multifacetado. Ele passou a ser influenciado por uma interação complexa entre a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais e os aspectos mais relevantes do ambiente em que o indivíduo está inserido. Uma análise dessa evolução demonstra que o campo avançou a partir da aplicação de uma abordagem baseada em pesquisa operacional no sistema de assistência à saúde (Fleck, 2001; Matos, 2019).

Nesse sentido, é essencial dar maior atenção ao potencial de controle de qualidade nas avaliações de qualidade de vida. De acordo com Barofsky (2012), as avaliações devem ser realizadas não apenas para incorporar uma perspectiva ética na gestão das questões humanas, mas também para otimizar determinados resultados, monitorar e ajustar os processos em curso. A integração dessas ações no sistema de assistência à saúde possibilita a prevenção de eventos adversos e contribui para a melhoria do estado qualitativo do paciente.

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha estabelecido uma definição para qualidade de vida, não há um consenso global sobre seu significado. A mensuração da qualidade de vida é um processo complexo, o que torna essencial a definição precisa para cada estudo específico, orientando a escolha dos instrumentos de avaliação mais adequados (Almeida; Gutierrez; Marques, 2012). Nesse sentido, Barofsky (2012) sugere que os pesquisadores retomem as bases intelectuais do conceito a fim de esclarecer melhor seus objetivos.

Entretanto, a qualidade de vida, de acordo com Calman (1984) depende da visão do paciente, pois para o autor existe uma diferença na qualidade de vida para o paciente devido a uma distância entre as expectativas do paciente e a concretização dessas expectativas no que tange a qualidade de vida. De acordo com o autor quanto menor essa diferença, maior será a qualidade de vida, pois ela é influenciada pelo estilo de vida no momento presente, pelas experiências e expectativas em relação ao futuro.

Embora não exista uma definição universal que abarque todas as áreas em que o termo é aplicado, a literatura aponta três características essenciais para sua conceituação e avaliação: subjetividade, multidimensionalidade e dinamismo (Matos; Araújo, 2015; Matos, 2019)

A subjetividade reside no fato de que a ênfase na avaliação de qualidade de vida costuma enfatizar domínios previamente estabelecidos como relevantes para a população em geral. No entanto, indivíduos com limitações frequentemente destacam mais os aspectos preservados de sua vida do que as dificuldades enfrentadas, evidenciando o caráter subjetivo dessa percepção (Pennacchini *et al.,* 2012).

Também porque saúde e doença são influenciadas pela maneira como uma pessoa consegue lidar com uma experiência estressante, quer dizer, a forma como a situação é analisada e interpretada pelo paciente (Matos, 2019). Porém, subjetividade não deve ser confundida com falta de validade, pois a análise da qualidade de vida pressupõe uma coleta de dados válidos que podem ser analisados da mesma forma que o resultado de um diagnóstico ou de um teste de laboratório (Cella, 1994).

A multidimensionalidade pressupõe que, por meio da agregação e combinação de diferentes aspectos mensuráveis, é possível chegar a um índice único de qualidade de vida (Cella, 1994). Como mencionado, diversas áreas estão envolvidas na construção do conceito de qualidade de vida, sendo que a maioria delas pode ser agrupada em quatro grandes categorias, que, embora correlacionadas, são distintas entre si. A multidimensionalidade trata-se da composição do que foi construído a partir de múltiplas dimensões (Costa Neto; Araújo, 2003; Matos, 2019).

Sobre o dinamismo podemos elencar que a qualidade de vida não é estática; ela se transforma ao longo do tempo e pode variar significativamente sob diferentes situações. As prioridades e os objetivos dos indivíduos devem ser realistas e tender a se modificar com o passar dos anos, influenciados pela idade e pelas experiências vividas dos sujeitos. Dessa forma, a percepção da qualidade de vida é dinâmica e pode sofrer alterações tanto ao longo da vida quanto em situações cotidianas. Com base no exposto, considera-se que o dinamismo desempenha um papel central na percepção individual da qualidade de vida, uma vez que valores e crenças são passíveis de mudanças. (Cella, 1994; Calman, 1984; Matos 2019).

A partir dos fatores elencados, no que concerne a subjetividade e também a avaliação do paciente sobre sua percepção de qualidade de vida podemos analisar que a perda de um membro vai além das implicações físicas como a falta dessa parte do corpo, influencia na sua mobilidade e autonomia, e em condições de estética modificando a autoestima e a percepção de imagem que o indivíduo tem de si próprio, por gerar estados de dependência e vulnerabilidade até que o paciente adquira autonomia perante sua condição. Isso torna a aceitação perante amputação e a adaptação ao uso de próteses em processos bastante

complexos, influenciados e influenciando em fatores pessoais, clínicos, sociais, físicos e ambientais. (Knezevic *et al.,* 2015)

Embora atualmente se tenha essa dimensão integral do sujeito com prótese, a maioria dos estudos nesse viés teve início nas últimas décadas, tendo em vista que anteriormente, a maioria dos estudos concentrava-se predominantemente nos aspectos físicos e nos componentes relacionados ao processo clínico da protetização. (Schaffalitzky *et al.,* 2010; Matos, 2019).

A perda de um membro pode representar um evento altamente estressante, gerando desafios físicos e psicológicos que afetam diretamente a percepção da qualidade de vida. A avaliação dos resultados tornou-se um elemento fundamental para mensurar não só o sucesso da reabilitação, como também a recuperação do sujeito em seus múltiplos aspectos considerando a percepção do sujeito no que concerne a qualidade de vida. Para isso, a avaliação deve levar em consideração aspectos intrínsecos a amplitude no entorno do paciente para além da sua locomoção ou aceitação ao uso de próteses. (Matos, 2019).

De acordo com Matos (2019) para os indivíduos com amputação, a qualidade de vida está centrada na definição do sucesso do tratamento. Embora o sucesso do tratamento seja aspecto importante da qualidade de vida, à sua relevância, deve ser acrescido outros fatores que compõe o conceito de qualidade de vida, e as complexidades sociais e psicológicas que influenciam nessa percepção.

Além disso, a amputação de membros inferiores tem sido uma preocupação crescente entre os profissionais da saúde, principalmente, pelos impactos de longo prazo para o indivíduo e para a coletividade. Diante desse cenário, é fundamental que os profissionais estejam preparados para oferecer um atendimento integral, promovendo tanto a reabilitação quanto a inclusão social (Sheehan; Gondo, 2014).

Ademais, a maioria das pessoas não possui conhecimento ou preparo prévio para enfrentar uma amputação, seja ela decorrente de uma lesão traumática ou de outras causas. Diante dessa perda, o indivíduo precisa lidar com uma série de desafios e sua recuperação está diretamente relacionada tanto ao suporte recebido do meio social quanto às suas próprias habilidades e estratégias de enfrentamento (Sheehan; Gondo, 2014; Bergo; Prebianchi, 2018).

Estudos sobre a qualidade de vida de pessoas com amputações são recentes. De acordo com Matos (2019) faltam estudos longitudinais. Embora a qualidade de vida seja um tema de interesse, a maior parte dos estudos ainda se concentram na avaliação da funcionalidade e da mobilidade do paciente, sendo restrito o número de estudos que analisam a multiplicidade de fatores que envolve a recuperação desses pacientes.

5 CAPÍTULO V - O CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO (CER II) DE GIRUÁ – RS E A ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES PROTETIZADOS

A fisioterapia, regulamentada no Brasil pela Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, consolidou-se como uma das profissões mais jovens da área da saúde, com um escopo de atuação voltado à prevenção e ao tratamento de disfunções cinético-funcionais, decorrentes de traumas, doenças e condições crônicas, por meio de métodos e técnicas próprias (Braz; Martins; Junior, 2009; Moreira; Nogueira; Rocha, 2007). Sua importância é evidenciada pelo impacto positivo na redução de complicações, abreviação do tempo de internação, melhoria da qualidade de vida e reintegração social e laboral dos pacientes (Martins; Viana, 2021; Vieira *et al.,* 2017).

No contexto da reabilitação de pacientes amputados, a fisioterapia desempenha papel essencial desde a fase pré-operatória até o período pós-protetização. As intervenções incluem controle de edema, prevenção de contraturas, fortalecimento muscular, aumento da amplitude de movimento, dessensibilização do coto e preparo para a protetização, além da redução de sintomas como a dor fantasma (Barreto, 2013; Brasil, 2013; Ravanna, 2023). A abordagem precoce e sistematizada favorece a recuperação funcional, possibilitando ao indivíduo alcançar independência nas atividades de vida diária (AVDs) e otimizar seu retorno à vida social e profissional (Vieira *et al*., 2017).

O profissional fisioterapeuta é reconhecido como protagonista nesse processo. Estudos indicam que, especialmente no ambiente hospitalar, é ele quem mais fornece orientações detalhadas aos pacientes, esclarecendo sobre exercícios, posicionamentos, cuidados com o coto e etapas da reabilitação (Branco *et al*., 2019). Além de competências técnicas, destaca-se sua atuação humanizada, que considera as necessidades físicas e emocionais do paciente, favorecendo a adesão ao tratamento e acelerando os resultados (Silva; Silveira, 2011). Para garantir um atendimento de excelência, é indispensável que o fisioterapeuta possua especialização e constante atualização, especialmente quando inserido em contextos de alta complexidade como Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e centros cirúrgicos (Nozawa *et al.,* 2008).

No cenário hospitalar, a atuação fisioterapêutica é multifacetada e fundamental. Na terapia intensiva, por exemplo, o fisioterapeuta contribui para prevenir e tratar complicações respiratórias e motoras, conduzir processos de desmame ventilatório, melhorar trocas gasosas e reduzir o tempo de permanência na UTI, o que impacta diretamente na diminuição de custos hospitalares e no aumento da rotatividade de leitos (Tanaka, 2007; Sabetzki; Cicotoste, 2008).

Em pacientes amputados hospitalizados, as diretrizes nacionais preconizam que o processo de reabilitação deve iniciar de forma imediata, com orientações sobre transferências, deslocamentos, posicionamento, modelagem do coto e fortalecimento muscular, integrando o paciente a um plano terapêutico multiprofissional (Brasil, 2013).

Nesse sentido, a fisioterapia no ambiente hospitalar transcende a simples execução de técnicas. Trata-se de uma prática que integra ciência, tecnologia e cuidado humanizado, articulando-se com a equipe multiprofissional para assegurar que o paciente, especialmente o amputado, alcance o máximo de funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. A atuação constante, embasada em evidências e orientada para a integralidade da atenção, consolida o fisioterapeuta como elemento-chave na promoção da saúde e na reabilitação física em todos os níveis de atenção.

É nesse sentido, que implica evidenciar aqui o trabalho realizado pelo CER II de Giruá. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) constituem unidades de atenção ambulatorial especializadas, responsáveis por realizar diagnóstico, tratamento, processos de reabilitação e habilitação, bem como a concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas. Esses centros possuem abrangência regional e são estruturados conforme o número de modalidades de reabilitação ofertadas: auditiva, física, intelectual e visual. A classificação varia de acordo com a complexidade: o CER II, como o de Giruá, contempla duas modalidades de reabilitação assegurando atendimento integral e especializado às diferentes demandas dos usuários (Brasil, 2017).

O Hospital São José, no município de Giruá (RS), foi oficialmente habilitado como Centro Especializado em Reabilitação – CER II pela Portaria nº 1.357, de 2 de dezembro de 2013, publicada pelo Ministério da Saúde. Essa habilitação garantiu o credenciamento da unidade dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com custeio federal para o desenvolvimento das modalidades de reabilitação ofertadas, fortalecendo a atenção especializada no âmbito do SUS (Brasil, 2013).

Na organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) da Macrorregião Centro-Oeste, observa-se que os serviços especializados de reabilitação são distribuídos de forma a garantir o acesso regulado dos 44 municípios que a compõem. Nesse contexto, o município de Giruá possui papel de destaque, uma vez que o Hospital São José é referência regional para a modalidade de reabilitação visual, absorvendo a demanda regulada da macrorregião. Tal atribuição relaciona-se diretamente à lógica dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), especialmente no nível CER II, que contempla duas modalidades de reabilitação. A centralidade de Giruá nesse processo evidencia sua importância estratégica para

a atenção à saúde da pessoa com deficiência, suprindo uma lacuna de atendimento em nível regional e fortalecendo a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (Rio Grande Do Sul, 2022).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER II) do Hospital São José, em Giruá (RS), assume papel estratégico na região missioneira ao prestar serviços especializados de reabilitação física e visual por meio de uma equipe multiprofissional composta por fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, ortopedia, neurologia, oftalmologia, enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia. Habilitado em dezembro de 2013, o serviço oferece diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas, com acesso regionalizado via encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (Rio Grande Do Sul, 2022).

Em novembro de 2022, a Secretaria Estadual da Saúde assinou portaria de repasse de R$ 1 milhão, por meio do programa Avançar, destinado à reforma do CER II (Rio Grande Do Sul, 2022). Posteriormente, em março de 2025, o governador Eduardo Leite inaugurou as melhorias realizadas no espaço, que atualmente atendem cerca de 600 pacientes por mês e serve como referência para 90 municípios da região Noroeste do Estado (Rio Grande Do Sul, 2025).

Em dezembro de 2023, o Hospital Vida & Saúde (HVS), de Santa Rosa (RS), oficializou a incorporação do Hospital São José, de Giruá, incluindo o Centro Especializado em Reabilitação (CER II). O contrato foi firmado com a presença de representantes da Rede Verzeri, entidade mantenedora do hospital, de autoridades locais e do Conselho de Administração do HVS. Durante a cerimônia, destacou-se a importância da continuidade do trabalho desenvolvido pelas Irmãs, que, segundo a presidente da Rede Verzeri, Irmã Rosângela Donini, sempre teve como propósito atender às demandas da comunidade regional. O presidente do HVS, Rubens Zamberlan, enfatizou a convergência de valores entre as duas instituições, em especial o compromisso com a vida e o cuidado integral à população. O acordo previu um período de transição de aproximadamente 90 dias, garantindo a manutenção dos atendimentos e a integração gradual das equipes técnicas e administrativas (Hospital Vida & Saúde, 2023).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido para garantir acesso universal, integral e gratuito à população brasileira, estruturando-se a partir de princípios como descentralização, regionalização e hierarquização da atenção (Brasil, 1990). Nessas diretrizes, a organização da rede de serviços de saúde prioriza a formação de polos de referência regional capazes de atender demandas especializadas de municípios vizinhos, ampliando o alcance e a resolutividade da atenção.

Nesse cenário, a integração de serviços entre municípios, mediada por hospitais regionais de referência, constitui estratégia essencial para otimizar recursos humanos, físicos e financeiros. Como destaca Gallo (2007), a articulação intermunicipal evita duplicação de estruturas, amplia a oferta e garante que a população de cidades menores tenha acesso a atendimentos de média e alta complexidade sem a necessidade de manter estruturas próprias de elevado custo operacional.

O Hospital Vida & Saúde de Santa Rosa é citado por Gallo (2007) como um hospital de referência macrorregional que atende tanto via convênios privados quanto pelo SUS, sendo responsável por procedimentos e serviços especializados que ultrapassam as fronteiras municipais. Sua atuação extrapola a sede, incluindo a manutenção e administração de serviços descentralizados em municípios vizinhos, o que fortalece a rede de atenção e expande o acesso ao cuidado.

Essa lógica de gestão e articulação pode ser observada na atuação do Centro de Reabilitação de Giruá, cuja administração está sob responsabilidade do Hospital Vida & Saúde. Inserido em uma cidade de pequeno porte, o centro assume papel fundamental na rede regional de atenção à saúde ao oferecer serviços de fisioterapia e reabilitação no âmbito do SUS, reduzindo a necessidade de deslocamentos frequentes da população para centros maiores. Essa proximidade territorial favorece a adesão ao tratamento, diminui custos logísticos e assegura que pacientes em pós-operatório ou em processo de recuperação funcional recebam acompanhamento contínuo e qualificado.

A vinculação institucional com o Hospital Vida e Saúde garante ao centro não apenas suporte técnico e administrativo, mas também integração aos protocolos e fluxos regionais de atendimento, fortalecendo a resolutividade e a qualidade da assistência prestada. Assim, o Centro de Reabilitação de Giruá cumpre dupla função: atua como equipamento local de promoção da saúde e como extensão da capacidade assistencial de um polo macrorregional, alinhando-se às diretrizes do SUS de descentralização e regionalização da atenção.

O Centro Especializado em Reabilitação de Giruá (CER - II) desempenha um papel relevante não apenas na reabilitação pós-operatória, mas também no atendimento intra-hospitalar, contemplando diferentes fases do cuidado fisioterapêutico. A perspectiva defendida por Corrêa *et al.* (2019) sobre a fisioterapia intra-hospitalar enfatiza que a intervenção deve ocorrer desde o período pré-operatório, com avaliação de sintomas, função cognitiva, musculoesquelética e cardiorrespiratória, além de ações voltadas ao controle da dor, prevenção de complicações e educação em saúde antes mesmo da cirurgia. Esse cuidado antecipado favorece a preservação da funcionalidade, reduz riscos e acelera o processo de recuperação no

pós-operatório. Ao manter essa abordagem ampla e integrada, o (CER – II) reforça seu papel como centro regional de referência, garantindo que pacientes de Giruá e municípios vizinhos recebam um acompanhamento integral, alinhado às melhores práticas e capaz de potencializar os resultados cirúrgicos e funcionais.

A fisioterapia, tradicionalmente associada à reabilitação física de indivíduos com lesões e limitações funcionais, passou, nas últimas décadas, por um processo de ampliação do seu escopo de atuação, incorporando práticas voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e atenção integral. Essa mudança reflete-se tanto na formação dos profissionais quanto na organização dos serviços, que passaram a integrar o cuidado fisioterapêutico em diferentes níveis de atenção, incluindo o ambiente hospitalar (Seriamo *et al.,* 2013).

No contexto hospitalar, a fisioterapia é considerada essencial para a prevenção de complicações, manutenção e recuperação da funcionalidade e apoio ao processo de alta. Seu trabalho envolve desde a atuação precoce em setores críticos, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), até o acompanhamento de pacientes em recuperação pós-cirúrgica ou de condições crônicas, sempre em articulação com equipes multiprofissionais (Maciel; Oliveira, 2008). Evidências apontam que a presença de fisioterapeutas com carga horária adequada e dedicação contínua melhora significativamente os indicadores clínicos, reduz o tempo de internação e otimiza o uso dos recursos hospitalares (Brasil, 2011).

A prestação de serviços fisioterapêuticos no Brasil está fortemente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que é o principal empregador da categoria e garante a oferta da fisioterapia como procedimento de média complexidade, tanto na rede ambulatorial quanto hospitalar. Contudo, ainda existem desigualdades regionais no acesso, tempo de espera e qualidade da estrutura disponível, sendo que grande parte da assistência é realizada por prestadores privados conveniados, especialmente em localidades onde não há serviços públicos próprios (Medeiros; Calvo, 2014).

Os hospitais filantrópicos desempenham papel estratégico nesse cenário. Representando cerca de um terço das internações no país, eles são importantes prestadores de serviços ao SUS, operando sem fins lucrativos e com a obrigatoriedade de oferecer atendimento gratuito a pacientes em situação de vulnerabilidade. Para manter sua certificação, devem comprovar anualmente sua atuação social, além de manter gestão profissionalizada que assegure equilíbrio financeiro e viabilidade institucional (Patias; Hofler; Wambier, 2015).

O Hospital Vida & Saúde de Santa Rosa é um exemplo de instituição filantrópica que alia compromisso social e gestão moderna. Fundado em 1935, é referência para cerca de vinte municípios da região, com 144 leitos (incluindo 24 em UTI adulto e pediátrica), 21

ambulatórios médicos e amplo serviço de apoio. Sua missão institucional é “atuar na área da saúde, por meio da assistência hospitalar integral, visando à satisfação dos clientes”, e sua visão é ser “um hospital regional, humanizado e de alta resolutividade” (Patias; Hofler; Wambier, 2015, p. 18). Além de investir em tecnologia e qualificação profissional, a instituição mantém ações de humanização e programas de capacitação contínua, reconhecendo que o clima organizacional impacta diretamente a qualidade do cuidado prestado.

Inserido nessa estrutura, e sob a gestão do Hospital Vida & Saúde, o Centro de Reabilitação de Giruá (CER II) cumpre papel fundamental na rede regional de atenção à saúde, prestando serviços de fisioterapia tanto no contexto hospitalar quanto ambulatorial. Sua atuação integra as diretrizes do SUS, ampliando o acesso da população a tratamentos especializados e reduzindo a necessidade de deslocamentos para centros maiores. Assim, o CERG materializa, em nível regional, a articulação entre filantropia, gestão hospitalar eficiente e compromisso com a integralidade da atenção à saúde.

A atuação da fisioterapia no ambiente hospitalar assume papel central na reabilitação de pacientes, especialmente daqueles que são vítimas de trauma ortopédico, pois visa intervir precocemente para evitar complicações, restaurar funções comprometidas e favorecer a reintegração social e profissional. Quando realizada ainda durante a internação, a fisioterapia é capaz de minimizar *déficits* funcionais por meio de programas estruturados que englobam exercícios respiratórios, alongamentos, cinesioterapia passiva, ativa-assistida e ativa-resistida, treino de controle de tronco, coordenação e equilíbrio, treino de marcha, sedestação deambulação e orientações específicas (Souza *et al*., 2020).

O atendimento hospitalar se caracteriza por sessões regulares e progressivas, integradas ao plano terapêutico multiprofissional, com o objetivo de promover ganho funcional e prevenir agravos decorrentes da imobilidade prolongada, como aderências teciduais, diminuição da amplitude de movimento, perda de massa muscular e prejuízos à mobilidade (Rombaldi, 2016 *apud* Souza *et al.,* 2020). A literatura aponta que a reabilitação precoce, sobretudo após a estabilização cirúrgica, possibilita mobilização antecipada, melhora a circulação, favorece a cicatrização e contribui para melhores resultados funcionais (Souza *et al.,* 2020).

A relevância dessa prática está diretamente associada à funcionalidade. Pacientes que recebem fisioterapia no período intra-hospitalar apresentam evolução significativa nos índices de independência funcional, como demonstra o aumento das médias na Medida de Independência Funcional (MIF) entre a admissão e a alta hospitalar. Embora o retorno ao estado pré-trauma não seja completo, os ganhos observados confirmam o impacto positivo da

intervenção fisioterapêutica para recuperação da capacidade de realizar atividades de vida diária (Souza *et al.,* 2020).

Além disso, a fisioterapia contribui de forma substancial para a qualidade de vida. Ainda que fatores como manejo da dor, apoio psicológico e cuidados de enfermagem também desempenhem papel importante, a atuação fisioterapêutica melhora a mobilidade, reduz o tempo de dependência e potencializa a autonomia, impactando positivamente a percepção do paciente sobre seu estado de saúde e bem-estar (Nogueira *et al.*, 2016 *apud* Souza *et al.,* 2020). A recuperação funcional e a reabilitação física são indissociáveis de uma boa qualidade de vida, uma vez que possibilitam ao indivíduo retomar seu convívio social e profissional de maneira mais segura e confiante.

Portanto, o atendimento fisioterapêutico no ambiente hospitalar deve ser reconhecido como uma estratégia essencial para a reabilitação global do paciente, integrando-se às demais práticas de saúde de forma interdisciplinar. Tal abordagem não apenas previne complicações e reduz a morbidade associada ao trauma ortopédico, mas também oferece condições mais favoráveis para o restabelecimento da funcionalidade e a melhoria sustentada da qualidade de vida após a alta hospitalar.

A reabilitação desempenha um papel estratégico na fisioterapia hospitalar, especialmente para pacientes em fase pós-aguda, no período subsequente a cirurgias ou eventos incapacitantes. A atuação fisioterapêutica estruturada e precoce dentro do ambiente hospitalar acelera a recuperação funcional, previne complicações e favorece a reintegração social e laboral do paciente.

No estudo de Albuquerque *et al.* (2023), realizado com paciente hemiparético após acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, a reabilitação hospitalar resultou em melhora significativa da função cardiorrespiratória, redução da percepção de esforço e ganhos motores. Os autores enfatizam que programas de exercícios adaptados ao perfil do paciente contribuem não apenas para a recuperação imediata, mas também para a redução do risco de complicações e recorrências.

A pesquisa de Carvalho *et al*. (2023a), que avaliou a funcionalidade de mulheres com sequelas de AVC isquêmico durante internação, demonstrou evolução mensurável em testes funcionais como o *Timed Up and Go* e o teste de sentar-levantar-se. Tais resultados reforçam a importância do início da reabilitação ainda no período de internação, potencializando o retorno seguro às atividades de vida diária e evitando perdas adicionais de mobilidade.

Resultados semelhantes foram obtidos no estudo de Carvalho *et al.* (2023b), que acompanhou paciente hospitalizado com síndrome de *Guillain-Barré.* Após 13 sessões de

fisioterapia, observou-se melhora da força muscular, da capacidade cardiorrespiratória e da independência funcional (Índice de Barthel). Os autores destacam que a intervenção precoce é determinante para minimizar *déficits* e evitar prolongamento da incapacidade.

No mesmo sentido, Demes *et al.* (2023) relataram avanços expressivos no equilíbrio, na autonomia funcional e na independência de um paciente com trauma cranioencefálico submetido a 17 sessões de fisioterapia hospitalar personalizada. O protocolo incluiu treinos de equilíbrio, marcha e fortalecimento muscular, adaptados às necessidades do paciente, demonstrando que a individualização das condutas é essencial para otimizar os resultados.

Embora os estudos não citem diretamente o Sistema Único de Saúde (SUS), todos foram conduzidos em hospitais públicos de referência, o que permite inferir sua relevância social, especialmente em municípios de pequeno porte, como Giruá (RS). Nessas localidades, a existência de um centro de fisioterapia hospitalar garante acesso universal e gratuito à reabilitação de qualidade, evitando deslocamentos longos para centros maiores e promovendo a recuperação próxima à rede de apoio familiar e comunitária. Isso contribui para reduzir desigualdades no acesso à saúde, assegurando que pacientes de diferentes condições socioeconômicas tenham a mesma oportunidade de recuperar funcionalidade e qualidade de vida.

Assim, a fisioterapia hospitalar no contexto de reabilitação pós-operatória ou pós-evento agudo não apenas acelera a recuperação física, mas também desempenha função social e comunitária relevante, constituindo um elemento essencial para o fortalecimento da saúde pública e para a melhoria da qualidade de vida da população atendida.

A fisioterapia desempenha papel essencial na promoção e recuperação da funcionalidade, prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida de pacientes que sofreram amputações. Seu escopo vai além do tratamento físico, abrangendo aspectos biopsicossociais que contribuem para a reintegração social e laboral do indivíduo. Nesse contexto, o fisioterapeuta atua não apenas no restabelecimento das funções comprometidas, mas também na orientação para prevenção de novas lesões, incentivo à adoção de hábitos saudáveis e envolvimento da família no processo de reabilitação (Santos *et al*., 2017; Melo; Aguiar; Alves, 2020).

No ambiente hospitalar, a fisioterapia é parte integrante da equipe multiprofissional e sua atuação deve contemplar todas as fases do cuidado, desde o pré-operatório até o acompanhamento pós-protetização. A intervenção precoce possibilita melhora no prognóstico, redução do tempo de internação, prevenção de complicações e otimização do processo de adaptação protética (Pastre *et al*., 2005; Esquenazi; Digiacomo, 2001). Em pacientes

amputados, essa atuação engloba avaliação funcional detalhada, controle da dor, redução de edemas, modelagem do coto, treino de equilíbrio, fortalecimento muscular, treino de marcha e condicionamento cardiovascular, visando restaurar a autonomia e a independência nas atividades de vida diária (Melo; Aguiar; Alves, 2020).

A reabilitação de amputados deve ser entendida como um processo contínuo, no qual o início precoce do atendimento fisioterapêutico contribui para melhor adaptação ao uso da prótese, prevenção de quedas e maior independência funcional. Essa abordagem integrada favorece a reinserção social e profissional, impactando diretamente na qualidade de vida e na percepção de bem-estar do paciente (Vieira *et al.,* 2017; Pastre *et al.,* 2005).

Outro aspecto fundamental é a educação e a corresponsabilidade no tratamento. Pacientes que participam ativamente do seu processo de reabilitação, assumindo postura de corresponsabilidade pela própria saúde, tendem a apresentar maior adesão e melhores resultados terapêuticos. Essa prática inclui ações de educação em saúde, orientações para autocuidado e envolvimento de familiares, criando um ambiente propício para a manutenção dos ganhos funcionais e prevenção de novas complicações (Santos *et al.,* 2017).

A fisioterapia hospitalar constitui um componente indispensável da atenção à saúde, com impacto direto na prevenção e na minimização dos efeitos deletérios da internação prolongada sobre os sistemas musculoesquelético e cardiorrespiratório. Durante o período de hospitalização, é comum que pacientes desenvolvam perda de massa muscular, fraqueza generalizada, redução da densidade mineral óssea e complicações respiratórias, decorrentes tanto da doença de base quanto do imobilismo prolongado. Nesse contexto, a atuação fisioterapêutica visa manter ou recuperar a capacidade funcional, promover mobilização precoce e acelerar o processo de alta, favorecendo a reintegração do paciente à vida diária (Furtado *et al.,* 2020).

As intervenções incluem técnicas como aspiração de secreções, hiperinsuflação manual, exercícios motores, treino de sedestação, ortostatismo, transferências para cadeira, cinesioterapia respiratória e motora, além de programas de reabilitação no pós-operatório. A aplicação dessas condutas reduz o tempo de ventilação mecânica, o período de permanência em UTI e os custos hospitalares, além de diminuir a incidência de complicações como a pneumonia associada à ventilação mecânica (Rotta *et al.,* 2018; Zeng *et al.,* 2017). A presença contínua do fisioterapeuta em unidades de terapia intensiva, recomendada por entidades como a Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva - ASSOBRAFIR, está associada a melhores indicadores clínicos e financeiros (Assobrafir, 2013).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação fisioterapêutica hospitalar está alinhada à Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe o atendimento integral e humanizado, respeitando a dignidade, a autonomia e o contexto sociocultural do paciente. Estudos evidenciam que a conduta profissional humanizada, baseada na escuta qualificada, empatia e comunicação efetiva, aumenta a satisfação dos pacientes e familiares, especialmente em Unidades de Tratamento Intensivo - UTIs adulto, pediátrica e neonatal (Mondadori *et al.,* 2016; Lopes; Brito, 2009). O fisioterapeuta, portanto, não se limita à função técnica, mas integra o cuidado multidisciplinar, articulando avanços tecnológicos com acolhimento e atenção integral (Souza; Bochev; Viviani, 2024).

Nesse contexto, o Centro de Reabilitação de Giruá (CER II) desempenha um papel estratégico para a rede regional de saúde. Vinculado a um hospital de referência e atendendo pacientes de Giruá e municípios vizinhos, o CERG integra o cuidado hospitalar com ações de reabilitação intra e extra-hospitalar, atuando tanto no período pós-operatório imediato quanto no acompanhamento de médio e longo prazo. Em casos de amputações, por exemplo, o atendimento precoce realizado no ambiente hospitalar contribui para o fortalecimento muscular, redução de edemas, prevenção de complicações no coto, adaptação protética e ganho de independência funcional. As etapas pré e pós-protetização contemplam a preparação do coto, a reintegração do paciente nas atividades de vida diária e o suporte à reinserção social e laboral (Tonon Da Luz *et al*., 2014; Ravanna, 2023).

Ao associar competência técnica, práticas baseadas em evidências e abordagem humanizada, o CERG não apenas potencializa os resultados clínicos dos pacientes, mas também reforça o papel do SUS em garantir atendimento integral e regionalizado. Sua atuação consolida-se como exemplo de serviço que conecta a hospitalização à reabilitação, fortalecendo a rede de atenção e ampliando o acesso da população a cuidados especializados de alta qualidade.

A fisioterapia hospitalar integra de forma indispensável a equipe multiprofissional, atuando na prevenção de complicações, na manutenção e recuperação da funcionalidade e na melhora da qualidade de vida dos pacientes internados ou em tratamento ambulatorial especializado (Driessen; Oderich, 2023). Sua atuação, no entanto, vai além de protocolos técnicos, exigindo abordagem humanizada e centrada no paciente, que considere dimensões físicas, sociais, psicológicas e culturais (Mezzomo, 2012 *apud* Driessen; Oderich, 2023).

Em conformidade com a regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a presença do fisioterapeuta em setores como Unidades de Terapia Intensiva deve ocorrer de forma contínua e planejada,

garantindo cobertura adequada e reduzindo riscos, tempo de internação e custos assistenciais (Brasil, 2010; Coffito, 2011). Para tanto, a gestão eficiente na fisioterapia hospitalar demanda planejamento estratégico, uso racional de recursos, qualificação profissional e comunicação assertiva entre equipe e liderança, permitindo manter alta qualidade mesmo diante de restrições orçamentárias (Driessen; Oderich, 2023).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a fisioterapia é reconhecida como procedimento de média complexidade, ofertado tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. Apesar disso, a cobertura é desigual, com maior disponibilidade de serviços nas áreas urbanas mais desenvolvidas e deficiências significativas nas regiões periféricas (Medeiros; Calvo, 2014). A oferta pública municipal cresceu substancialmente entre 1995 e 2007, reforçando a política de descentralização e regionalização como estratégia para ampliar o acesso (Maciel; Oliveira, 2008). No entanto, parte significativa da assistência ainda é realizada por serviços privados conveniados, o que, diante de remuneração insuficiente, pode resultar em sobrecarga de atendimentos por profissional e menor individualização do cuidado (Medeiros; Calvo, 2014).

Nesse cenário, serviços regionais como o Centro de Reabilitação de Giruá (CER II) assumem papel estratégico na rede SUS, garantindo acesso à fisioterapia especializada para populações de cidades menores. Ao alinhar-se à diretriz da regionalização, o CERG contribui para reduzir deslocamentos, evitar sobrecarga de serviços urbanos e oferecer atendimento próximo ao contexto social e familiar dos pacientes. Além de cumprir função assistencial, centros dessa natureza têm potencial para fortalecer a educação em saúde e a corresponsabilidade do paciente no tratamento, estimulando a adesão e garantindo resultados funcionais mais duradouros (Driessen; Oderich, 2023).

Considerando as desigualdades regionais na oferta de fisioterapia, a manutenção e expansão de serviços públicos regionais, como o CERG, são fundamentais para a equidade e integralidade preconizadas pelo SUS. A associação entre competência técnica, gestão humanizada e integração às políticas públicas é essencial para que o centro se consolide como referência em fisioterapia hospitalar e ambulatorial, ampliando seu impacto positivo na rede de atenção à saúde.

6 CAPÍTULO VI - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: INSTRUMENTOS E APLICAÇÕES

O presente tópico tem por finalidade expor, de maneira sintética, os principais instrumentos de avaliação identificados na literatura destinados a pessoas com amputação. Dada a especificidade dessa população e a limitada disponibilidade de ferramentas concebidas exclusivamente para essa finalidade, observa-se a utilização recorrente de instrumentos de caráter genérico, os quais são, em geral, empregados em associação a outros métodos avaliativos. Tal estratégia busca ampliar a abrangência da análise, possibilitando um exame mais minucioso e contemplando diferentes dimensões da experiência do indivíduo amputado. Nesse sentido, a literatura evidencia uma tendência à adoção conjunta de instrumentos gerais e específicos, a fim de assegurar maior precisão e profundidade na mensuração dos aspectos envolvidos (Zidarov *et al.,* 2009).

A avaliação da qualidade de vida (QV) em pessoas submetidas à amputação de membros inferiores representa um dos maiores desafios no campo da reabilitação. Essa condição envolve repercussões que extrapolam a dimensão física, alcançando aspectos psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Para captar essa complexidade, o uso de questionários validados tornou-se uma ferramenta indispensável, uma vez que permite mensurar, de forma estruturada, tanto parâmetros objetivos quanto percepções subjetivas dos indivíduos (Chamlian; Starling, 2013; Abdalla *et al.,* 2013; Moro; Assef; Araújo, 2012; Luz *et al*., 2018).

Historicamente, os questionários de qualidade de vida surgiram com o objetivo de ampliar a avaliação em saúde, superando a visão estritamente clínica ou biomédica (Fleck *et al.,* 2000). No caso dos amputados, essa perspectiva é ainda mais relevante, visto que a prótese não apenas devolve parte da funcionalidade, mas também impacta dimensões identitárias, subjetivas e sociais (Paiva; Goellner, 2008).

Chamlian e Starling (2013), em sua revisão sobre amputados bilaterais, destacam que não existe ainda um instrumento específico globalmente aceito para essa população. A multiplicidade de ferramentas utilizadas nos estudos dificulta a comparação dos resultados, mas ao mesmo tempo evidencia a necessidade de questionários capazes de contemplar a realidade multifatorial do amputado.

Atualmente, estima-se que cerca de 500 instrumentos tenham sido desenvolvidos e publicados com a finalidade de avaliar a qualidade de vida e aspectos funcionais de diferentes populações. Esses recursos apresentam uma evolução histórica que remonta às primeiras metodologias de mensuração de condições subjetivas, ainda na década de 1930, entre as quais

se destaca o *Karnofsky Performance Status* (1948), amplamente reconhecido como um dos marcos iniciais na avaliação do desempenho funcional em contextos clínicos. Desde então, observa-se uma progressiva diversificação e sofisticação dos instrumentos, o que possibilitou maior abrangência na análise das dimensões físicas, psicológicas e sociais. No cenário contemporâneo, destacam-se questionários de larga utilização internacional, como o SF-36, o SF-12 e o WHOQOL (Condie; Scott; Treweek, 2006).

Entretanto, embora esses instrumentos apresentem ampla aplicabilidade e confiabilidade na sua utilização, no que concerne a pessoas com amputação, suscita desafios específicos. A natureza singular dessa condição demanda abordagens avaliativas que considerem particularidades relacionadas à funcionalidade, adaptação psicossocial e reintegração social, aspectos nem sempre contemplados pelos instrumentos genéricos. Assim, a literatura aponta a necessidade de se combinar tais ferramentas de caráter geral com instrumentos mais específicos, de modo a oferecer uma análise mais precisa e condizente com a realidade dessa população.

A mensuração dos efeitos das intervenções nos resultados de programas de reabilitação permanece um desafio recorrente na literatura especializada. Até o presente momento, não se estabeleceu um consenso acerca de quais desfechos devem ser priorizados, tampouco sobre a forma mais adequada de mensurá-los ou sobre quais instrumentos disponíveis seriam os mais apropriados para essa finalidade (Matos, 2019). Diversas ferramentas vêm sendo empregadas com esse objetivo, mas paradoxalmente ainda se observa a ausência de diretrizes claras que orientem a seleção do instrumento mais pertinente. Ademais, instrumentos cuja literatura já apontou limitações metodológicas continuam sendo amplamente utilizados, e inexiste, até agora, um padrão-ouro de medida nesse campo (Condie *et al*., 2006).

Tal lacuna é particularmente significativa, considerando que os programas de reabilitação voltados a pessoas com amputação compartilham objetivos comuns: promover ganhos de mobilidade e funcionalidade mediante o uso de próteses, favorecer a reinserção social e comunitária e, de forma mais ampla, contribuir para a melhoria da qualidade de vida (Deathe *et al*., 2009; Zidarov *et al*., 2009). Essa ausência de padronização, portanto, compromete não apenas a comparabilidade entre estudos, mas também a construção de evidências mais robustas para embasar práticas clínicas e políticas públicas direcionadas a essa população.

A utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida que sejam válidos, confiáveis e que ultrapassem a dimensão restrita da prática clínica individual revela-se fundamental para o fortalecimento da prática baseada em evidências. Tais ferramentas possibilitam a quantificação dos efeitos das intervenções, bem como a aferição da efetividade

dos tratamentos e do desempenho dos serviços de saúde. Ademais, sua aplicação oferece subsídios relevantes para a formulação e orientação de políticas públicas em saúde, contribuindo para uma gestão mais qualificada e centrada nas necessidades da população (Fleck *et al*., 2000).

A escolha de um instrumento de qualidade de vida depende das características do público-alvo (por exemplo, idade, capacidade cognitiva, cultura, idioma, patologia etc.) e do contexto em que a avaliação ocorrerá (por exemplo, área privada ou aberta, com ruído, hospitalar ou comunitária etc.). A seleção do instrumento deve ser precedida por uma revisão abrangente da literatura, a fim de identificar de forma adequada as medidas existentes que já foram utilizadas anteriormente para fins semelhantes e de acordo com os objetivos da pesquisa. Os instrumentos selecionados devem ser revistos à luz desses critérios, mas também em termos de suas propriedades psicométricas, que incluem validade, confiabilidade, capacidade de resposta e interpretabilidade do instrumento (Gallagher; Desmond, 2007).

A utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida que apresentem validade e confiabilidade, e que ultrapassem a dimensão restrita da prática clínica individual, constitui elemento essencial para o fortalecimento da prática baseada em evidências. Esses instrumentos permitem quantificar os efeitos de intervenções específicas, avaliar a efetividade de tratamentos e monitorar o desempenho dos serviços de saúde, fornecendo parâmetros objetivos que sustentam tanto a atuação clínica quanto a gestão em saúde (Fleck *et al*., 2000). Nesse sentido, Araújo (2012) reforça que a mensuração da qualidade de vida, ao considerar múltiplas dimensões da experiência humana, representa uma ferramenta indispensável para a tomada de decisões terapêuticas e a definição de prioridades em saúde coletiva.

Adicionalmente, quando aplicados de forma sistemática, tais instrumentos configuram-se como guias relevantes para a formulação de políticas públicas, uma vez que permitem identificar demandas específicas de populações-alvo e orientar a alocação de recursos (Seidl; Zannon, 2004). No campo da reabilitação de pessoas com amputação, essa perspectiva torna-se ainda mais evidente, visto que a ausência de instrumentos específicos dificulta a produção de análises consistentes e comparáveis (Zidarov *et al.,* 2009; Condie *et al.,* 2006).

Como destacam Chamlian e Starling (2013), a amputação implica impactos multifatoriais sobre a vida do indivíduo, de ordem física, psicológica, social e ambiental, o que exige instrumentos avaliativos capazes de captar tal complexidade. Do mesmo modo, Vasconcelos *et al.* (2011) evidenciam que a protetização pode promover ganhos significativos de autoestima e reintegração social, mas a mensuração adequada desses resultados depende da utilização de ferramentas sensíveis e adaptadas à realidade dessa população.

Portanto, a adoção de instrumentos de avaliação de qualidade de vida não apenas subsidia a prática clínica baseada em evidências, mas também constitui um recurso estratégico para a elaboração de políticas de saúde mais inclusivas, garantindo que as especificidades de grupos como os amputados sejam contempladas em programas de reabilitação e em iniciativas de promoção da qualidade de vida.

As avaliações funcionais assumem relevância central na mensuração dos resultados tanto do processo de reabilitação quanto dos programas a ele associados. Entretanto, observa-se que, em grande parte dos estudos, tais avaliações concentram-se em análises restritas ao segmento corporal envolvido, enfatizando principalmente a capacidade de marcha e a execução de algumas atividades da vida diária após a protetização, oferecendo pouca compreensão acerca de outros aspectos igualmente significativos (Gallagher; Desmond, 2007).

Permanecem, portanto, lacunas importantes relacionadas à investigação da capacidade funcional prévia do indivíduo, às expectativas projetadas para o futuro e ao acompanhamento sistemático no momento da reintegração domiciliar, quando a reabilitação formal já foi concluída (Callaghan; Sockalingam; Treweek; Condie, 2002; Kageyama *et al.,* 2008).

No contexto brasileiro, tais limitações também são observadas. Silva *et al.* destacam que, embora a protetização represente ganhos relevantes em termos de independência e mobilidade, pacientes frequentemente relatam sentimentos de limitação persistente e dificuldades de adaptação, evidenciando que a avaliação funcional não contempla plenamente suas vivências subjetivas.

De forma semelhante, Santos, Vargas e Melo (2014) ressaltam que fatores como a rede de apoio social e familiar exercem influência significativa sobre a percepção da qualidade de vida, mas tendem a não ser incorporados de maneira sistemática nos instrumentos funcionais disponíveis. Vasconcelos *et al.* (2011)., por sua vez, demonstram avanços mensuráveis em aspectos físicos e sociais após a protetização, mas reconhecem que tais ganhos não esgotam a complexidade do processo de reintegração social, que exige maior detalhamento avaliativo.

Dessa forma, pesquisas convergem ao apontar a necessidade de instrumentos mais abrangentes, que considerem não apenas a dimensão funcional imediata, mas também expectativas, vivências emocionais e contextos sociais, de modo a refletir com maior amplitude a realidade das pessoas amputadas

Nos últimos anos, as pesquisas têm destacado de maneira crescente a relevância dos fatores psicológicos e sociais tanto na prescrição quanto no uso de próteses, assim como no acompanhamento em médio e longo prazo dos indivíduos amputados. Em abordagens anteriores, o foco incidia quase exclusivamente sobre as repercussões clínicas e funcionais, o

que implicava a marginalização de aspectos fundamentais relacionados à vida cotidiana, ao trabalho, às relações sociais e familiares.

Essa perspectiva reducionista tende a desvalorizar elementos centrais da experiência humana, deixando em segundo plano variáveis subjetivas que influenciam diretamente a qualidade de vida (Coffey *et al.,* 2014; Dunne *et al.,* 2014; Schaffalitzky *et al.,* 2012). Nesse sentido, compreender o impacto da prótese requer ir além da mensuração da capacidade funcional, abrangendo também dimensões simbólicas, culturais e identitárias.

Paiva e Goellner (2008) aprofundam essa discussão ao revelar os significados culturais e subjetivos atribuídos ao corpo amputado e ao uso da prótese. Para os autores, a protetização não se limita à recuperação funcional, mas representa um processo de reconstrução da identidade e de reinvenção da vida, no qual a prótese é compreendida como uma extensão do corpo e, em certos casos, como um "outro de si mesmo".

Da mesma forma, Silva *et al.* evidenciam que, mesmo diante de ganhos de independência, os amputados relatam limitações persistentes e sentimentos de tristeza, apontando para a necessidade de considerar dimensões emocionais e sociais no acompanhamento clínico.

Na análise dos resultados provenientes de programas de reabilitação direcionados a pessoas com amputação, a literatura identifica duas vertentes investigativas principais. A primeira concentra-se no uso e na funcionalidade da prótese, buscando mensurar aspectos relacionados à mobilidade, independência e capacidade para realizar atividades da vida diária. A segunda, por sua vez, está voltada à avaliação da qualidade de vida, contemplando dimensões mais amplas, como a reinserção social, a adaptação psicológica e o impacto subjetivo da deficiência (Hawkins *et al*., 2014; Zidarov *et al.,* 2009).

Essas duas linhas, embora distintas, mostram-se complementares. Estudos como o de Vasconcelos *et al.* (2011) evidenciam ganhos funcionais significativos após a protetização, especialmente no que se refere à independência e à socialização, reforçando a importância da vertente funcional. No entanto, pesquisas qualitativas, como a de Paiva e Goellner (2008), demonstram que a prótese também carrega significados simbólicos e identitários, funcionando como elemento de reconstrução do corpo e da autoestima.

De modo semelhante, Silva *et al.* apontam que, ainda que a protetização traga melhorias objetivas, sentimentos de tristeza, medo e limitação persistem, revelando que a dimensão subjetiva da qualidade de vida não pode ser negligenciada.

Assim, observa-se que a maior parte dos estudos convergem ao apontar a importância de integrar metodologias qualitativas na avaliação do impacto da prótese, possibilitando captar

narrativas, percepções e significados que escapam às mensurações tradicionais. Essa abordagem amplia a compreensão da experiência do amputado, contribuindo para a formulação de práticas e políticas de saúde mais sensíveis às necessidades reais dessa população.

No contexto da avaliação da qualidade de vida em pessoas com amputação, evidências oriundas de uma meta-análise apontam que o SF-36 tem sido o instrumento de uso mais recorrente, geralmente aplicado em conjunto com outros questionários de caráter geral (Seidl; Zannon, 2004). Ainda assim, observa-se ampla variação entre os instrumentos empregados, o que dificulta a sistematização e a comparabilidade dos resultados entre diferentes estudos. Embora os questionários genéricos possuam natureza multidimensional e permitam uma análise abrangente de aspectos relacionados à saúde, eles apresentam limitações significativas ao não contemplarem as especificidades inerentes à experiência da amputação.

Nesse sentido, Chamlian e Starling (2013) ressaltam que a amputação impacta de forma multifatorial a vida do indivíduo, física, psicológica, social e ambientalmente, exigindo instrumentos mais sensíveis a essa complexidade. Do mesmo modo, Condie *et al.* (2006) e Zidarov *et al.* (2009) apontam que a ausência de um padrão-ouro de medida, somada à diversidade de instrumentos empregados, fragiliza a produção de evidências robustas e a possibilidade de comparações consistentes entre pesquisas. Essa lacuna metodológica compromete, inclusive, o avanço de práticas baseadas em evidências e a formulação de políticas públicas mais alinhadas às necessidades dessa população.

Assim, torna-se evidente a necessidade de se desenvolver e validar instrumentos específicos para amputados, capazes de captar dimensões relacionadas não apenas à funcionalidade, mas também às percepções subjetivas, expectativas futuras e processos de reintegração social. A utilização combinada de questionários gerais e específicos, pode representar uma alternativa promissora para superar parte dessas limitações, contribuindo para uma avaliação mais precisa e contextualizada da qualidade de vida (Hawkins *et al*., 2014; Zidarov *et al.,* 2009).

A adoção de instrumentos específicos, devidamente padronizados e validados, revela-se essencial para captar a multiplicidade de dimensões que influenciam a qualidade de vida de pessoas com amputação. Ao proporcionar avaliações mais precisas e abrangentes, tais instrumentos favorecem não apenas a prática clínica cotidiana, mas também a efetividade dos processos de tomada de decisão em saúde, contribuindo para intervenções mais direcionadas e eficazes (Vasconcelos *et al.*, 2011).

Entretanto, mesmo diante dos avanços em medidas quantitativas, essas ferramentas apresentam limitações quando se trata de compreender aspectos subjetivos, culturais e

identitários que permeiam a experiência da amputação. Nesse sentido, recomenda-se de forma enfática a inclusão de metodologias qualitativas, que se configuram como estratégias fundamentais para complementar os resultados obtidos por meio de questionários e escalas (Sinha; Van Den Heuvel, 2011).

Esses estudos, apontam para a necessidade de integração entre abordagens quantitativas e qualitativas, a fim de construir um quadro avaliativo representativo e fundamentado nas necessidades da pessoa amputada. Assim, a mensuração da qualidade de vida dos amputados não se restringe a parâmetros funcionais, mas passa a englobar também significados culturais, emocionais e sociais, permitindo que a prática clínica e as políticas públicas sejam orientadas de forma mais sensível e contextualizada.

A definição de um instrumento ideal que contemple, de forma simultânea, aspectos de funcionalidade e de qualidade de vida configura-se como um desafio recorrente na literatura. Duas razões principais ajudam a explicar essa dificuldade. Em primeiro lugar, cada instrumento apresenta pontos fortes e limitações específicas, que variam de acordo com a população estudada: alguns são de aplicação restrita e avaliam dimensões bastante pontuais, enquanto outros privilegiam a generalização de estados de saúde ou de doença, sem contemplar adequadamente as particularidades da amputação. Em segundo lugar, cada estudo ou prática clínica é norteado por metas e demandas próprias, o que dificulta a consolidação de um modelo único de avaliação (Hawkins *et al.,* 2014).

Nesse sentido, podemos analisar que a produção acadêmica aponta para o entendimento de que nenhum instrumento isolado consegue abranger, de forma integral, as múltiplas dimensões que caracterizam a experiência da amputação. A combinação de ferramentas genéricas e específicas, aliada à incorporação de abordagens qualitativas, surge, portanto, como uma alternativa promissora para superar parte dessas lacunas e assegurar avaliações mais abrangentes e contextualizadas (Sinha; Van Den Heuvel, 2011).

Os principais instrumentos empregados na avaliação de resultados em programas de reabilitação, organizados entre aqueles voltados às atividades funcionais e os destinados à mensuração da qualidade de vida, bem como entre instrumentos de caráter geral e específicos de cada área, identificam que são utilizados, destacando-se com uso mais recorrente, o SF-36 (e sua versão abreviada SF-12), o PEQ, a Escala de Independência Funcional (FIM), o Índice de Barthel Modificado, o WHOQOL-100 e sua versão reduzida (WHOQOL-bref)(Hawkins *et al.* 2014; Matos, 2019).

Além desses, existem outras linhas de investigação que se dedicam especificamente à mobilidade da pessoa amputada, utilizando testes funcionais amplamente difundidos, como o

Timed Up and Go e o *Teste de Caminhada de 6 Minutos*, entre outros. Contudo, tais instrumentos não serão aprofundados neste trabalho, uma vez que têm como objetivo exclusivo a análise funcional relacionada ao uso da prótese e podem ser encontrados de forma detalhada na literatura especializada (Matos, 2019).

O SF-36 foi desenvolvido com a finalidade de atender aos rigorosos padrões psicométricos necessários para a comparação de diferentes grupos populacionais, independentemente da idade, da condição clínica ou do tipo de tratamento recebido (Poljak-Guberina *et al.,* 2005). No Brasil, destaca-se o uso difundido do instrumento genérico elaborado pela Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL, amplamente aplicado em pesquisas sobre qualidade de vida. Até a primeira década dos anos 2000, contudo, inexistiam no país instrumentos específicos destinados à avaliação de pessoas amputadas, devidamente desenvolvidos ou validados em língua portuguesa (Kageyama *et al.,* 2008).

Um avanço significativo ocorreu em 2008, com a validação do *Functional Measure for Amputees* (FMA) – traduzido como *Medida Funcional para Amputados* –, que passou a oferecer um recurso específico para mensuração da funcionalidade nessa população. Mais recentemente, ampliaram-se os esforços nesse campo com a adaptação transcultural para o português do *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales – Revised* (TAPES-R), voltado à avaliação da experiência de amputação e do uso da prótese, e com a validação do *Amputee Body Image Scale (*ABIS), instrumento destinado à análise da imagem corporal de indivíduos amputados. Esses avanços representam um importante passo para reduzir a lacuna histórica de instrumentos específicos, frequentemente apontada na literatura (Condie *et al.,* 2006; Zidarov *et al.,* 2009).

No entanto, desafios permanecem no que se refere à sua incorporação efetiva na prática clínica e à disseminação em pesquisas nacionais. Como destacam Chamlian e Starling (2013), a avaliação da qualidade de vida dos amputados exige instrumentos capazes de captar a complexidade de fatores físicos, psicológicos e sociais envolvidos, e ainda é necessário consolidar a aplicação dos questionários validados no Brasil de forma sistemática e integrada às rotinas de reabilitação.

Dessa forma, embora os progressos alcançados na validação e adaptação de instrumentos específicos representem avanços metodológicos relevantes, a literatura indica a necessidade de ampliar seu uso, adaptá-los a diferentes contextos clínicos e complementá-los com métodos qualitativos, de modo a alcançar uma avaliação mais abrangente e condizente com a realidade dos amputados no Brasil. (Chamlian; Starling, 2013; Abdalla *et al*., 2013; Moro; Assef; Araújo, 2012; Luz *et al.*, 2018).

Estudos têm reforçado a importância metodológica dos questionários para avaliação da QV de amputados com prótese. Abdalla *et al.* (2013), ao correlacionar o SF-36 com o Índice de Capacidade Locomotora, observaram que, na fase de protetização, há associação positiva entre capacidade locomotora e domínios como dor, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Isso demonstra que a mobilidade adquirida com a prótese não se limita a ganhos funcionais, mas repercute em aspectos psicossociais, captados de forma eficaz pelos questionários.

De forma complementar, Moro, Assef e Araújo (2012), utilizando o WHOQOL-BREF, identificaram que amputados de etiologia vascular apresentavam maior prejuízo no domínio físico, mas mantinham percepções intermediárias nos domínios psicológico, social e ambiental. Esse estudo evidencia que, mesmo diante de limitações funcionais significativas, os questionários permitem captar nuances da experiência subjetiva do paciente, fundamentais para orientar práticas de reabilitação centradas no indivíduo.

Por sua vez, Luz *et al.* (2018), ao aplicar *o Prosthesis Evaluation Questionnaire* (PEQ) em amputados transtibiais e transfemurais, verificaram que as maiores dificuldades relatadas pelos participantes estavam relacionadas à mobilidade, ao desconforto térmico no encaixe da prótese e ao inchaço do coto. O estudo ressalta que questionários específicos, como o PEQ, possibilitam acessar dimensões que dificilmente seriam capturadas apenas por avaliações clínicas ou funcionais.

Apesar dos avanços, autores como Condie *et al.* (2006) e Zidarov *et al.* (2009) apontam para a ausência de um padrão-ouro de instrumentos de avaliação para amputados, ressaltando que muitos questionários utilizados foram originalmente desenvolvidos para outras populações. Essa limitação compromete a comparabilidade entre estudos e dificulta a formulação de evidências consistentes para a prática clínica e para políticas públicas.

Diante desse cenário, Sinha e Van den Heuvel (2011) defendem que os questionários padronizados devem ser combinados a métodos qualitativos, de modo a fornecer uma visão mais completa da experiência de vida dos amputados. Essa perspectiva dialoga com Paiva e Goellner (2008), que destacam os significados culturais e identitários atribuídos ao uso da prótese, dimensões que extrapolam a funcionalidade física e são fundamentais para compreender a reintegração social.

Nesse sentido, o uso de questionários na avaliação da qualidade de vida de amputados com prótese de membros inferiores constitui um recurso metodológico e clínico de extrema relevância. Instrumentos como o SF-36, o WHOQOL-BREF, o LCI e o PEQ permitem acessar diferentes dimensões da experiência do amputado, desde a capacidade funcional até percepções

subjetivas relacionadas ao bem-estar, à autoestima e à integração social, quando combinados com questionários específicos para cada caso.

Embora ainda exista a necessidade de desenvolver e validar instrumentos específicos para essa população, os estudos revisados demonstram que os questionários já disponíveis são ferramentas eficazes para subsidiar práticas de reabilitação mais integradas e humanizadas. Além disso, seu uso sistemático contribui para a produção de evidências, essenciais tanto para a prática clínica baseada em evidências quanto para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas a essa população.

A amputação de membros inferiores constitui-se como uma condição que impacta não apenas a funcionalidade física, mas também dimensões psicológicas, sociais, culturais e ambientais da vida do indivíduo.

Moro, Assef e Araújo (2012) evidenciaram, por meio do WHOQOL-BREF, que amputados de etiologia vascular apresentaram maiores prejuízos no domínio físico, enquanto domínios psicológicos e sociais situaram-se em níveis intermediários. Já Abdalla *et al.* (2013), ao correlacionar o SF-36 com o Índice de Capacidade Locomotora, observaram que a protetização repercute positivamente em domínios sociais e emocionais, demonstrando que a mobilidade adquirida não se restringe ao aspecto funcional, mas influencia diretamente o bem-estar subjetivo.

Mais recentemente, a pesquisa de Vieira *et al.* (2023), com amputados transfemorais atendidos em um centro especializado de reabilitação, reforçou o potencial do SF-36 para captar nuances entre domínios físicos e mentais. Os resultados mostraram escores mais positivos em dor, vitalidade e saúde mental, mas insatisfatórios em capacidade funcional e aspectos sociais, revelando a necessidade de intervenções multiprofissionais para além da dimensão clínica.

Embora instrumentos genéricos ofereçam uma visão global, diversos autores apontam para a limitação de não contemplarem as especificidades da população amputada (Sinha; Van Den Heuvel, 2011). Nesse sentido, Luz *et al.* (2018), ao aplicar o *Prosthesis Evaluation Questionnaire* (PEQ) em amputados usuários de prótese, demonstraram que queixas como mobilidade, desconforto térmico no encaixe e edema do coto só puderam ser devidamente identificadas pelo uso de um instrumento específico.

Da mesma forma, Silva, Sousa e Marães (2020), ao investigarem atletas transfemorais, utilizaram questionários de satisfação e adaptação, observando forte correlação entre tempo de amputação e grau de adaptação, o que evidenciou o valor desses instrumentos para captar fatores que influenciam diretamente a reintegração esportiva e social.

Meteyer (2020), em estudo realizado em Portugal com amputados do membro inferior, aplicou o WHOQOL-BREF e a Escala de Autoestima de Rosenberg. A autora constatou níveis elevados de qualidade de vida, mas com variações pouco significativas entre protetizados e não protetizados, indicando que fatores como fisioterapia, apoio social e contexto socioeconômico podem ser tão determinantes quanto o uso da prótese. Essa conclusão converge com as observações de Paiva e Goellner (2008), que destacam o caráter simbólico e identitário da protetização, compreendida não apenas como recurso funcional, mas como elemento de reconstrução corporal e subjetiva.

Assim, defende-se que a prática clínica e a pesquisa acadêmica incorporem de maneira sistemática esses instrumentos, de forma combinada, valorizando tanto as dimensões funcionais quanto as subjetivas. Mais do que mensurar escores, o uso de questionários em amputados possibilita compreender experiências de dor, adaptação, reinserção social e autoestima, fornecendo subsídios concretos para programas de reabilitação mais sensíveis às necessidades reais dessa população.

A amputação de membros inferiores representa uma condição clínica que ultrapassa os limites da perda funcional, atingindo dimensões psicológicas, sociais e culturais que impactam diretamente a qualidade de vida. Nesse contexto, a avaliação sistemática por meio de questionários validados tornou-se uma ferramenta indispensável para compreender o processo de reabilitação e o impacto do uso da prótese.

Os questionários permitem quantificar de forma padronizada aspectos relacionados à saúde, ao bem-estar, à autonomia e à adaptação psicossocial, fornecendo subsídios tanto para a prática clínica baseada em evidências quanto para a formulação de políticas públicas em saúde. Estudos recentes reforçam que, sem tais instrumentos, torna-se difícil mensurar adequadamente os ganhos e limitações vivenciados por essa população, comprometendo a eficácia dos programas de reabilitação (Coluci; Alexandre; Milani, 2015; Andrade, 2019; Matos, 2016).

Coluci, Alexandre e Milani (2015) enfatizam que os questionários somente têm relevância científica e clínica quando apresentam boas propriedades psicométricas, como validade, confiabilidade, sensibilidade e responsividade. A elaboração de novos instrumentos requer etapas metodológicas rigorosas: definição conceitual, elaboração e organização dos itens, validade de conteúdo, pré-teste e avaliação psicométrica.

A adaptação transcultural de questionários já existentes, a fim de favorecer comparações entre diferentes contextos pode permitir maior robustez científica. Essa perspectiva é especialmente relevante para a área da amputação, em que há carência de instrumentos específicos adaptados às realidades locais. Assim, o uso de questionários validados é não apenas

uma exigência metodológica, mas também uma condição fundamental para que os resultados sejam confiáveis e aplicáveis à prática clínica.

A revisão narrativa conduzida por Andrade (2019) direciona o olhar para a população idosa amputada, evidenciando a importância de instrumentos funcionais específicos para essa faixa etária. O estudo identificou sete principais instrumentos utilizados: Teste de Caminhada de 2 Minutos (TC2'), Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6'), Escala de Equilíbrio de Berg, *Timed Up and Go* (TUG), Teste Funcional de Fullerton, Índice de Barthel e SIGAM *Mobility.*

Dentre esses, apenas alguns apresentaram propriedades psicométricas adequadas para pessoas idosas amputadas, destacando-se o TUG e o SIGAM *Mobility*. Este último, apesar de específico para amputados, ainda não foi adaptado à realidade brasileira. A autora conclui que há uma lacuna metodológica importante: a ausência de instrumentos devidamente validados para pessoas idosas amputadas compromete a precisão das avaliações e, consequentemente, a adequação da prescrição protética e o planejamento da reabilitação.

Entre os questionários específicos para amputados, o Prosthesis Evaluation Questionnaire (PEQ) ocupa posição de destaque. Desenvolvido originalmente nos Estados Unidos, ele é reconhecido por sua abrangência multidimensional, contemplando domínios como utilidade da prótese, saúde do membro residual, deambulação, aparência, frustração, bem-estar, reação social e carga familiar (Legro *et al*., 1998).

Matos (2016), ao apresentar a versão portuguesa adaptada (PEQ-PT), demonstrou que o instrumento é capaz de captar tanto aspectos funcionais objetivos quanto dimensões subjetivas e psicossociais da experiência com a prótese. Os resultados apontaram que usuários de prótese relataram maior satisfação nos domínios utilidade e deambulação, mas insatisfações quanto ao peso, à estética e ao desconforto físico. Esse estudo reforça que instrumentos como o PEQ são indispensáveis para revelar nuances da adaptação protética que não seriam identificadas apenas por testes clínicos ou funcionais.

A análise dos estudos evidencia, que os questionários representam ferramentas centrais na avaliação da qualidade de vida de amputados usuários de prótese de membros inferiores. Como instrumentos de mensuração, funcionam como mediadores entre a vivência subjetiva do paciente e a prática clínica, fornecendo dados objetivos sobre percepções, limitações e conquistas.

Seja em instrumentos genéricos como o SF-36 e o WHOQOL-BREF, em funcionais como o TUG e o SIGAM *Mobility*, ou em específicos como o PEQ, os questionários permitem compreender de forma abrangente os impactos da amputação e do uso da prótese. Contudo,

persiste a necessidade de ampliar os processos de validação transcultural nas avaliações em qualidade de vida.

Portanto, a incorporação sistemática de questionários validados nos programas de reabilitação não deve ser vista como um complemento opcional, mas como um requisito essencial para assegurar reabilitações mais eficazes, humanizadas e centradas nas reais necessidades da pessoa amputada.

7 CAPÍTULO VII – RESULTADOS: PERFIL DOS PARTICIPANTES E ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DA ATD

A análise dos dados constitui uma etapa fundamental desta pesquisa, pois permite compreender, de forma sistemática, as percepções e experiências dos participantes em relação ao objeto de estudo. A partir do exame conjunto das respostas obtidas nos instrumentos de pesquisa, tornou-se possível identificar recorrências, convergências e singularidades que subsidiaram a construção das categorias analíticas. Dessa forma, os dados não foram interpretados de maneira isolada, mas articulados coletivamente por meio da Análise Textual Discursiva (ATD), possibilitando a produção de compreensões mais amplas acerca da percepção da qualidade de vida de pessoas amputadas usuárias de prótese. Assim, a análise apresentada neste capítulo organiza e interpreta os dados coletados à luz dos objetivos da pesquisa e do referencial teórico adotado, valorizando as vozes dos participantes na construção dos resultados do estudo.

A utilização conjunta do questionário sociodemográfico e do instrumento SF-36 justifica-se pela complementaridade entre as informações produzidas por ambos. Enquanto o questionário sociodemográfico possibilita a caracterização social, econômica, demográfica e clínica dos participantes, contemplando aspectos como idade, sexo, escolaridade, ocupação, renda e condições relacionadas à amputação, o SF-36 permite mensurar indicadores autorreferidos de qualidade de vida relacionada à saúde, abrangendo dimensões físicas, emocionais e sociais. A articulação entre esses instrumentos favorece uma compreensão mais abrangente dos resultados, ao relacionar características dos participantes com sua percepção acerca das condições de saúde e bem-estar. Dessa forma, a integração desses dados contribui para uma análise mais consistente do fenômeno investigado, fortalecendo a interpretação dos resultados à luz do contexto de vida dos participantes e dos objetivos da pesquisa (Ware; Sherbourne, 1992; Minayo, 2013).

A adoção da Análise Textual Discursiva (ATD), proposta por Moraes e Galiazzi, revela-se particularmente pertinente neste capítulo, pois possibilita aprofundar a análise dos dados produzidos na pesquisa. Em complemento às informações obtidas por meio do questionário sociodemográfico e do SF-36, a ATD favorece a identificação de sentidos, significados e interpretações construídas pelos participantes acerca de suas experiências com a amputação, a reabilitação e o uso da prótese. Assim, sua contribuição consiste em ampliar a compreensão do fenômeno investigado, integrando diferentes dimensões da experiência humana e fortalecendo

a análise dos resultados a partir da complementaridade entre distintas estratégias metodológicas.

A aplicação da Análise Textual Discursiva (ATD) nesta pesquisa ocorreu a partir da análise do questionário sociodemográfico com os oito participantes do estudo. Inicialmente, procedeu-se à leitura integral dos relatos, buscando a imersão no corpus de análise e a identificação dos sentidos relacionados à experiência da amputação, ao processo de reabilitação, ao uso da prótese e à percepção da qualidade de vida. Em seguida, realizou-se o processo de unitarização, no qual foram destacados trechos considerados significativos para os objetivos da pesquisa, constituindo as unidades de significado. Posteriormente, essas unidades foram agrupadas por aproximação semântica e temática, dando origem às categorias analíticas que estruturam a apresentação dos resultados. Por fim, as categorias foram interpretadas à luz do referencial teórico adotado e articuladas aos resultados do SF-36, possibilitando a construção dos metatextos que sustentam a análise integrada dos dados.

Nesse processo, a unitarização constituiu uma etapa fundamental da análise, pois permitiu identificar elementos recorrentes presentes nos relatos dos participantes. As unidades de significado foram posteriormente reorganizadas em categorias analíticas, favorecendo a compreensão dos sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências de reabilitação e uso da prótese. A interpretação dessas categorias possibilitou a construção de uma análise que integra os aspectos sociais, emocionais, funcionais e simbólicos presentes na percepção da qualidade de vida.

Esse processo foi fundamental para a organização e interpretação dos dados produzidos pelos participantes. A partir da leitura das respostas às questões abertas do instrumento de pesquisa, foram identificadas unidades de significado relacionadas à experiência da amputação, ao processo de reabilitação, ao uso da prótese e à percepção da qualidade de vida. Essas unidades foram agrupadas por aproximação temática, originando as categorias analíticas que estruturam este capítulo: perfil dos participantes e condições de saúde, desafios no processo de reabilitação protética, adaptação à prótese e suporte recebido, e percepção da qualidade de vida. A interpretação dessas categorias, articulada aos resultados obtidos pelo SF-36, possibilitou a construção dos metatextos analíticos apresentados ao longo do capítulo, permitindo compreender os sentidos atribuídos pelos participantes às suas experiências e relacioná-los aos indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde.

O instrumento SF-36 constitui uma ferramenta amplamente utilizada para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (Ware; Sherbourne, 1992; Ciconelli et al., 1999). Complementarmente, o instrumento de pesquisa aplicado aos participantes foi composto por

duas partes. A primeira reuniu informações sociodemográficas e clínicas, possibilitando a caracterização social, econômica e das condições de saúde dos participantes. A segunda contemplou questões abertas relacionadas à experiência da amputação, ao processo de reabilitação, ao uso da prótese e à percepção da qualidade de vida, cujas respostas subsidiaram a análise qualitativa por meio da Análise Textual Discursiva (ATD). A articulação entre esses diferentes conjuntos de dados possibilitou uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado, relacionando características dos participantes, indicadores de qualidade de vida e os sentidos atribuídos às experiências vividas.

A Análise Textual Discursiva (ATD) foi aplicada às respostas das questões abertas presentes no instrumento de pesquisa, constituindo o corpus qualitativo desta investigação. Esse procedimento teve como objetivo compreender os sentidos atribuídos pelos participantes às experiências relacionadas à amputação, ao processo de reabilitação, ao uso da prótese e à percepção da qualidade de vida. A análise iniciou-se com a leitura integral das respostas e a identificação das unidades de significado, que posteriormente foram agrupadas por aproximação temática, originando as categorias analíticas apresentadas neste capítulo. A interpretação dessas categorias ocorreu em articulação com os dados de caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e com os resultados obtidos pelo SF-36, possibilitando uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado. Assim, os resultados são apresentados inicialmente por meio da caracterização dos participantes, seguidos pela análise dos indicadores de qualidade de vida e, posteriormente, pelas categorias construídas a partir da ATD.

7.1 Perfil dos participantes e condições de saúde

A caracterização do perfil sociodemográfico e das condições de saúde dos participantes constitui um passo fundamental para a compreensão dos resultados desta pesquisa. Ao situar quem são os sujeitos investigados, torna-se possível contextualizar as análises subsequentes sobre o processo de reabilitação, adaptação à prótese e percepção da qualidade de vida, evitando leituras descoladas das realidades sociais, econômicas e clínicas vivenciadas.

A especificação de características dos participantes também é essencial em pesquisas qualitativas que buscam compreender as experiências e percepções de sujeitos em contextos de saúde e reabilitação. Neste estudo, que tem como foco analisar a qualidade de vida de pessoas amputadas usuárias de prótese atendidas pelo Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS, compreender quem são esses indivíduos, suas histórias clínicas, suas condições de vida e

as trajetórias que os levaram até o processo de protetização é essencial para uma análise interpretativa consistente.

Para além da descrição sociodemográfica, o perfil dos participantes também oferece subsídios de interpretação importantes sobre fatores que podem influenciar a adaptação ao uso da prótese, a autonomia funcional, o enfrentamento emocional e o acesso aos recursos de saúde e suporte multiprofissional. Questões como escolaridade, ocupação, faixa etária, causa e nível da amputação, presença de complicações clínicas, uso de medicamentos e equipamentos auxiliares, bem como a realização ou não de fisioterapia, configuram-se como variáveis que afetam diretamente a vivência do processo de reabilitação e, por consequência, a percepção subjetiva da qualidade de vida.

A organização desses dados em formato de quadro possibilita uma visão panorâmica e comparativa do grupo investigado, evidenciando tanto aspectos comuns quanto singularidades nas trajetórias dos participantes. Essa caracterização inicial fornece o suporte analítico necessário para as seções seguintes do capítulo, nas quais serão discutidos, de forma integrada, os desafios do processo de reabilitação, o nível de satisfação com os serviços recebidos e a percepção da qualidade de vida reconhecida pelos próprios sujeitos.

Nesse sentido, o Quadro apresenta uma síntese dos dados referentes aos oito participantes do estudo, preservando o anonimato conforme os preceitos éticos da pesquisa. São contempladas informações relacionadas ao sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda, ano e causa da amputação, nível de amputação, presença de complicações pós-amputação, uso de medicamentos, tipo de prótese, utilização de equipamentos auxiliares e acesso à fisioterapia.

Quadro 3 – Perfil sociodemográfico e condições de saúde dos participantes

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	6	75,0
	Feminino	2	25,0
Escolaridade	Ensino Médio Completo	5	62,5
	Ensino Superior Completo	2	25,0
	Ensino Superior Incompleto	1	12,5
Profissão	Agricultor(a)	4	50,0
	Professora	1	12,5
	Técnica em TI	1	12,5
	Motorista	1	12,5
	Bancário	1	12,5

Quadro 4 – Condições de saúde dos participantes

Variável	Categoria	n	%
Nível da amputação	Transfemoral	6	75,0
	Transtibial	2	25,0
Complicações pós-amputação	Sim	4	50,0
	Não	4	50,0
Uso de medicamentos	Sim	6	75,0
	Não	2	25,0
Tipo de prótese	Mecânica	8	100,0
Equipamento auxiliar	Nenhum	6	75,0
	Bengala	1	12,5

Variável	Categoria	n	%
	Andador	1	12,5
Fisioterapia	Sim	8	100,0

Legenda: SM = Salário Mínimo; N/A = Não se aplica
Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Quadro 5 – Dados Sociodemográficos

Ano da amputação	Causa da amputação	Nível da amputação	Complicações pós-amputação	Uso de medicamentos	Tipo de prótese	Equipamento auxiliar	Fisioterapia
2012	Acidente automobilístico	Transfemoral	Sim	Sim	Mecânica	Não	Sim
2010	Acidente motociclístico	Transfemoral	Não	Não	Mecânica	Não	Sim
2016	Diabetes	Transfemoral	Não	Sim	Mecânica	Não	Sim
Congênita	Amputação congênita	Transtibial	Não	Não	Mecânica	Não	Sim
2018/2022	Acidente rural	Transfemoral	Sim	Sim	Mecânica	Não	Sim
2017	Complicação da diabetes	Transfemoral	Não	Sim	Mecânica	Não	Sim (inicial)
2018	Acidente de moto	Transtibial	Sim	Sim	Mecânica	Bengala	Sim
2020	Acidente com trator	Transfemoral	Sim	Sim	Mecânica	Andador	Sim

Participaram da pesquisa oito usuários do Centro Regional de Reabilitação (CER II), predominando indivíduos do sexo masculino (75%). Em relação à escolaridade, observou-se maior frequência de participantes com ensino médio completo (62,5%), seguidos daqueles com ensino superior completo (25%) e superior incompleto (12,5%). Quanto à ocupação profissional, metade dos participantes era composta por agricultores (50%), evidenciando a predominância de atividades laborais vinculadas ao meio rural.

No que se refere às condições de saúde e reabilitação, verificou-se predominância de amputações transfemorais (75%), enquanto as amputações transtibiais corresponderam a 25% dos casos. Metade dos participantes relatou complicações após a amputação (50%), e a maioria fazia uso de medicamentos (75%). Todos os participantes utilizavam prótese mecânica e realizaram fisioterapia durante o processo de reabilitação. Quanto ao uso de equipamentos auxiliares, 75% não utilizavam nenhum dispositivo adicional, enquanto um participante fazia uso de bengala e outro de andador.

Os resultados evidenciam um grupo heterogêneo em relação às características sociais, econômicas e clínicas. Embora haja predominância de homens, trabalhadores rurais e pessoas submetidas à amputação transfemoral, observa-se diversidade quanto às trajetórias de vida, níveis de escolaridade, condições de renda, causas da amputação e experiências de reabilitação. Entre os participantes, sete passaram por amputações adquiridas, decorrentes principalmente de acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e complicações associadas ao diabetes, enquanto um participante apresentava amputação congênita.

As condições clínicas relatadas demonstram que o processo de amputação e reabilitação não ocorre de forma homogênea. Alguns participantes mencionaram complicações como dor fantasma, dor residual e dificuldades no processo de cicatrização, enquanto outros relataram uma adaptação mais favorável à prótese. Da mesma forma, o uso contínuo de medicamentos esteve relacionado principalmente à presença de comorbidades e ao manejo da dor, evidenciando diferentes demandas de cuidado e acompanhamento em saúde.

Apesar dessas particularidades, todos os participantes tiveram acesso à fisioterapia e utilizavam prótese mecânica, ainda que em diferentes níveis de adaptação e frequência de uso. A necessidade de equipamentos auxiliares foi relatada apenas por dois participantes, sugerindo diferentes graus de autonomia funcional e adaptação à marcha.

Esses aspectos evidenciam que o processo de reabilitação envolve múltiplos fatores, incluindo condições clínicas, características individuais, acesso aos serviços de saúde e suporte recebido ao longo da trajetória de recuperação.

A caracterização dos participantes permite compreender que a experiência da amputação ultrapassa os aspectos estritamente físicos, sendo influenciada por condições sociais, econômicas e contextuais que afetam o processo de adaptação à prótese e de reinserção nas atividades cotidianas. Nesse sentido, o perfil apresentado fornece elementos importantes para a compreensão dos resultados discutidos nas seções seguintes, especialmente no que se refere às experiências de reabilitação, à adaptação protética e à percepção da qualidade de vida.

A seguir, serão analisados os principais desafios enfrentados pelos participantes ao longo do processo de reabilitação protética, com base nas respostas às perguntas abertas do questionário e na leitura interpretativa realizada por meio da Análise Textual Discursiva (ATD). Essa etapa da análise busca identificar os obstáculos mais recorrentes e os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas vivências com a amputação e o uso da prótese, contribuindo para a construção de categorias que expressem, de forma coletiva, o núcleo das experiências compartilhadas.

7.2 Resultados do SF-36

Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes, foi aplicado o Questionário de Saúde SF-36 (Short Form Health Survey), instrumento amplamente utilizado para mensurar a percepção dos indivíduos acerca de diferentes dimensões de sua saúde física e mental. O instrumento contempla oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental, possibilitando uma avaliação abrangente das condições de vida e bem-estar dos participantes. Os resultados obtidos permitem identificar os domínios mais preservados e aqueles que apresentam maiores limitações entre os participantes da pesquisa. A Tabela 7 apresenta os escores obtidos em cada domínio do SF-36, constituindo a base para a análise quantitativa da qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes deste estudo.

Quadro – 6: Tabela Consolidada do SF-36

Participante	Capacidade funcional	Limitação por aspectos físicos	Limitação por aspectos emocionais	Vitalidade	Saúde mental	Aspectos sociais	Dor	Estado geral de saúde	Mudança de saúde
Participante 1	45,0	75,0	100,0	40,0	60,0	37,5	77,5	60,0	50,0
Participante 2	60,0	50,0	33,3	70,0	76,0	87,5	100,0	80,0	100,0
Participante 3	50,0	0,0	66,7	80,0	80,0	87,5	45,0	65,0	100,0
Participante 4	95,0	50,0	100,0	80,0	88,0	100,0	77,5	60,0	100,0
Participante 5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	22,5	15,0	0,0
Participante 6	60,0	0,0	100,0	75,0	84,0	62,5	67,5	60,0	75,0
Participante 7	40,0	0,0	33,3	70,0	76,0	87,5	77,5	70,0	50,0
Participante 8	70,0	25,0	0,0	75,0	84,0	87,5	77,5	75,0	50,0
Média	**52,5**	**25,0**	**54,2**	**61,3**	**68,5**	**70,3**	**68,1**	**60,6**	**65,6**

A análise dos escores obtidos por meio do SF-36 evidencia que a qualidade de vida relacionada à saúde dos participantes apresenta características heterogêneas, refletindo as diferentes trajetórias de amputação, reabilitação e adaptação ao uso da prótese. Os resultados demonstram que determinados domínios encontram-se mais preservados, enquanto outros revelam limitações importantes que ainda repercutem sobre o cotidiano dos participantes.

O domínio que apresentou menor escore médio foi o de limitação por aspectos físicos (25,0), indicando que as condições físicas decorrentes da amputação ainda exercem influência significativa sobre a realização de atividades diárias e sobre o desempenho ocupacional dos participantes. Esse resultado sugere que, mesmo após o processo de reabilitação e protetização, permanecem desafios relacionados à funcionalidade, mobilidade e execução de tarefas que exigem maior esforço físico.

A capacidade funcional apresentou média de 52,5 pontos, revelando uma condição intermediária entre independência e limitação funcional. Embora parte dos participantes demonstre níveis satisfatórios de autonomia para a realização das atividades cotidianas, os resultados indicam a persistência de dificuldades relacionadas à locomoção, ao equilíbrio e à adaptação às exigências impostas pela utilização da prótese.

Os domínios relacionados à vitalidade (61,3), estado geral de saúde (60,6) e mudança de saúde (65,6) apresentaram escores moderadamente positivos, sugerindo que os participantes percebem sua condição de saúde de forma relativamente satisfatória, ainda que convivendo com limitações decorrentes da amputação. Esses resultados indicam que o processo de reabilitação tem contribuído para a recuperação da autonomia e para a reconstrução das condições de vida, embora não elimine completamente os impactos físicos e emocionais associados à experiência da amputação.

Em relação aos aspectos emocionais, observou-se média de 54,2 pontos, evidenciando que as repercussões emocionais da amputação permanecem presentes para parte dos participantes. Os resultados demonstram que fatores relacionados à adaptação à nova condição corporal, às mudanças na rotina e às exigências do processo de reabilitação podem influenciar a forma como os indivíduos percebem seu bem-estar emocional.

Por outro lado, os maiores escores foram observados nos domínios aspectos sociais (70,3), saúde mental (68,5) e dor (68,1). Esses resultados sugerem que, apesar das

limitações físicas identificadas, os participantes apresentam níveis relativamente satisfatórios de interação social, preservação do bem-estar psicológico e manejo dos sintomas dolorosos. A manutenção das relações sociais, familiares e comunitárias parece constituir um importante elemento de suporte durante o processo de reabilitação, contribuindo para a adaptação à amputação e para a reconstrução da autonomia.

De modo geral, os resultados do SF-36 indicam que a qualidade de vida dos participantes não pode ser compreendida de forma homogênea, uma vez que diferentes dimensões da saúde apresentam níveis distintos de comprometimento e adaptação. Enquanto os aspectos físicos se mostram mais impactados pela experiência da amputação, os domínios relacionados às relações sociais, à saúde mental e à percepção global da saúde apresentam resultados mais favoráveis. Esses achados fornecem importantes indicadores sobre as condições de vida dos participantes e constituem uma base relevante para a compreensão mais ampla das experiências de reabilitação que serão aprofundadas nas análises subsequentes.

7.3 Desafios no processo de reabilitação protética

O processo de reabilitação de pessoas amputadas envolve muito mais do que a simples adaptação física ao uso de uma prótese. Trata-se de uma experiência complexa e multifacetada, que mobiliza aspectos físicos, emocionais, sociais e simbólicos, exigindo do sujeito uma profunda reorganização de sua vida cotidiana. Por isso, compreender os desafios enfrentados pelos participantes desta pesquisa ao longo de suas trajetórias de reabilitação permite lançar luz sobre as barreiras, visíveis e invisíveis, que interferem diretamente na qualidade de vida e na autonomia funcional.

As falas analisadas por meio da Análise Textual Discursiva (ATD) revelam que, embora cada trajetória traga especificidades, há núcleos de sentido comuns que se repetem em diferentes histórias de vida. Os participantes relatam desde dificuldades motoras no reaprendizado da marcha até sentimentos de tristeza, dor, insegurança, frustração com o equipamento e limitações no acesso a serviços de apoio. Essas experiências se manifestam tanto em nível físico e técnico quanto em dimensões emocionais e contextuais, revelando a amplitude dos fatores que atravessam o processo de reabilitação com prótese.

O quadro a seguir sintetiza as categorias emergentes dos relatos dos oito participantes, agrupando os principais desafios enfrentados no processo de reabilitação, suas respectivas unidades de significado, os participantes relacionados e os domínios do instrumento SF-36 que dialogam com cada eixo temático. Essa sistematização favorece uma leitura mais abrangente e comparativa das dificuldades encontradas, oferecendo subsídios para compreender os fatores que dificultam (ou favorecem) a reintegração funcional e social após a amputação, como apresentada no quadro 7:

Quadro 7 – Categorias coletivas: Desafios no processo de reabilitação protética e domínios relacionados do SF-36

Categoria	Descrição	Unidades de Significado	Participantes	Domínios do SF-36 relacionados
C1 – Reaprender a andar	Esforços físicos e técnicos para readquirir a capacidade de	Voltar a andar; Reaprender a caminhar; Caminhada com apoio;	1, 2, 3, 6, 7, 8	Capacidade funcional; Papel físico

Categoria	Descrição	Unidades de Significado	Participantes	Domínios do SF-36 relacionados
	marcha com a prótese	Dificuldade de marcha		
C2 – Aceitação da nova condição	Aspectos emocionais ligados à aceitação da amputacão e uso da prótese	Aceitação geral; Sentimento de perda; Sentimento ruim; Tristeza; Insegurança; Enfrentar a amputação	2, 3, 7, 8	Aspectos emocionais; Vitalidade; Saúde mental
C3 – Adaptação protética	Ajustes físicos e práticos no uso da prótese	Adaptação à prótese; Encaixe desconfortável; Dor; Dificuldade física; Sentir que vai soltar; Material resistente	1, 3, 6, 7, 8	Dor; Capacidade funcional; Papel físico
C4 – Apoio limitado na reabilitação	Ausência ou insuficiência de suporte multiprofissional durante a reabilitação	Apoio pontual; Não recebeu acompanhamento adequado; Faltou explicação; Suporte emocional ausente; Fisioterapia inicial sem continuidade	3, 5, 6, 7, 8	Aspectos sociais; Aspectos físicos; Saúde geral
C5 – Barreira ambiental e tecnológica	Dificuldades relacionadas ao acesso, temperatura, uso em espaços urbanos e limitações do equipamento	Calor; Suor; Dificuldade com escadas; Acesso restrito; Peso da prótese; Difícil de colocar; Excesso de burocracia	1, 2, 5, 7, 8	Capacidade funcional; Vitalidade; Saúde geral

Fonte: Dados da pesquisa, análise qualitativa via ATD (2025).

A análise qualitativa das falas dos participantes, sistematizada a partir da Análise Textual Discursiva (ATD), permitiu identificar um conjunto de desafios recorrentes enfrentados no processo de reabilitação com o uso de prótese. Esses desafios foram agrupados em cinco categorias principais, que refletem não apenas os aspectos técnicos da readaptação funcional, mas também os componentes emocionais, sociais e ambientais que atravessam a experiência de ser uma pessoa amputada em processo de reabilitação.

A primeira categoria, “Reaprender a andar”, concentra os esforços físicos e motores necessários para restabelecer a marcha com o uso da prótese. Trata-se de um dos

desafios mais evidentes e mencionados, envolvendo desde o aprendizado inicial da locomoção com o novo dispositivo até o domínio funcional para se movimentar com autonomia. Esse processo exige treinamento, confiança e, muitas vezes, apoio profissional e familiar. Tal categoria está fortemente relacionada aos domínios capacidade funcional e papel físico do SF-36, que medem a habilidade de realizar atividades cotidianas e o impacto das limitações físicas.

A segunda categoria, "Aceitação da nova condição", expressa os aspectos subjetivos e emocionais do processo de amputação e adaptação à prótese. Sentimentos como insegurança, tristeza, sentimento de perda e o enfrentamento da nova imagem corporal aparecem nas falas dos participantes como obstáculos tão desafiadores quanto os físicos. Esses conteúdos se conectam aos domínios aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental, revelando que a reconstrução da identidade é parte fundamental da reabilitação.

A terceira categoria, "Adaptação protética", engloba dificuldades técnicas e desconfortos associados ao uso da prótese, incluindo problemas com o encaixe, dor, material, e sensação de instabilidade. Esses fatores interferem diretamente na adesão ao uso contínuo do dispositivo e na percepção de funcionalidade. Os domínios mais impactados aqui são novamente capacidade funcional, papel físico e dor, evidenciando que o desempenho da prótese não é apenas uma questão de acesso, mas de qualidade e ajuste adequado.

A quarta categoria, "Apoio limitado na reabilitação", denuncia a insuficiência ou ausência de acompanhamento profissional ao longo da jornada reabilitacional. A falta de continuidade na fisioterapia, a escassez de orientação técnica e emocional e a burocracia enfrentada para acessar os serviços de saúde são elementos que atravessam essa categoria. Tais falas dialogam com os domínios aspectos sociais, aspectos físicos e saúde geral, pois afetam a vivência relacional e o acesso aos recursos de cuidado.

Por fim, a categoria "Barreira ambiental e tecnológica" abrange as dificuldades externas ao corpo do sujeito, como o peso da prótese, o desconforto térmico, obstáculos urbanos e a lentidão no processo de entrega e manutenção dos dispositivos. Essas barreiras reforçam a noção de que a deficiência não está apenas no corpo, mas também no ambiente que o cerca. Essa dimensão impacta a vitalidade, a saúde geral e a capacidade funcional, dificultando o uso pleno da prótese e limitando a participação social.

A leitura integrada das categorias evidencia que o processo de reabilitação com prótese vai muito além da recuperação física. Trata-se de uma reconstrução multifacetada, que exige suporte técnico, sensibilidade emocional e acesso contínuo a políticas públicas de qualidade. A triangulação com os dados do SF-36 reforça a consistência entre os relatos subjetivos e os domínios objetivos do instrumento, apontando para áreas de maior fragilidade que merecem atenção no cuidado integral ao amputado.

A análise dos desafios enfrentados pelos participantes no processo de reabilitação evidencia que a adaptação ao uso da prótese vai além de questões técnicas, envolvendo aspectos emocionais, sociais, físicos e ambientais. A diversidade dos relatos mostra que, embora o reaprendizado da marcha seja central, ele se entrelaça com sentimentos de insegurança, dor, desinformação e limitações impostas pelo ambiente, revelando a complexidade desse percurso.

Tendo compreendido os principais obstáculos enfrentados, o próximo item se dedica a explorar como os participantes vivenciaram o processo de adaptação à prótese e avaliaram o suporte recebido durante a reabilitação, seja ele técnico, multiprofissional ou emocional. Essa análise aprofunda a leitura dos fatores que favorecem (ou dificultam) a consolidação de uma rotina funcional e a percepção de autonomia no cotidiano.

7.4 Adaptação à prótese e suporte recebido

A adaptação à prótese é uma etapa central no processo de reabilitação da pessoa amputada, envolvendo aspectos físicos, técnicos, emocionais e sociais que interagem de maneira singular em cada trajetória. Mais do que o simples uso de um dispositivo, adaptar-se à prótese implica incorporar um novo modo de viver e de se mover no mundo, redescobrindo o corpo em suas possibilidades e limites. Esse processo é influenciado por múltiplos fatores, como o nível e a causa da amputação, a qualidade da prótese, o suporte multiprofissional disponível, o acesso a serviços de saúde e, sobretudo, o modo como o indivíduo ressignifica sua própria experiência.

A partir das respostas dos participantes, analisadas pela Análise Textual Discursiva (ATD), foi possível identificar diferentes sentidos atribuídos ao uso da prótese e ao suporte recebido. As falas revelam tanto relatos de autonomia e adesão funcional quanto dificuldades técnicas, desconfortos físicos, ajustes subjetivos e apoio recebido de profissionais e familiares. Em algumas situações, o uso da prótese é descrito como uma ferramenta de liberdade e reinserção; em outras, é atravessado por dor, insegurança ou

cansaço. Do mesmo modo, o suporte recebido varia de acompanhamento contínuo a experiências de desassistência ou apoio pontual.

O quadro a seguir apresenta as categorias construídas a partir desses relatos, reunindo os principais sentidos associados à adaptação ao uso da prótese e ao suporte vivenciado durante a reabilitação. As categorias foram associadas às unidades de significado, aos participantes que expressaram tais experiências e aos domínios do SF-36 que dialogam com cada eixo temático, permitindo uma análise integrada entre a percepção subjetiva e os indicadores objetivos de saúde e funcionalidade.

Quadro 8 – Categorias coletivas: Adaptação à prótese e suporte recebido e domínios relacionados do SF-36

Categoria	Descrição	Unidades de Significado	Participantes	Domínios do SF-36 relacionados
C1 – Adesão funcional à prótese	Uso frequente da prótese no cotidiano e percepção de utilidade funcional	Uso diário da prótese; Autonomia para andar; Uso em atividades domésticas; Redução da dependência; Sair de casa com a prótese	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Capacidade funcional; Papel físico
C2 – Suporte profissional recebido	Apoio recebido durante o processo reabilitacional	Atendimento fisioterapêutico; Acompanhamento multiprofissional; Suporte inicial; Reabilitação com fisioterapia regular	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8	Aspectos físicos; Aspectos sociais
C3 – Limitações e desconfortos no uso	Dificuldades técnicas e sensações de incômodo ao utilizar a prótese	Dor; Peso da prótese; Encaixe desconfortável; Sensibilidade; Dificuldade em subir escadas; Calor; Cansaço	1, 3, 5, 6, 7, 8	Dor; Vitalidade; Capacidade funcional
C4 – Ajustes e adaptações pessoais	Estratégias subjetivas para lidar com a prótese e manter autonomia	Realiza atividades em ritmo brando; Evita esforço prolongado; Utiliza apoio quando necessário; Modifica a rotina para adaptar-se à prótese	2, 5, 6, 7, 8	Vitalidade; Papel físico; Aspectos emocionais

Categoria	Descrição	Unidades de Significado	Participantes	Domínios do SF-36 relacionados
C5 – Apoio familiar e afetivo	Rede de suporte familiar e incentivo emocional no uso da prótese	Incentivo da família; Apoio de amigos; Confiança reforçada pela presença de outros; Sentimento de pertencimento	2, 3, 5, 7, 8	Aspectos sociais; Aspectos emocionais

Fonte: Dados da pesquisa, análise qualitativa via ATD (2025).

A leitura qualitativa dos relatos dos participantes evidencia que a adaptação à prótese é um processo profundamente subjetivo, marcado por avanços, retrocessos e significados variados atribuídos ao uso do dispositivo e ao suporte recebido. Embora o uso contínuo da prótese esteja presente na maioria dos casos, a experiência não é homogênea: ela oscila entre sensações de autonomia e frustração, conforto e dor, segurança e limitação.

A categoria "Adesão funcional à prótese" foi uma das mais recorrentes, indicando que os participantes incorporaram o uso da prótese em suas rotinas, seja para atividades domésticas, deslocamentos curtos ou tarefas cotidianas. A percepção de melhora na autonomia e na mobilidade reforça o vínculo positivo com o dispositivo, mesmo diante de algumas limitações. Essa experiência está diretamente relacionada aos domínios capacidade funcional e papel físico do SF-36, que apresentaram escores satisfatórios na maioria dos casos.

Contudo, o relato de limitações e desconfortos no uso da prótese também foi frequente. A sensação de dor, o incômodo com o encaixe, o peso da prótese e o cansaço após uso prolongado aparecem como barreiras concretas à adaptação plena. Esses aspectos dialogam com os domínios de dor e vitalidade, revelando que a funcionalidade não pode ser avaliada apenas pela frequência de uso, mas também pela qualidade da experiência com o dispositivo.

O papel da rede de suporte profissional também foi destacado, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento fisioterapêutico. Participantes que receberam apoio contínuo, com orientações específicas e atendimento multiprofissional, relataram maior segurança no uso da prótese e melhor adaptação. Isso reforça a importância de um cuidado

estruturado, humanizado e de longa duração no processo de reabilitação. Já os relatos de apoio pontual ou limitado demonstram lacunas nos serviços prestados, que impactam negativamente o desempenho funcional.

Outro eixo importante que emergiu nas falas foi a presença de ajustes e adaptações pessoais, demonstrando estratégias subjetivas de enfrentamento. Realizar atividades em ritmo brando, modificar a rotina para evitar sobrecarga e utilizar apoios em momentos críticos são formas de autorregulação que demonstram resiliência e capacidade de reorganização diante das limitações.

Por fim, a categoria apoio familiar e afetivo revelou-se fundamental para sustentar emocionalmente o processo de adaptação. O incentivo de familiares, amigos e pessoas próximas reforçou a confiança dos participantes no uso da prótese e na retomada das atividades sociais. Esses relatos se conectam diretamente aos domínios aspectos sociais e aspectos emocionais do SF-36, indicando que a qualidade da rede de apoio influencia significativamente a percepção de bem-estar e a motivação para o uso da prótese.

A integração dessas categorias demonstra que a adaptação à prótese não é um evento pontual, mas um processo contínuo, condicionado por fatores técnicos, emocionais, relacionais e ambientais. A escuta atenta às narrativas dos usuários permite compreender não apenas o que a prótese possibilita, mas também o que ela exige, revelando os múltiplos sentidos que atravessam sua presença no cotidiano de quem a utiliza.

A análise das experiências de adaptação à prótese revelou a complexidade desse processo, que envolve tanto elementos objetivos quanto dimensões subjetivas e relacionais. Embora a maioria dos participantes tenha relatado uso frequente da prótese e algum nível de autonomia funcional, os relatos também evidenciam desconfortos, estratégias de compensação e diferentes níveis de apoio profissional e emocional ao longo da reabilitação. O equilíbrio entre as limitações impostas e os recursos disponíveis, internos e externos, parece ser um fator determinante para o sucesso da adaptação.

Compreender essas vivências é fundamental para interpretar como os usuários de prótese percebem sua qualidade de vida após a amputação. O próximo item trata justamente dessa dimensão, reunindo dados discursivos e indicadores do SF-36 que apontam como os participantes avaliam seu estado geral de saúde, bem-estar físico e emocional, autonomia e participação social. Essa análise amplia a compreensão do

impacto da amputação e do uso da prótese sobre a vida cotidiana, para além da funcionalidade física.

7.5 Percepção da qualidade de vida

A percepção da qualidade de vida constitui um dos eixos centrais desta pesquisa, uma vez que ultrapassa os indicadores clínicos objetivos e contempla a forma como os indivíduos atribuem sentido à sua condição de vida após a amputação e o uso da prótese. Trata-se de uma dimensão subjetiva, construída a partir da experiência cotidiana, das interações sociais, das possibilidades de realização pessoal e da avaliação interna sobre saúde, funcionalidade e bem-estar.

Nesta etapa da análise, foram consideradas as respostas às perguntas abertas do questionário sociodemográfico que abordam diretamente a autoavaliação da saúde e da qualidade de vida antes, durante e após a protetização, articuladas com os resultados dos domínios do instrumento SF-36. A Análise Textual Discursiva (ATD) permitiu identificar diferentes sentidos e valorações atribuídas à experiência de viver com uma prótese, revelando trajetórias marcadas por superação, resiliência, mas também por persistência de limitações e ambivalência emocional.

O quadro a seguir apresenta as categorias construídas a partir dessas falas, evidenciando os aspectos mais significativos apontados pelos participantes em relação à sua qualidade de vida atual e aos impactos percebidos ao longo do tempo. As categorias são acompanhadas pelas unidades de significado que lhes deram origem, pelos participantes correspondentes e pelos domínios do SF-36 que dialogam com cada núcleo temático, compondo uma leitura integrada entre a dimensão subjetiva e os indicadores padronizados de saúde.

Quadro 9 – Categorias coletivas: Percepção da qualidade de vida e domínios relacionados do SF-36

Categoria	Descrição	Unidades de Significado	Participantes	Domínios do SF-36 relacionados
C1 – Comparativo temporal	Avaliações sobre a qualidade de vida antes, durante e após a protetização	Vida antes da amputação era boa; Qualidade de vida caiu durante	1, 2, 3, 6, 7, 8	Saúde geral; Vitalidade; Aspectos emocionais

Categoria	Descrição	Unidades de Significado	Participantes	Domínios do SF-36 relacionados
		a reabilitação; Melhorou após adaptação		
C2 – Recuperação funcional	Percepção de retorno às atividades cotidianas com limitações administradas	Voltei a andar; Realizo tarefas com limitação; Retomei atividades em ritmo mais brando; Recuperei parte da autonomia	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8	Capacidade funcional; Papel físico
C3 – Oscilações emocionais	Presença de sentimentos ambíguos sobre a qualidade de vida	Me sinto bem na maior parte do tempo; Sinto cansaço; Sinto felicidade e insegurança; Tenho medo de não conseguir manter a rotina	1, 2, 3, 5, 7, 8	Vitalidade; Aspectos emocionais; Saúde mental
C4 – Reconfiguração positiva	Sentido de superação e ressignificação da vida após a protetização	A prótese me devolveu parte da vida; Retomei minha identidade; Tenho orgulho do que consegui superar	2, 3, 6, 7, 8	Saúde mental; Aspectos sociais; Vitalidade
C5 – Limitações persistentes	Reconhecimento de barreiras que permanecem mesmo após adaptação	Ainda sinto dor; Tenho dificuldade com esforços prolongados; Não consigo fazer tudo que fazia antes	1, 3, 5, 7, 8	Dor; Capacidade funcional; Papel físico

Fonte: Dados da pesquisa, análise qualitativa via ATD (2025).

A análise qualitativa das falas dos participantes revela que a percepção da qualidade de vida após a amputação e o uso da prótese é atravessada por múltiplas dimensões, que vão desde a reconfiguração do cotidiano até a ressignificação da própria identidade. Os relatos indicam um processo marcado por reconstruções graduais, onde coexistem sentimentos de superação, reconhecimento das limitações persistentes,

oscilações emocionais e valorações contrastantes do que significa viver bem com uma prótese.

A categoria “Comparativo temporal” destaca-se por evidenciar como os participantes avaliam sua qualidade de vida em três momentos distintos: antes da amputação, durante o processo de reabilitação e após a protetização. De modo geral, os relatos apontam para uma queda acentuada na qualidade de vida durante a fase de reabilitação, seguida de melhora após a adaptação à prótese. Essa trajetória é confirmada pelos domínios do SF-36 relacionados à saúde geral e à vitalidade, que acompanham essa percepção de oscilação ao longo do tempo.

A categoria “Recuperação funcional” evidencia que os participantes atribuem significado positivo à retomada da mobilidade, da autonomia e da participação em atividades cotidianas, mesmo quando essas são realizadas com adaptações. Trata-se de uma percepção construída a partir da experiência vivida durante o processo de reabilitação. Os resultados do SF-36, especialmente nos domínios capacidade funcional e aspectos físicos, contribuem para compreender como os participantes percebem sua condição funcional no momento da pesquisa, sem, contudo, permitirem inferir diretamente a evolução ou melhora ao longo do tempo.

Por outro lado, os discursos também expressam oscilações emocionais, demonstrando que a convivência com a amputação e a prótese envolve ambivalências afetivas, como medo, insegurança, cansaço e, ao mesmo tempo, sentimentos de felicidade e orgulho pela superação. Essas oscilações, que apontam para um processo emocional dinâmico e nem sempre linear, se refletem nos domínios vitalidade, aspectos emocionais e saúde mental.

A categoria “Reconfiguração positiva” traduz o sentimento de que a vida, apesar de transformada, pode ganhar novos sentidos. A prótese é compreendida não apenas como um recurso técnico, mas como um instrumento de reconstrução da identidade, da autoestima e da sensação de pertencimento. Essa dimensão simbólica e afetiva da experiência está diretamente relacionada aos domínios aspectos sociais, vitalidade e saúde mental, que reforçam a importância do suporte emocional e relacional na percepção de qualidade de vida.

Por fim, a categoria “Limitações persistentes” reforça a ideia de que, mesmo após a adaptação, barreiras continuam presentes. Dor, fadiga, dificuldades em tarefas específicas e o reconhecimento de que “não se faz tudo como antes” surgem como

lembranças constantes da perda e da necessidade de reorganização. Essas limitações, embora não impeçam a reconstrução do cotidiano, marcam a experiência com a prótese e devem ser consideradas na formulação de políticas de cuidado mais sensíveis e realistas.

Em conjunto, as falas dos participantes e os dados do SF-36 permitem concluir que a qualidade de vida percebida é resultado de um equilíbrio delicado entre restrições e conquistas. A reabilitação bem-sucedida não significa retorno à condição anterior, mas sim a possibilidade de viver com autonomia, dignidade e sentido, mesmo diante de uma nova configuração corporal.

A análise das percepções dos participantes sobre sua qualidade de vida revelou um percurso de reconstrução subjetiva marcado por avanços funcionais, reconfigurações emocionais e permanência de desafios. A retomada parcial da autonomia e o resgate da autoestima indicam que a adaptação à nova condição corporal, embora complexa, é possível e sustentada por fatores diversos, desde o suporte familiar até estratégias pessoais de enfrentamento. No entanto, as limitações persistentes e os sentimentos ambivalentes ainda presentes revelam que a superação não é total, mas parcial e situada, o que exige um olhar atento por parte dos profissionais de saúde e das políticas públicas voltadas à reabilitação.

Com o objetivo de aprofundar essa compreensão, o próximo item propõe uma análise integrada entre os dados qualitativos obtidos a partir da Análise Textual Discursiva (ATD) e os dados quantitativos gerados pelo SF-36. A triangulação entre esses dois conjuntos de informações permite confrontar as percepções subjetivas dos participantes com os indicadores objetivos de saúde e funcionalidade, favorecendo uma leitura mais ampla, crítica e fundamentada da experiência de reabilitação e uso da prótese. Essa articulação busca revelar convergências, complementaridades e possíveis dissonâncias entre o que é vivido e o que é medido.

7.6 Integração dos dados quantitativos e qualitativos

A análise da qualidade de vida de pessoas amputadas usuárias de prótese exige uma abordagem abrangente que considere, simultaneamente, os dados subjetivos expressos pelos participantes e os indicadores objetivos obtidos por instrumentos padronizados. Por isso, esta etapa do estudo propõe a triangulação entre os resultados qualitativos da Análise Textual Discursiva (ATD) e os domínios avaliados pelo

questionário SF-36, com o intuito de aprofundar a compreensão das múltiplas dimensões envolvidas na experiência de reabilitação.

Com o objetivo de complementar a análise qualitativa realizada por meio da Análise Textual Discursiva (ATD), foram considerados também os dados quantitativos obtidos a partir da aplicação do questionário SF-36, instrumento amplamente validado para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Esse instrumento permite mensurar diferentes domínios que envolvem aspectos físicos, emocionais e sociais, possibilitando uma compreensão mais abrangente das condições de vida dos participantes. A seguir, são apresentados os escores obtidos pelos sujeitos da pesquisa em cada um dos domínios do SF-36, os quais serão posteriormente analisados de forma articulada às narrativas dos participantes, com vistas à construção de uma interpretação integrada dos resultados. A seguir o quadro com os domínios do SF-36:

A integração dos dados permite verificar em que medida os sentidos atribuídos pelos participantes em suas falas, como autonomia, dor, bem-estar, apoio ou desconforto, encontram correspondência nos escores apresentados nos domínios funcionais, físicos, emocionais e sociais do SF-36. Essa leitura cruzada não apenas enriquece a interpretação dos resultados, como também evidencia possíveis distanciamentos entre o vivido e o mensurado, apontando para nuances que só a escuta qualitativa é capaz de captar.

O quadro a seguir apresenta as principais categorias emergentes da análise qualitativa, feita pelo questionário sociodemográfico, os sentidos atribuídos pelos participantes, os domínios do SF-36 correspondentes e as convergências e dissonâncias observadas entre os dois conjuntos de dados. Essa sistematização busca oferecer uma visão articulada dos resultados, contribuindo para uma avaliação mais sensível e contextualizada da qualidade de vida dos participantes da pesquisa.

Quadro 10 – Integração entre dados qualitativos (ATD) e quantitativos (SF-36)

Categoria qualitativa (ATD)	Sentidos atribuídos pelos participantes	Domínios do SF-36 relacionados	Convergências observadas	Dissonâncias identificadas
Retomada funcional adaptada	Uso frequente da prótese; retorno às atividades com limitações; autonomia parcial	Capacidade funcional; Papel físico	Participantes relatam melhorias funcionais e SF-36 apresenta escores medianos ou bons nesses domínios.	Alguns participantes usam prótese diariamente, mas ainda relatam dificuldades em tarefas vigorosas.
Aceitação da condição corporal	Enfrentamento da amputacão; aceitação com o tempo; ressignificação da identidade	Aspectos emocionais; Saúde mental	Relatos de aceitação e estabilidade emocional coincidem com bons escores em aspectos emocionais e vitalidade.	Em alguns casos, os escores positivos ocultam fragilidades emocionais narradas sutilmente nas falas.
Dor e desconforto no uso da prótese	Desconforto com o encaixe; dor residual; cansaço após uso prolongado	Dor; Vitalidade	Participantes que relatam dor leve têm escores proporcionais no SF-36.	Casos em que não houve queixa espontânea, mas SF-36 apontou dor moderada.

Categoria qualitativa (ATD)	Sentidos atribuídos pelos participantes	Domínios do SF-36 relacionados	Convergências observadas	Dissonâncias identificadas
Rede de apoio e suporte recebido	Fisioterapia; apoio familiar; suporte emocional e funcional	Aspectos sociais; Aspectos físicos; Saúde mental	Participantes com acompanhamento relatam melhor experiência, e têm escores mais elevados em vitalidade e sociais.	Participantes com bom suporte relatam escores regulares por limitações ambientais não captadas no questionário.
Percepção global de qualidade de vida	Melhora após adaptação; sensação de plenitude apesar das limitações	Saúde geral; Vitalidade; Papel físico	Discurso positivo está alinhado a pontuações elevadas nos domínios gerais do SF-36.	Em alguns casos, a valorização subjetiva da vida não se reflete integralmente nos escores objetivos.

Fonte: Elaboração do autor a partir da integração entre ATD e SF-36 (2025).

A integração entre os dados qualitativos, obtidos por meio da Análise Textual Discursiva (ATD), e os dados quantitativos do questionário SF-36 revelou importantes pontos de convergência e também dissonâncias que enriquecem a leitura dos resultados da pesquisa. A triangulação dos achados permite observar como as percepções subjetivas dos participantes dialogam, confirmam ou contrastam com os escores mensurados pelos domínios do SF-36, oferecendo uma compreensão mais ampla e contextualizada da qualidade de vida dos amputados usuários de prótese.

As convergências são visíveis especialmente nas categorias relacionadas à retomada funcional adaptada e à percepção de qualidade de vida. Participantes que relataram, em seus discursos, a retomada de atividades com alguma autonomia e em ritmo adaptado, geralmente apresentaram escores medianos ou satisfatórios nos domínios de capacidade funcional e papel físico. Da mesma forma, aqueles que demonstraram um senso de reconfiguração positiva da vida após a amputação também obtiveram bons resultados nos domínios de saúde geral, vitalidade e aspectos emocionais, sugerindo alinhamento entre o vivido e o avaliado.

Entretanto, a triangulação também revelou dissonâncias relevantes. Em alguns casos, participantes que expressaram fragilidade emocional ou sentimentos de insegurança apresentaram escores elevados em saúde mental ou aspectos emocionais,

sugerindo que o questionário pode não captar nuances subjetivas importantes ou que os sujeitos tendem a relativizar suas dificuldades. Também foram identificados casos em que a ausência de queixas explícitas de dor nas falas contrastou com pontuações mais baixas no domínio “dor” do SF-36, indicando possíveis omissões discursivas ou limitações na autopercepção durante a entrevista.

Outro aspecto importante diz respeito ao apoio recebido: os relatos indicam que a presença de rede de apoio, tanto profissional quanto familiar, contribui para maior segurança no uso da prótese e melhor enfrentamento emocional. Ainda assim, alguns participantes com bom suporte relataram vivências marcadas por barreiras ambientais ou limitações estruturais não captadas integralmente pelo SF-36, como dificuldades com o terreno, calor ou desgaste físico prolongado.

Assim, a triangulação reforça que os dados qualitativos e quantitativos não se excluem, mas se complementam, revelando diferentes dimensões da experiência de reabilitação. Enquanto o SF-36 fornece um panorama objetivo das limitações funcionais, emocionais e sociais, a ATD traz à tona o universo simbólico, afetivo e narrativo que estrutura a vivência do sujeito. A conjugação dessas abordagens permite uma compreensão mais densa da qualidade de vida, reafirmando a importância de pesquisas que articulem métodos múltiplos na análise da experiência humana em saúde.

Da triangulação dos dados entre os discursos emergiram cinco categorias integradas que permitem compreender tanto convergências quanto contrastes nas trajetórias de reabilitação. A Categoria 1, denominada capital de saúde e curso clínico, evidencia diferentes pontos de partida: o Participante 2 relata uma saúde sempre boa, o Participante 4 não apresenta complicações clínicas, o Participante 3 descreve sua saúde como “quase normal”, enquanto o Participante 5 vivencia uma trajetória de declínio progressivo, marcada por complicações. A Categoria 2, relativa ao *sentido e aos recursos emocionais/espirituais*, mostra a gratidão como estratégia de enfrentamento no Participante 2, a fé como recurso central no Participante 3, sentimentos de tristeza e desesperança no Participante 5 e, em contraste, uma neutralidade associada à normalização no discurso do Participante 4. A Categoria 3, referente aos *desafios de aceitação e adaptação*, expressa-se de maneiras distintas: o Participante 2 aponta a aceitação como desafio principal, o Participante 3 enfatiza a necessidade de “adaptar sempre”, o Participante 4 interpreta o processo como um aprendizado motor, “reaprender a caminhar”, enquanto o Participante 5 mantém o sofrimento como elemento persistente

de sua vivência. A Categoria 4, que trata da *tecnologia protética e funcionalidade*, também revela contrastes: para o Participante 2, o foco recai no ajuste da prótese; para o Participante 3, a prótese é associada à melhora da qualidade de vida; para o Participante 4, ela é parte constitutiva de sua vida desde o nascimento; e, para o Participante 5, representa dor, dificuldade de uso e sensação de adaptação "péssima". Por fim, a Categoria 5, vinculada às *trajetórias e percepções de qualidade de vida*, mostra diferentes leituras: o Participante 2 avalia um retorno parcial e moderado; o Participante 3 percebe melhora com a prótese; o Participante 4 naturaliza sua experiência como uma "vida normal"; e o Participante 5 descreve uma curva descendente, da percepção de saúde boa à classificação atual como péssima.

A análise coletiva dos discursos dos oito participantes evidencia que a experiência da amputação e do uso da prótese não segue uma trajetória linear, mas se organiza em diferentes modos de viver e ressignificar essa condição. O Participante 1 apresenta uma narrativa marcada pela ruptura inicial e pela busca de reconstrução, na qual a tecnologia protética surge como elemento central de autonomia, ainda que limitada por dificuldades de manutenção, desconfortos físicos e barreiras do sistema, sendo a persistência, a fé e o apoio multiprofissional e social fundamentais nesse processo.

O Participante 2 e o Participante 3 simbolizam narrativas de superação ativa, apoiadas em um capital de saúde satisfatório e em recursos emocionais ou espirituais, como gratidão e fé, que sustentam a aceitação e a adaptação, permitindo a retomada de atividades e autonomia, ainda que em ritmo mais brando ou sob a lógica de "adaptar sempre".

O Participante 4, por sua vez, representa o paradigma da normalização congênita: como a amputação coincidiu com o início da vida, não houve ruptura biográfica, mas um percurso contínuo de aprendizagem motora, em que a prótese é incorporada como parte natural da trajetória, e a qualidade de vida é percebida como "normal".

Em contraste, o Participante 5 expressa uma narrativa de dor e declínio, em que a segunda amputação marca um ponto de inflexão negativo, e a reabilitação é vivida como processo inacabado, dominado por sentimento de perda, tristeza e desesperança; nesse caso, a prótese não representa autonomia, mas dor e limitação, com expectativa de piora futura.

Em conjunto, os discursos revelam que a vivência da amputação depende da interação entre condições clínicas (estabilidade ou complicações), recursos emocionais e

espirituais (gratidão, fé, tristeza, desesperança), trajetórias biográficas (congênita, traumática ou progressiva) e qualidade da adaptação protética (facilitadora ou limitadora). Desse modo, a qualidade de vida com prótese pode oscilar entre reconstrução, normalização e declínio, demonstrando que cada caso deve ser compreendido não apenas como situação clínica, mas como história singular, atravessada pelo corpo, pela tecnologia, pelos afetos e pelo contexto social.

A análise dos dados apresentada neste capítulo evidenciou que a experiência da amputação e do uso de prótese não pode ser compreendida de forma linear ou homogênea. Cada trajetória investigada revelou sentidos singulares, atravessados por condições clínicas, recursos emocionais e espirituais, trajetórias biográficas, qualidade da adaptação protética e contextos sociais.

O uso combinado do questionário sociodemográfico e do SF-36, articulado à Análise Textual Discursiva (ATD), mostrou-se uma estratégia para integrar indicadores objetivos e narrativas subjetivas, permitindo captar tanto os domínios clássicos da qualidade de vida, como capacidade funcional, dor, vitalidade e aspectos emocionais, quanto as nuances relacionadas ao encaixe, ao conforto térmico, ao suporte social, ao luto e à resiliência.

Assim, a integração entre métodos quantitativos e qualitativos ampliou a validade da pesquisa e revelou a necessidade de abordagens multiprofissionais que considerem, ao mesmo tempo, as dimensões clínicas e as subjetivas da experiência. Os dados apontam que o sucesso da reabilitação não depende apenas da disponibilização da prótese, mas do alinhamento entre dispositivo, corpo e contexto social. Nesse sentido, este capítulo contribui para evidenciar que a qualidade de vida de pessoas amputadas com prótese é um processo dinâmico, condicionado por fatores materiais e simbólicos, e que deve ser entendido como dimensão central para orientar práticas clínicas, políticas públicas e estratégias de cuidado humanizado.

CAPÍTULO 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como propósito compreender como a amputação de membros inferiores repercute na qualidade de vida de usuários atendidos pelo Centro Especializado em Reabilitação Física (CER II) do município de Giruá/RS, considerando tanto os aspectos mensuráveis relacionados à saúde quanto as percepções e experiências construídas pelos próprios sujeitos ao longo de suas trajetórias de reabilitação. Ao final deste percurso investigativo, os resultados permitiram compreender que a amputação produz impactos significativos na vida dos participantes, especialmente nos aspectos relacionados à funcionalidade física, à adaptação corporal e à reorganização das atividades cotidianas. Entretanto, os dados também evidenciam que a experiência da amputação não pode ser compreendida exclusivamente a partir das limitações decorrentes da perda do membro, uma vez que fatores como acesso à reabilitação, uso da prótese, suporte familiar, participação social, autonomia e estratégias individuais de enfrentamento exercem influência direta sobre a forma como cada sujeito percebe sua qualidade de vida.

Dessa forma, a pesquisa permitiu responder ao problema investigado ao demonstrar que a qualidade de vida de pessoas amputadas é resultado de um processo complexo e multifacetado, no qual aspectos físicos, emocionais, sociais e contextuais se articulam continuamente. Embora a amputação represente uma ruptura importante na trajetória dos participantes, os resultados mostram que o processo de reabilitação possibilita a reconstrução gradual da autonomia, da participação social e dos projetos de vida, produzindo diferentes formas de adaptação e ressignificação da experiência vivida.

O estudo foi estruturado de forma a investigar, a trajetória dos participantes no contexto de reabilitação, observando suas interações, expectativas e formas de enfrentamento diante das transformações impostas pela amputação. A escolha por uma abordagem qualitativa se justifica pela necessidade de captar o sentido das experiências vividas, valorizando a voz dos sujeitos e reconhecendo neles não apenas pacientes, mas protagonistas de suas próprias histórias de superação.

A metodologia adotada fundamentou-se na Análise Textual Discursiva (ATD), proposta por Moraes e Galiazzi (2005), que permitiu articular por meio da triangulação de dados quantitativos, interpretação reflexiva e subjetiva do pesquisador, promovendo uma abordagem qualitativa na investigação da percepção da qualidade de vida dos

usuários de próteses. Essa abordagem combina a organização sistemática das unidades de sentido com uma leitura hermenêutica e fenomenológica dos discursos, possibilitando compreender as múltiplas dimensões que compõem o fenômeno investigado. A partir desse processo, foi possível revelar significados ocultos nas narrativas dos participantes e construir uma compreensão mais profunda sobre o que significa viver com uma prótese e buscar qualidade de vida após a amputação.

As evidências produzidas nesta pesquisa demonstraram que a amputação de membros inferiores constitui um evento que repercute profundamente na vida dos sujeitos, produzindo mudanças que ultrapassam as limitações físicas decorrentes da perda do membro. Os participantes relataram dificuldades relacionadas à mobilidade, à adaptação ao uso da prótese, às alterações na rotina diária e às incertezas vivenciadas durante o processo de reabilitação. Entretanto, os resultados também evidenciaram a capacidade dos sujeitos de reconstruírem gradualmente sua autonomia, retomarem atividades cotidianas e desenvolverem estratégias de enfrentamento diante dos desafios impostos pela nova condição corporal.

As análises realizadas permitiram identificar que a qualidade de vida dos participantes está diretamente relacionada não apenas às condições funcionais, mas também ao acesso aos serviços de reabilitação, ao suporte familiar, às relações sociais e às possibilidades de participação na comunidade. Nesse sentido, os resultados indicam que a adaptação à amputação ocorre de forma singular para cada indivíduo, sendo influenciada por fatores clínicos, emocionais, sociais e contextuais que se articulam ao longo da trajetória de reabilitação.

A análise quantitativa realizada por meio do SF-36 demonstrou que os maiores comprometimentos concentram-se nos domínios relacionados às limitações físicas e à capacidade funcional, indicando que os desafios associados à mobilidade, à execução de atividades cotidianas e à adaptação ao uso da prótese continuam presentes mesmo após o processo de reabilitação. Por outro lado, os domínios relacionados aos aspectos sociais, à saúde mental e à percepção geral da saúde apresentaram resultados mais favoráveis, sugerindo importantes capacidades de adaptação e enfrentamento por parte dos participantes.

A análise qualitativa permitiu aprofundar a compreensão desses resultados ao evidenciar que o processo de reabilitação ultrapassa os limites da recuperação física. As categorias emergentes revelaram experiências marcadas por rupturas, desafios e

incertezas decorrentes da amputação, mas também por processos de reconstrução da autonomia, retomada de atividades cotidianas, fortalecimento de vínculos sociais e ressignificação da própria condição de vida. Nesse sentido, os dados demonstraram que a qualidade de vida não está associada exclusivamente à presença ou ausência de limitações funcionais, mas também à capacidade dos sujeitos de reconstruírem projetos de vida, desenvolverem estratégias de enfrentamento e encontrarem novos significados para suas experiências após a amputação. Os resultados evidenciaram que o processo de reabilitação é atravessado por desafios que vão muito além da adaptação física ao uso da prótese. Envolvendo sentimento de perda, medo, esperança e, sobretudo, a busca por reconstruir a confiança em si mesmo.

É nesse sentido que o CER II de Giruá mostrou-se um espaço fundamental nesse caminho, oferecendo suporte técnico, emocional e social. A atuação da equipe multiprofissional composta por fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais revelou-se essencial para o fortalecimento da autoestima e para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento positivas.

Outro aspecto relevante identificado foi o papel do acolhimento e da escuta ativa na construção do vínculo terapêutico. Os relatos dos participantes indicam que o atendimento humanizado faz diferença na percepção de qualidade de vida, pois possibilita que o paciente se sinta compreendido e respeitado em sua totalidade. O cuidado, quando pautado na empatia e na compreensão das singularidades de cada indivíduo, transforma o ambiente de reabilitação em um espaço de esperança e reconstrução.

A análise também demonstrou que a reabilitação física deve ser compreendida como um processo integral e contínuo, que exige acompanhamento, suporte emocional e inclusão social. A qualidade de vida das pessoas amputadas não depende apenas da tecnologia da prótese ou do tratamento fisioterapêutico, mas do modo como a sociedade e as instituições de saúde acolhem e reconhecem essas pessoas como sujeitos plenos de direitos, capazes de participar ativamente da vida comunitária.

Dessa forma, a pesquisa reafirma a importância de políticas públicas e práticas de saúde comprometidas com a inclusão, a autonomia e a dignidade humana. O trabalho desenvolvido no CER II de Giruá serve como exemplo de um modelo de reabilitação centrado na pessoa, que articula conhecimento técnico com sensibilidade e respeito. Assim, conclui-se que compreender a percepção da qualidade de vida de pessoas amputadas é também compreender os valores que sustentam uma sociedade mais justa,

solidária e humana onde a reabilitação se torna, antes de tudo, um ato de cuidado e de reconstrução do sentido de viver.

A construção deste percurso metodológico foi orientada pela compreensão de que investigar a qualidade de vida de pessoas em condição de uso de prótese de membros inferiores exige um posicionamento epistemológico claro, coerente e comprometido com a complexidade da experiência humana. A escolha pelas epistemologias que sustentam este trabalho, das práticas socioculturais, articulada à interdisciplinaridade e à abordagem qualitativa, não se deu de forma casual, mas decorre da própria natureza do objeto investigado. A qualidade de vida não é um fenômeno exclusivamente biomédico, tampouco pode ser reduzida a índices numéricos ou parâmetros funcionais isolados. Trata-se de uma construção subjetiva, situada histórica e socialmente, atravessada por experiências corporais, emocionais, culturais e institucionais.

No contexto desta pesquisa, as epistemologias utilizadas permitiram reconhecer que os usuários de prótese não são meros objetos de análise clínica, mas sujeitos produtores de sentido, cuja experiência vivida precisa ser considerada como fonte legítima de conhecimento. Tal posicionamento rompe com abordagens reducionistas e amplia o horizonte interpretativo, especialmente quando se trata de compreender como cada indivíduo percebe sua própria qualidade de vida.

A interdisciplinaridade, por sua vez, constituiu um eixo estruturante do percurso metodológico, na medida em que o fenômeno investigado atravessa diferentes campos do saber: saúde coletiva, fisioterapia, psicologia, sociologia, políticas públicas e reabilitação. A articulação desses campos permitiu superar visões fragmentadas e compreender a reabilitação não apenas como recuperação funcional, mas como processo de reconstrução de identidade, reinserção social e ressignificação da corporeidade. Ao integrar perspectivas distintas, a pesquisa alcançou maior densidade analítica evitando a compartimentalização do sujeito amputado em dimensões isoladas.

Nesse cenário epistemológico emetodológico, a adoção da Análise Textual Discursiva (ATD) como técnica de análise dos dados revela-se especialmente pertinente. A ATD, ao operar por meio das etapas de unitarização, categorização e produção de metatextos, possibilita a construção interpretativa a partir das próprias falas dos participantes, sem impor categorias prévias que poderiam limitar ou distorcer os sentidos emergentes. Essa metodologia favorece a emergência de categorias construídas a partir

do discurso dos sujeitos, respeitando a singularidade de cada trajetória e, simultaneamente, permitindo a identificação de núcleos de sentido coletivos.

A importância da ATD neste estudo reside justamente na sua capacidade de lidar com a subjetividade sem abrir mão do rigor científico. Ao sistematizar as falas em unidades de significado e organizá-las em categorias analíticas, a pesquisa não apenas descreveu experiências, mas as interpretou de forma crítica e fundamentada. Esse processo confere consistência metodológica à análise e fortalece a validade interna do estudo, uma vez que as categorias não são arbitrárias, mas derivadas diretamente do material empírico.

Ao tratar da qualidade de vida de usuários de prótese, a dimensão subjetiva assume centralidade. Dois indivíduos com níveis semelhantes de mobilidade podem avaliar sua qualidade de vida de forma completamente distinta, a depender de fatores como apoio familiar, inserção social, expectativas pessoais, experiências prévias e acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a utilização exclusiva de instrumentos padronizados poderia capturar apenas uma parte da realidade vivida. A integração entre a ATD e o questionário SF-36, portanto, não representou uma sobreposição metodológica, mas uma estratégia de triangulação que amplia a robustez da análise. Enquanto o SF-36 oferece indicadores estruturados de saúde e funcionalidade, a ATD permite compreender como esses indicadores são interpretados, sentidos e ressignificados pelos sujeitos.

Essa articulação metodológica fortaleceu o rigor do estudo, pois combinou diferentes níveis de evidência: o quantitativo, que organiza dados de forma comparável e padronizada, e o qualitativo, que aprofunda a compreensão dos significados atribuídos às experiências. Em pesquisas sobre qualidade de vida, essa integração é especialmente relevante, pois evita tanto o reducionismo numérico quanto o subjetivismo descritivo desarticulado. O rigor, nesse contexto, não está apenas na aplicação correta de instrumentos, mas na coerência entre referencial teórico, metodologia e objeto investigado.

Outro aspecto fundamental diz respeito à ética da pesquisa. Ao reconhecer a subjetividade como dimensão central da qualidade de vida, este estudo assume uma postura de respeito à autonomia e à voz dos participantes. A escuta qualificada, mediada pela ATD, não apenas coleta dados, mas constrói um espaço de reconhecimento e validação das experiências vividas. Essa postura dialoga diretamente com os princípios

da saúde coletiva e com a compreensão ampliada de cuidado, que considera o sujeito em sua integralidade.

Assim, o percurso metodológico delineado neste trabalho não apenas orientou a análise dos dados, mas também sustentou a legitimidade científica da investigação. A escolha pelas epistemologias adotadas e pela Análise Textual Discursiva demonstrou a preocupação em produzir conhecimento que seja, ao mesmo tempo, rigoroso, sensível e socialmente relevante. Ao reconhecer que a qualidade de vida é uma construção subjetiva e plural, a pesquisa se compromete com uma abordagem que valoriza a experiência humana em sua complexidade.

Dessa forma, reafirmou-se que o rigor científico, neste estudo, não se limita à aplicação de técnicas, mas se manifesta na coerência epistemológica, na clareza metodológica e na fidelidade aos discursos dos sujeitos. A combinação entre fundamentação teórica consistente e metodologia adequada constitui a base que sustenta as análises apresentadas nos capítulos seguintes, permitindo que a discussão sobre qualidade de vida de usuários de prótese seja conduzida com profundidade, responsabilidade e compromisso científico.

O Capítulo IV permitiu aprofundar a discussão acerca do processo de reabilitação de pessoas amputadas usuárias de prótese de membros inferiores, articulando fundamentos teóricos, aspectos clínicos e implicações funcionais no cotidiano dos sujeitos. Ao analisar as dimensões relacionadas ao uso da prótese, à atuação da fisioterapia e às condições que influenciam o desempenho funcional, torna-se evidente que a reabilitação não se restringe à adaptação mecânica ao dispositivo, mas envolve um processo amplo de reconstrução corporal, emocional e social.

A amputação de membro inferior, independentemente de sua etiologia, seja por trauma, complicações vasculares ou diabetes, representa uma ruptura significativa na trajetória de vida do indivíduo. Essa ruptura não é apenas física; ela impacta diretamente a autonomia, a identidade, a inserção profissional e a participação social. A prótese, nesse contexto, surge como instrumento de mediação entre a perda e a reconstrução, funcionando tanto como recurso técnico quanto como símbolo de retomada da mobilidade. Contudo, sua eficácia depende de múltiplos fatores, dentre os quais se destacam o acompanhamento fisioterapêutico, o acesso a serviços especializados, o ajuste adequado do dispositivo e o suporte emocional.

A fisioterapia assume papel central nesse processo, não apenas no treinamento da marcha e no fortalecimento muscular, mas na orientação contínua quanto à adaptação funcional e prevenção de complicações. O trabalho do fisioterapeuta ultrapassa o caráter técnico e se configura como elemento estruturante da reabilitação, favorecendo a autonomia progressiva do usuário de prótese. O capítulo evidenciou que protocolos de intervenção, treino de equilíbrio, fortalecimento específico e orientação quanto ao uso seguro da prótese são determinantes para o sucesso da adaptação. Entretanto, também se reconhece que a simples prescrição de exercícios não garante resultados satisfatórios se não houver continuidade, acompanhamento sistemático e condições estruturais adequadas.

Outro aspecto relevante discutido no capítulo refere-se às limitações impostas pelo nível de amputação. Amputações transfemorais tendem a exigir maior gasto energético e apresentam desafios adicionais na adaptação à marcha, enquanto amputações transtibiais, embora geralmente associadas a melhor prognóstico funcional, também demandam acompanhamento rigoroso para prevenção de dor residual e ajustes inadequados do encaixe. Assim, compreender o impacto biomecânico da amputação é fundamental para interpretar as dificuldades relatadas pelos participantes e os limites observados nos domínios de capacidade funcional.

O capítulo também destacou a importância de considerar as variáveis clínicas associadas, como presença de dor fantasma, cicatrização, infecções e uso contínuo de medicações. Esses fatores interferem diretamente na experiência do usuário com a prótese e podem comprometer tanto a adesão ao tratamento quanto a percepção de melhora funcional. A reabilitação, portanto, precisa ser compreendida de forma integrada, contemplando aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Além disso, a discussão permitiu refletir sobre a realidade dos serviços públicos de reabilitação, especialmente no contexto do Centro Especializado em Reabilitação (CER II). Embora o acesso à prótese seja garantido pelo Sistema Único de Saúde, a efetividade do processo depende da qualidade do acompanhamento multiprofissional e da continuidade do cuidado. Barreiras estruturais, dificuldades logísticas e limitações no número de profissionais podem impactar diretamente o tempo de adaptação e os resultados alcançados pelos usuários.

Ao longo do capítulo, tornou-se evidente que o sucesso da reabilitação não pode ser avaliado apenas por parâmetros técnicos ou biomecânicos. O retorno à marcha, a

capacidade de realizar atividades da vida diária e a reinserção social são elementos essenciais, mas precisam ser interpretados à luz da percepção subjetiva do indivíduo. A funcionalidade recuperada não significa necessariamente qualidade de vida plena; ela representa um dos componentes desse construto mais amplo.

Nesse sentido, o capítulo prepara o terreno para a discussão posterior sobre a percepção da qualidade de vida, demonstrando que os aspectos físicos e funcionais são fundamentais, mas não suficientes para explicar a experiência vivida pelos sujeitos. A reabilitação é um processo contínuo, dinâmico e singular, que exige ajustes constantes e adaptação progressiva às demandas cotidianas.

Conclui-se, portanto, que a reabilitação protética deve ser entendida como um processo multifatorial, que envolve tecnologia assistiva, suporte multiprofissional, condições clínicas individuais e fatores psicossociais. A prótese não é apenas um dispositivo substitutivo, mas parte de uma nova configuração corporal que exige reorganização de práticas, expectativas e identidades. A fisioterapia, aliada a políticas públicas eficazes e a uma abordagem humanizada do cuidado, constitui elemento indispensável para a promoção da autonomia e para a reconstrução da qualidade de vida de pessoas amputadas.

Assim, o Capítulo IV reafirma que a análise da qualidade de vida de usuários de prótese só pode ser compreendida de maneira consistente quando se considera o processo de reabilitação em sua totalidade. O entendimento das dimensões técnicas, funcionais e clínicas discutidas neste capítulo fundamenta a interpretação dos dados empíricos apresentados posteriormente, fortalecendo a coerência entre teoria, metodologia e análise dos resultados.

O Capítulo, evidenciou que o Centro Especializado em Reabilitação de Giruá (CERG), enquanto unidade de referência na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, exerce papel estratégico no cuidado e na reabilitação de pessoas com deficiência física, especialmente usuários de prótese de membros inferiores. A análise de sua estrutura organizacional, dos serviços ofertados e da composição da equipe multiprofissional permitiu compreender que o CERG não se limita à entrega de dispositivos protéticos, mas constitui espaço de acompanhamento terapêutico contínuo e de reconstrução da autonomia dos sujeitos.

Observou-se que a existência de um serviço especializado como o CERG representa avanço significativo para a região, uma vez que muitos municípios do entorno

não dispõem de estrutura semelhante. Sua atuação regional evita deslocamentos extensos dos usuários para centros maiores, reduz custos indiretos e amplia o acesso à reabilitação pelo Sistema Único de Saúde. Tal característica reforça o papel do CERG como unidade estratégica de descentralização da atenção especializada, contribuindo para a equidade no acesso aos serviços de saúde.

A atuação da fisioterapia revelou-se elemento central no processo de reabilitação dos amputados e usuários de prótese. Concluiu-se que o acompanhamento fisioterapêutico sistemático foi determinante para o reaprendizado da marcha, para o fortalecimento muscular, para o treino de equilíbrio e para a adaptação funcional ao dispositivo protético. Mais do que intervenções técnicas, a fisioterapia mostrou-se espaço de orientação, acolhimento e construção progressiva de confiança no próprio corpo. Nesse sentido, o trabalho fisioterapêutico foi compreendido como componente estruturante da qualidade de vida dos usuários.

Além da fisioterapia, destacou-se a importância da equipe multiprofissional no atendimento integral dos pacientes. A presença articulada de médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais permitiu abordagem ampliada das demandas apresentadas pelos usuários. Essa integração favoreceu não apenas o ajuste técnico da prótese, mas também o enfrentamento de questões emocionais, sociais e burocráticas que interferem diretamente na experiência de reabilitação. Concluiu-se que a atuação multiprofissional contribuiu para reduzir inseguranças, orientar o autocuidado e fortalecer o vínculo entre usuário e serviço.

Outro aspecto relevante identificado no capítulo refere-se à dimensão humanizada do atendimento. O CERG, ao manter proximidade com os usuários e ao oferecer escuta qualificada, possibilitou que os sujeitos se reconhecessem como protagonistas do próprio processo de reabilitação. A construção de vínculo institucional foi apontada como fator que favorece adesão ao tratamento e continuidade do cuidado, elementos essenciais para a manutenção da autonomia e da qualidade de vida.

No entanto, também se reconheceu que a atuação do CERG enfrenta desafios estruturais comuns aos serviços públicos de saúde, como limitações de recursos, demandas crescentes e necessidade constante de atualização tecnológica. Ainda assim, a análise demonstrou que, mesmo diante dessas limitações, o serviço desempenha função fundamental na organização da rede de atenção à pessoa com deficiência na região.

Concluiu-se, portanto, que o CERG constitui pilar essencial na promoção da reabilitação física e funcional dos usuários de prótese de membros inferiores. Sua existência e atuação fortalecem a política pública de atenção especializada, assegurando acesso à reabilitação e contribuindo para a melhoria das condições de vida dos pacientes atendidos.

Ao finalizar este capítulo, evidenciou-se que a qualidade de vida dos usuários não pode ser compreendida dissociada da estrutura institucional que sustenta o cuidado. A reabilitação eficaz depende da integração entre tecnologia assistiva, acompanhamento multiprofissional e condições organizacionais adequadas. Assim, o CERG mostrou-se não apenas como espaço de tratamento, mas como ambiente de reconstrução de trajetórias e de promoção de autonomia.

Dessa forma, o capítulo reforçou a importância de serviços regionais especializados como o CERG no contexto da saúde pública brasileira. A análise realizada demonstrou que a presença de uma unidade estruturada e comprometida com o cuidado integral amplia as possibilidades de reinserção social e funcional dos amputados, contribuindo diretamente para a construção de uma vida com maior dignidade, independência e qualidade.

O Capítulo V permitiu consolidar a análise da experiência vivida pelos usuários de prótese de membros inferiores atendidos pelo Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS, articulando as dimensões clínicas, funcionais e subjetivas que atravessam o processo de reabilitação.

O capítulo evidencia, ainda, a importância de políticas públicas que assegurem não apenas o fornecimento da prótese, mas também o acompanhamento longitudinal e humanizado dos usuários. A garantia de acesso à fisioterapia, a manutenção e ajuste adequados do dispositivo e o suporte psicológico constituem condições fundamentais para que a prótese cumpra sua função de instrumento de autonomia e inclusão social. Sem esses elementos, o processo de reabilitação tende a se fragilizar, comprometendo os resultados esperados.

Dessa forma, o Capítulo V consolida a compreensão de que a qualidade de vida de pessoas amputadas usuárias de prótese não pode ser analisada exclusivamente sob a ótica da funcionalidade física. Trata-se de um fenômeno multidimensional, no qual aspectos emocionais, sociais e institucionais assumem papel igualmente relevante. A

escuta das narrativas dos participantes revela que a reconstrução da vida após a amputação é um processo singular, marcado por resiliência, desafios e adaptações constantes.

Conclui-se, portanto, que a análise realizada neste capítulo reafirma a necessidade de abordagens integradas e centradas no sujeito no campo da reabilitação. A combinação entre instrumentos padronizados e análise qualitativa mostrou-se adequada para captar a complexidade da experiência vivida pelos usuários de prótese, contribuindo para uma compreensão mais sensível e aprofundada da qualidade de vida nesse contexto. Ao reconhecer as conquistas e as limitações presentes nas trajetórias dos participantes, o estudo fortalece a discussão sobre práticas de cuidado mais efetivas e humanizadas, abrindo caminho para as reflexões finais apresentadas no capítulo seguinte.

O Capítulo VI teve como finalidade apresentar e fundamentar os instrumentos de avaliação utilizados na pesquisa, destacando sua relevância para a compreensão da qualidade de vida de pessoas amputadas usuárias de prótese de membros inferiores. A descrição detalhada do SF-36, bem como de outros instrumentos de mensuração funcional e clínica discutidos ao longo do capítulo, permitiu situar o leitor quanto às possibilidades e limites das avaliações padronizadas no campo da reabilitação.

A escolha do SF-36 como instrumento central para avaliação da qualidade de vida justifica-se por sua ampla validação nacional e internacional, bem como por sua capacidade de contemplar múltiplas dimensões da saúde, incluindo capacidade funcional, dor, vitalidade, aspectos emocionais e sociais. Ao estruturar a avaliação em domínios específicos, o instrumento possibilita uma leitura organizada da condição de saúde dos participantes, favorecendo comparações e interpretações sistematizadas. Contudo, como discutido ao longo do capítulo, a qualidade de vida não pode ser reduzida à soma de escores, exigindo análise contextualizada e integrada aos aspectos subjetivos da experiência.

Além do SF-36, o capítulo abordou a importância de avaliações funcionais e clínicas no acompanhamento de usuários de prótese, como testes de mobilidade e medidas de desempenho físico. Esses instrumentos oferecem parâmetros objetivos que auxiliam na compreensão do nível de independência, da capacidade de marcha e da adaptação ao dispositivo protético. Entretanto, tais medidas devem ser interpretadas à luz das condições individuais, considerando fatores como idade, etiologia da amputação, presença de comorbidades e acesso ao acompanhamento fisioterapêutico.

A apresentação das formas de avaliação também evidencia o papel da padronização na produção de conhecimento científico. Instrumentos validados conferem maior rigor metodológico ao estudo, permitindo que os dados coletados sejam comparáveis e reprodutíveis. Contudo, o capítulo ressaltou que o uso isolado de ferramentas quantitativas pode limitar a compreensão do fenômeno investigado, especialmente quando se trata de um construto complexo e subjetivo como a qualidade de vida.

Nesse sentido, o detalhamento metodológico realizado neste capítulo não se configura como etapa meramente descritiva, mas como fundamento para a análise que será desenvolvida posteriormente. Ao explicitar as características dos instrumentos utilizados, seus domínios, critérios de aplicação e alcance interpretativo, o estudo estabelece transparência metodológica e reforça o compromisso com o rigor científico.

Importa destacar que a qualidade de vida relacionada à saúde envolve dimensões que extrapolam o campo biomédico, exigindo articulação entre indicadores objetivos e percepção subjetiva. Assim, os instrumentos apresentados neste capítulo constituem ferramentas essenciais para a organização dos dados, mas não esgotam a complexidade da experiência vivida pelos participantes. Essa compreensão fundamenta a integração entre avaliação quantitativa e análise qualitativa, desenvolvida no capítulo seguinte.

Portanto, o Capítulo VI cumpre o papel de sustentar tecnicamente a investigação, oferecendo base sólida para a interpretação dos resultados. Ao descrever as formas de avaliação utilizadas, o estudo garante clareza quanto aos procedimentos adotados e prepara o leitor para a análise integrada que será apresentada no Capítulo VII, onde os dados empíricos serão examinados à luz do referencial teórico e metodológico previamente estabelecido.

Dessa forma, encerra-se este capítulo reafirmando que a avaliação da qualidade de vida, quando conduzida com instrumentos validados e contextualizada teoricamente, constitui etapa fundamental para a compreensão das múltiplas dimensões envolvidas na reabilitação de pessoas amputadas. O próximo capítulo dará continuidade a essa construção, articulando os dados coletados às categorias analíticas emergentes da Análise Textual Discursiva, permitindo uma leitura mais ampla e aprofundada do fenômeno investigado.

O Capítulo VII representou o núcleo analítico da pesquisa, articulando os dados qualitativos provenientes da Análise Textual Discursiva (ATD) com os dados

quantitativos do instrumento SF-36, organizados de forma sistemática nos subtítulos 7.1 a 7.5. A estrutura adotada permitiu uma leitura progressiva e integrada da experiência dos usuários de prótese de membros inferiores atendidos pelo Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS, respeitando a complexidade do fenômeno investigado e garantindo coerência entre teoria, método e análise.

Ao integrar os dados qualitativos obtidos por meio da Análise Textual Discursiva com os indicadores do instrumento SF-36, tornou-se possível compreender que a qualidade de vida desses sujeitos não pode ser reduzida a parâmetros exclusivamente físicos, mas deve ser interpretada à luz das narrativas, percepções e sentidos atribuídos à própria trajetória de vida após a amputação.

Os relatos analisados evidenciam que o processo de adaptação à prótese é marcado por desafios que extrapolam o reaprendizado da marcha. A aceitação da nova condição corporal, o enfrentamento das limitações funcionais, a convivência com dor residual ou fantasma e as incertezas quanto ao futuro configuram elementos que impactam diretamente a percepção de bem-estar. Ainda que os domínios de capacidade funcional e papel físico apresentem, em alguns casos, escores satisfatórios, as falas revelam que a experiência da reabilitação é permeada por ambiguidades, oscilações emocionais e ajustes constantes na rotina.

Um dos aspectos centrais identificados no capítulo refere-se à importância do suporte multiprofissional no processo de reabilitação. Os participantes que relataram acompanhamento fisioterapêutico contínuo e orientação adequada demonstraram maior segurança no uso da prótese e melhor adaptação às atividades diárias. Por outro lado, quando o acompanhamento se mostrou pontual ou insuficiente, emergiram relatos de insegurança, desconforto e dificuldades persistentes. Esse dado reforça a relevância da atuação integrada da equipe de saúde e evidencia que a qualidade de vida está diretamente relacionada à qualidade do cuidado oferecido.

A análise também revelou que a prótese assume um duplo papel na vida dos participantes: ao mesmo tempo em que representa a possibilidade de retomada da autonomia e da mobilidade, também simboliza a lembrança constante da perda e das limitações impostas pela amputação. Esse caráter ambivalente demonstra que a reabilitação não se encerra com a adaptação técnica ao dispositivo, mas envolve um processo contínuo de ressignificação da identidade corporal e social. Assim, a percepção

de qualidade de vida não se constrói apenas a partir da capacidade de caminhar, mas do sentimento de pertencimento, dignidade e reconhecimento social.

Outro ponto relevante discutido ao longo do capítulo foi a presença de limitações persistentes, mesmo após a adaptação à prótese. Dificuldades em esforços prolongados, fadiga, dor em determinadas situações e restrições em atividades específicas foram relatadas por diferentes participantes. Esses elementos indicam que a qualidade de vida alcançada não corresponde necessariamente ao retorno à condição pré-amputação, mas à construção de uma nova normalidade possível, ajustada às condições físicas e emocionais do sujeito.

A triangulação entre os dados qualitativos e os domínios do SF-36 permitiu identificar convergências importantes entre discurso e mensuração, mas também revelou dissonâncias que enriquecem a análise. Em alguns casos, escores satisfatórios em determinados domínios não correspondiam integralmente às fragilidades relatadas nas falas, demonstrando que instrumentos padronizados captam apenas parte da complexidade da experiência vivida. Essa constatação reforça a pertinência da abordagem metodológica adotada, que integra diferentes perspectivas de análise para produzir uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado.

A principal contribuição desta tese consiste em demonstrar que a qualidade de vida de pessoas com amputação de membros inferiores não é determinada exclusivamente pelas limitações físicas decorrentes da perda do membro, mas resulta de um processo dinâmico de interação entre fatores funcionais, emocionais, sociais e contextuais. As evidências produzidas ao longo da investigação permitiram compreender que a amputação representa uma ruptura importante na trajetória dos sujeitos, porém seus efeitos não se manifestam de forma homogênea nem definitiva.

Os resultados indicam que a adaptação à nova condição corporal depende não apenas da utilização da prótese ou da recuperação da capacidade funcional, mas também das possibilidades de acesso aos serviços de saúde, da continuidade do processo de reabilitação, do apoio familiar, das relações sociais e da capacidade de reconstrução dos projetos de vida. Nesse sentido, a pesquisa demonstra que a qualidade de vida deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional, cuja construção ocorre continuamente a partir das experiências vividas pelos sujeitos e das condições objetivas e subjetivas que permeiam seu cotidiano.

Dessa forma, a tese defendida neste estudo sustenta que o processo de reabilitação de pessoas amputadas não pode ser reduzido à recuperação física ou ao fornecimento da prótese. Trata-se de um processo mais amplo, que envolve reconstrução da autonomia, ressignificação da identidade, participação social e fortalecimento das condições que possibilitam aos sujeitos retomar sua vida com dignidade, independência e sentido.

A partir dessa análise integrada, compreende-se que a qualidade de vida dos usuários de prótese é construída na interseção entre fatores individuais, institucionais e contextuais. A idade, a causa da amputação, o nível da perda, o acesso a serviços especializados, o suporte familiar e as condições socioeconômicas compõem um conjunto de variáveis que influenciam diretamente a experiência de reabilitação. Portanto, qualquer intervenção voltada à promoção da qualidade de vida deve considerar essa multiplicidade de fatores, evitando abordagens simplificadoras.

O primeiro eixo de análise possibilitou situar os sujeitos da pesquisa em suas condições sociodemográficas e clínicas, revelando a diversidade das trajetórias vivenciadas. A predominância de amputações de etiologia traumática e vascular, a variação nos níveis de amputação (transfemoral e transtibial) e a presença de comorbidades como diabetes e hipertensão compõem um cenário que influencia diretamente a adaptação protética e a percepção de qualidade de vida. O perfil identificado evidencia que a reabilitação não ocorre em um vazio clínico, mas está inserida em contextos sociais, econômicos e familiares específicos, os quais interferem no acesso a recursos, na continuidade do cuidado e na autonomia funcional.

Essa caracterização inicial foi fundamental para contextualizar os resultados subsequentes, demonstrando que a qualidade de vida deve ser interpretada à luz das condições individuais e estruturais que permeiam a experiência dos participantes.

O segundo eixo revelou que os principais desafios enfrentados pelos participantes ultrapassam a dimensão estritamente física. Embora o reaprendizado da marcha tenha sido apontado como obstáculo central, emergiram também dificuldades relacionadas à aceitação da nova condição corporal, à insegurança quanto ao uso da prótese, à dor residual e às barreiras ambientais. A análise evidenciou que o processo de reabilitação é marcado por tensões entre limitação e superação, exigindo do sujeito constante adaptação.

A ATD mostrou-se particularmente eficaz na identificação dessas nuances, permitindo que as falas dos participantes revelassem dimensões emocionais e simbólicas que não seriam captadas por instrumentos quantitativos isolados. O desafio da

reabilitação, portanto, configura-se como processo multifacetado, envolvendo aspectos técnicos, psicológicos e sociais.

O terceiro subtítulo destacou o papel do suporte multiprofissional e da rede de apoio na consolidação da adaptação protética. Os dados indicaram que a continuidade do acompanhamento fisioterapêutico, a qualidade do ajuste da prótese e o apoio familiar são determinantes para a manutenção da autonomia e da confiança no uso do dispositivo. A ausência ou fragilidade desses elementos tende a repercutir negativamente na experiência de reabilitação.

A análise evidenciou que a prótese não é apenas um instrumento técnico, mas um elemento que redefine a relação do sujeito com seu corpo e com o mundo. A adaptação bem-sucedida depende tanto de condições clínicas quanto de fatores relacionais e institucionais, reforçando a necessidade de abordagem integral no cuidado.

No quarto eixo, a percepção subjetiva da qualidade de vida emergiu como elemento central da investigação. Observou-se que, apesar das limitações persistentes, a maioria dos participantes relatou melhora significativa em comparação ao período imediatamente posterior à amputação. Contudo, essa melhora não implica retorno à condição anterior, mas construção de uma nova normalidade possível.

Os dados do SF-36 corroboraram parcialmente os relatos, evidenciando convergências nos domínios de capacidade funcional, vitalidade e saúde geral. Ainda assim, foram identificadas dissonâncias entre escores e discursos, demonstrando que a mensuração quantitativa não esgota a complexidade da experiência vivida. A qualidade de vida, nesse contexto, mostrou-se profundamente subjetiva, dependente de expectativas, valores e processos de ressignificação individual.

O quinto eixo consolidou a triangulação metodológica, evidenciando que a integração entre ATD e SF-36 fortaleceu o rigor científico da pesquisa. A articulação entre indicadores objetivos e narrativas subjetivas permitiu compreender não apenas o desempenho funcional, mas o significado atribuído pelos participantes à sua condição de vida.

Essa integração confirmou que a qualidade de vida não pode ser reduzida a números, nem exclusivamente interpretada por relatos isolados. O cruzamento de dados revelou padrões consistentes e ofereceu uma leitura ampliada do fenômeno, assegurando robustez metodológica e profundidade interpretativa.

A análise desenvolvida ao longo do Capítulo VII demonstra que os objetivos propostos foram plenamente alcançados. Foi possível descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, identificar os desafios enfrentados no processo de reabilitação, analisar a adaptação à prótese e compreender a percepção subjetiva de qualidade de vida, integrando dados qualitativos e quantitativos de forma coerente.

O diferencial deste estudo reside justamente na articulação entre abordagem qualitativa e quantitativa, superando a tendência predominante de pesquisas centradas exclusivamente em parâmetros funcionais ou biomecânicos. Ao valorizar a voz dos sujeitos por meio da Análise Textual Discursiva, a pesquisa amplia a compreensão da qualidade de vida para além dos indicadores padronizados, oferecendo contribuição metodológica relevante para o campo da saúde coletiva e da reabilitação.

No âmbito acadêmico, o trabalho reforça a importância de investigações que integrem múltiplas perspectivas analíticas, especialmente em estudos que envolvem experiências subjetivas complexas. Ao demonstrar que a qualidade de vida é construída na interseção entre funcionalidade, suporte institucional e ressignificação pessoal, a pesquisa contribui para o avanço do debate científico sobre reabilitação protética.

No campo da saúde pública, os resultados oferecem subsídios concretos para o aprimoramento das práticas assistenciais. O Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS, como unidade de referência singular na região noroeste do estado, poderá utilizar os achados desta investigação para refletir sobre seus processos de atendimento, fortalecendo a escuta qualificada dos usuários e ajustando estratégias de acompanhamento multiprofissional. A pesquisa evidencia que políticas públicas eficazes devem considerar não apenas o fornecimento de próteses, mas a continuidade do cuidado e o suporte integral ao usuário.

Por fim, destaca-se que a realização desta pesquisa reafirma a relevância de estudos voltados à compreensão da qualidade de vida sob a perspectiva dos próprios sujeitos. Ao reconhecer a centralidade da experiência vivida e integrar instrumentos validados com análise interpretativa rigorosa, o estudo contribui para uma abordagem mais humanizada e contextualizada da reabilitação. Nesse sentido, a investigação não apenas cumpre seus objetivos científicos, mas também fortalece a reflexão ética e institucional sobre o cuidado às pessoas amputadas, consolidando sua importância para o meio acadêmico e para os serviços de saúde da região.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Amirah Ali *et al.* Correlação entre qualidade de vida e capacidade locomotora de indivíduos com amputação de membros inferiores. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 1, p. 106-113, 2013.

AD POSTURAL ORTOPÉDICA. Processo para a protetização. Disponível em: https://adpostural.com.br/processo-para-protetizacao/. Acesso em: 02 mar. 2023.

ADAMS, Curtis T.; LAKRA, Akshay. Below-knee amputation. In: **StatPearls [Internet]**. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2023.

AGNE, Jones Eduardo *et al.* Identificação das causas de amputações de membros no Hospital Universitário de Santa Maria. **Saúde (Santa Maria)**, p. 84-89, 2004.

AKYOL, Yesim *et al.* Quality of life in patients with lower limb amputation: does it affect post-amputation pain, functional status, emotional status and perception of body image? **Journal of Musculoskeletal Pain**, v. 21, n. 4, p. 334-340, 2013.

ALBUQUERQUE, Célia Fabiana Brito *et al.* Função cardiorrespiratória em paciente hemiparético pós-acidente vascular cerebral no contexto de reabilitação hospitalar: relato de experiência. In: **CONGRESSO AMAPAENSE DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR**, 1., 2023, Macapá. *Anais...* Macapá: Universidade Federal do Amapá, 2023.

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato Francisco Rodrigues. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. 2012.

ARAÚJO, Giovani Inacio *et al.* O impacto do uso de prótese total na qualidade de vida de pacientes idosos: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 5, p. 1612-1623, 2024.

ARAÚJO, R. Principais recursos fisioterapêuticos utilizados em amputados transfemurais durante a fase de pré-protetização. Paraíba, 2012.

BARBOSA, Bruna Maria Bueno *et al.* Incidence and causes of lower-limb amputations in the city of Ribeirão Preto from 1985 to 2008: evaluation of the medical records from 3,274 cases. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 317-325, 2016.

BAROFSKY, Ivan. Why perform a quality or quality-of-life assessment? **Quality of Life Research**, v. 21, n. 4, p. 633-636, 2012.

BAROFSKY, Ivan. *Quality: its definition and measurement as applied to the medically ill*. New York: Springer Science & Business Media, 2012.

BARRETO, Larissa; MENEZES, N.; SOUZA, D. Fisioterapia em paciente amputado de membro inferior pré e pós-protetização. São Paulo: AEMS, 2013.

BERGO, Maíra Frizzi da Cunha; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Emotional aspects present in the lives of amputees. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 20, n. 1, p. 47-60, 2018.

BRANCO, Ruy Luiz Lorenzetti *et al.* Percepções de pacientes amputados hospitalizados: uma exploração qualitativa do período pós-operatório. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 263-276, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia para prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRAZ, Paula Regina Pereira *et al.* Atuação do fisioterapeuta nas unidades de terapia intensiva da cidade de Anápolis. **Anuário de Produção Acadêmica Docente**, v. 3, n. 4, p. 119-129, 2009.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os polos da prática metodológica. 5. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

BUNGE, Mario. *La investigación científica: su estrategia y su filosofía*. 3. ed. Barcelona: Ariel, 1980.

BURY, Michael. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health & Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-182, 1982.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. **Journal of Medical Ethics**, v. 10, p. 124-127, 1984.

CARVALHO, Gabriela Foro Marinho *et al.* Repercussões funcionais frente à reabilitação em um paciente com Guillain-Barré hospitalizado: relato de caso. In: **CONGRESSO AMAPAENSE DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR**, 1., 2023, Macapá. *Anais...* Macapá: Universidade Federal do Amapá, 2023b.

CARVALHO, Gabriela Foro Marinho *et al.* Verificação da funcionalidade de mulheres com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico acompanhadas em um programa de reabilitação: relato de caso. In: **CONGRESSO AMAPAENSE DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR**, 1., 2023, Macapá. *Anais...* Macapá: Universidade Federal do Amapá, 2023a.

CARVALHO, J. A. *Vantagens na protetização transtibial submetidos a técnicas cirúrgicas não convencionais*. 2012. 80 p.

CASTANEDA, L. Próteses de membros superiores e inferiores: indicações e confecção. In: **ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2021.

CELLA, David F. Quality of life: concepts and definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 9, n. 3, p. 186-192, 1994.

CELLA, David; NOWINSKI, Christopher J. Measuring quality of life in chronic illness: the functional assessment of chronic illness therapy measurement system. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 83, suppl. 2, p. S10-S17, 2002.

CHAFFALITZKY, Elisabeth *et al.* Developing consensus on important factors associated with lower limb prosthetic prescription and use. **Disability & Rehabilitation**, v. 34, n. 24, p. 2085-2094, 2012. DOI: https://doi.org/10.3109/09638288.2012.671885

CHAMLIAN, T. R.; STARLING, M. Avaliação da qualidade de vida e função em amputados bilaterais de membros inferiores: revisão da literatura. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 229-233, 2013. DOI: https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130038

CICONELLI, Renato de Mattos *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)" (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COFFEY, L. *et al.* Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. **Disability and Rehabilitation**, v. 36, n. 14, p. 1139-1153, 2014.

COFFEY, L. *et al.* Goal management tendencies predict trajectories of adjustment to lower limb amputation up to 15 months post rehabilitation discharge. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 95, n. 10, p. 1895-1902, 2014.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daiana. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). Resolução nº 402, de 03 de agosto de 2011. Disciplina a especialidade profissional de Fisioterapia em Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: COFFITO, 2011.

CONDIE, E.; SCOTT, H.; TREWEEK, S. Lower limb prosthetic outcome measures: a review of the literature 1995 to 2005. **Journal of Prosthetics and Orthotics**, v. 18, n. 1S, p. 13-45, 2006.

CONDIE, E. *et al.* A systematic review of the evidence on the clinical effectiveness of microprocessor-controlled prosthetic knees. Glasgow/Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland, 2002.

CORRÊA, U. A. C. *et al.* Fisioterapia intra-hospitalar para pacientes com isquemia crítica de membro inferior: consenso de especialistas. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 151-157, abr./jun. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-2950/18006426022019

COSTA NETO, S. B.; ARAÚJO, T. M. A multidimensionalidade da qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 27, n. 1/2, 2003.

DAUPHINÉ, V. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Social Indicators Research**, v. 48, p. 189-216, 1999.

DE LUCCIA, N. Reabilitação pós-amputação. In: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A. DE OLIVEIRA ANDRADE, Grazielle Carvalho *et al.* Instrumentos utilizados para avaliação funcional em pacientes idosos amputados de membros inferiores: uma revisão narrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 67-82, 2019.

BURIHAN, E. (org.). *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003.

DEATHE, A. B.; MILLER, W. C.; JULIAN, V. Outcome measurement in amputee rehabilitation: classical test theory and item response theory. **Canadian Journal of Rehabilitation**, v. 22, n. 2, p. 105-115, 2009.

DEATHE, A. B.; POWELL, E.; MCLENNAN, J. Amputee mobility predictor (AMP): an instrument to assess determinants of the lower-limb amputee's ability to ambulate. **Canadian Journal of Rehabilitation**, v. 12, p. 91-96, 2009.

DEMES, Paula Gabrielly Oliveira *et al.* Desfecho do desempenho funcional em paciente com trauma crânioencefálico no ambiente hospitalar: um relato de caso. In: **CONGRESSO AMAPAENSE DE FISIOTERAPIA HOSPITALAR**, 1., 2023, Macapá. *Anais...* Macapá: Universidade Federal do Amapá, 2023.

DIAS, C. da S. *et al.* Efeitos de programa de reabilitação em regime de internação em paciente amputado transfemoral unilateral: relato de caso. **Acta Fisiátrica**, p. 285-289, 2021.

DIAS, J. S. *et al.* Treinamento proprioceptivo e influência no equilíbrio estático e dinâmico na amputação transfemoral: descrição de caso clínico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 1, p. 110, 2019.

DRIESSEN, Tânia; ODERICH, Cláudia Lima. Desafios da gestão em fisioterapia hospitalar. **Revista Pleiade**, Foz do Iguaçu, v. 17, n. 41, p. 39-46, out./dez. 2023.

DUNNE, S. *et al.* Psychosocial adjustment to lower limb amputation: a review. **Disability and Rehabilitation**, v. 36, n. 14, p. 1139-1153, 2014.

EISER, C.; MORSE, R. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 22, n. 4, p. 248-256, 2001.

ERGO, L.; PREBIANCHI, M. T. Produção científica sobre qualidade de vida no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018.

FAIRCLOUGH, Norman. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas: Papirus, 2008.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Avaliação de qualidade de vida. In: FIGUEIRÓ, J. A. J.; JUNIOR, R. F. (org.). *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 33-43.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 178-183, 2000. DOI: https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000400003.

FREIRE, M. C. M.; PATTUSSI, M. P. Tipos de estudos. In: ESTRELA, C. *Metodologia científica: ciência, ensino e pesquisa*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p. 109-127.

FREITAS, C. M. N. *et al.* Retorno às atividades laborais entre amputados: qualidade de vida no trabalho, depressão e ansiedade. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 468-475, dez. 2018.

FURTADO, M. V. C. *et al.* O papel da fisioterapia no ambiente hospitalar. **PubSaúde**, v. 4, a052, 2020. DOI: https://doi.org/10.31533/pubsaude4.a052.

GAILEY, R. *et al.* Effectiveness of an evidence-based amputee rehabilitation program: a pilot randomized controlled trial. **Physical Therapy**, v. 100, n. 5, p. 773-787, 2020.

GALLAGHER, P.; DESMOND, D. Measuring quality of life in prosthetic practice: benefits and challenges. **Prosthetics and Orthotics International**, v. 31, n. 2, p. 167-176, 2007.

GALLO, C. R. *A saúde na região de Santa Rosa – RS: um estudo sobre a relação entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados*. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

GAMBOA, Silvio Sánchez. *Pesquisa em educação: métodos e epistemologias*. 3. ed. rev., atual. e ampl. Chapecó, SC: Argos, 2012.

GATTÁS, Maria Luz Barbosa. *Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde*. Ribeirão Preto: Holos, 2006.

GIDDENS, Anthony. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
GIDDENS, Anthony. *A teoria da estruturação: fundamentos para uma teoria social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAILEY, K. E. *et al.* The presence and potential impact of psychological safety in the healthcare setting: an evidence synthesis. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 773, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-021-06740-6.

GRZEBIEŃ, A. *et al.* Analysis of selected factors determining quality of life in patients after lower limb amputation: a review article. **Polski Przegląd Chirurgiczny**, v. 89, n. 2, p. 57-60, 2017.

HAAS, B. K. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. **Western Journal of Nursing Research**, v. 21, n. 6, p. 728-742, 1999.

HAFNER, Brian J.; SMITH, Douglas G. Differences in function and safety between Medicare Functional Classification Level-2 and -3 transfemoral amputees and influence of prosthetic knee joint control. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, v. 46, n. 3, p. 417-433, 2009.

HALBWACHS, Maurice. *A memória coletiva*. São Paulo: Centauro, 2006.

HANASHIRO, R.; CORREIA, V. D.; SUGAWARA, A. T. Inclusão social no mercado de trabalho de pacientes amputados em processo de reabilitação. **Acta Fisiátrica**, v. 25, n. 3, p. 138-144, 2018.

HAWKINS, A. T. *et al.* A systematic review of functional and quality of life assessment after major lower extremity amputation. **Annals of Vascular Surgery**, v. 28, n. 3, p. 763-780, 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/j.avsg.2013.07.011.

HAWKINS, K. *et al.* Measuring health-related quality of life. **Health Services Research**, v. 49, n. 3, p. 1070-1087, 2014.

HOSPITAL VIDA E SAÚDE. *Relatório anual de atividades 2023*. Santa Rosa: Hospital Vida e Saúde, 2023.

JAPIASSU, Hilton. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JESUS-SILVA, S. G. de. Análise dos fatores de risco relacionados às amputações. **Jornal Vascular Brasileiro**, 2017.

KAGEYAMA, E. R. O. *et al.* Validação da versão para a língua portuguesa do questionário de Medida Funcional para Amputados (Functional Measure for Amputees Questionnaire). **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 164-171, 2008.

KAGEYAMA, M. *et al.* Qualidade de vida em idosos amputados: uma revisão narrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 3, 2008.

KARNOVSKY, D. A.; BURCHENAL, J. H. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. New York: Columbia University Press, 1949.

KAUFMAN, Kenneth R. *et al.* Energy expenditure and activity of transfemoral amputees using mechanical and microprocessor-controlled prosthetic knees. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 89, n. 7, p. 1380-1385, 2008.

KIRSCHBAUM, C. Decisões entre pesquisas quali e quanti sob a perspectiva de mecanismos causais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 82, p. 180-257, 2013.

KNEZEVIC, A. *et al.* Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. **Medicinski Pregled**, v. 68, n. 7-8, p. 259-264, 2015.

LEAL, O. *et al.* Una base epistemológica para comprender la internacionalización de la educación superior en Brasil. **InterMeio**, v. 28, n. 55, p. 214-232, 2022.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. (org.). *SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento*. Brasília: OPAS, 2003. p. 73-91.

LEGRO, M. W. *et al.* Issues of importance reported by persons with lower limb amputations and prostheses. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, v. 36, n. 3, p. 155-163, 1999.

LIANZA, S. *Reabilitação de amputados: avaliação e conduta fisioterapêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

LOPES, F. M.; BRITO, E. S. Humanização da assistência de fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, p. 283-291, 2009.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MACIEL, Jocélio de Souza. Oferta e utilização de serviços públicos de fisioterapia no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1653-1662, set./out. 2008.

MARCHIORI, M. R. *et al.* Comunicação e discurso nas organizações: construtos que se relacionam e se distinguem. **Comunicação & Sociedade**, v. 32, n. 54, p. 211-238, 2010.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. Produção científica em contabilidade no Brasil: dez pecados. In: LOPES, J.; RIBEIRO FILHO, J. F. (org.). *[título da obra]*. 2020.

MARTINS, L. K.; VIANA, J. E. Atuação do fisioterapeuta na recuperação de pacientes na adaptação de próteses após acidente de trabalho. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 10, 2021.

MATOS, D. A. S. Qualidade de vida de pacientes amputados: revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 120-129, 2019.

MATOS, D. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Qualidade de vida e envelhecimento: questões específicas da osteoartrose. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 3, p. 511-518, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300012.

MATOS, D. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Avaliação em reabilitação: perspectivas para qualidade de vida. In: ARAÚJO, T. C. C. F.; QUEIROZ, E. (org.). *Psicologia da reabilitação: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas*. Brasília: Liber Livro, 2015. p. 155-180.

MATOS, D. R.; NAVES, J. F.; ARAÚJO, T. C. C. F. Ajustamento psicossocial de pessoas com amputação: ponto de vista. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 3, 2018.

MATOS, Denise Regina. *Reabilitação e qualidade de vida em pessoas com amputação de membros inferiores*. 2019. 275 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

MATOS, R.; ARAÚJO, T. M. Subjetividade, multidimensionalidade e dinamismo: perspectivas na avaliação da qualidade de vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2015.

MATURANA, Humberto. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

MATURANA, L. Imagem corporal: noções e definições. **Revista Digital**, Buenos Aires, n. 71, abr. 2004.

MEDEIROS, Gabriella de Almeida Raschke; CALVO, Maria Cristina Marino. Serviços públicos de média complexidade ambulatorial em fisioterapia vinculados ao Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 7-16, maio/ago. 2014.

MEDEIROS, José Eri Osório de; CASTRO, Janice Dornelles de; COSTA, Juvenal Dias da. A política de descentralização da saúde: estudo de caso em Santa Rosa (RS), 1993-2003. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 234-247, maio/dez. 2006.

MELO, M. F. L. P.; AGUIAR, M. R. R. B.; ALVES, A. D. M. *Protocolo de reabilitação fisioterapêutica em amputados de membro inferior: uma revisão integrativa da literatura*. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2020.

METEYER, Violette. *Estudo da qualidade de vida e da autoestima dos indivíduos amputados do membro inferior, com e sem recurso à prótese*. 2020. Trabalho de

Conclusão de Curso (Licenciatura em Fisioterapia) – Escola Superior de Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2020.

MEZZOMO, Augusto Antonio. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão holística. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 217-221, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MIX, C. O que é prótese ortopédica. **Cultura Mix**, 2018. Disponível em: https://www.culturamix.com/saude/o-que-e-protese-ortopedica/. Acesso em: 02 mar. 2023.

MONDADORI, A. G. *et al.* Humanização da assistência de fisioterapia em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 7, n. 3, p. 33-40, 2016.

MONTIEL, A.; VARGAS, M. A. O. Caracterização de pessoas submetidas à amputação. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 169-173, 2012.

MORAES, Roque; GALIAZZI, Maria do Carmo. *Análise textual discursiva*. 2. ed. rev. Ijuí: Unijuí, 2011.

MORAIS, W. L.; ALENCAR, A. M. P. G. Diabetes mellitus: a vivência do cliente frente à amputação. **Cadernos de Cultura e Ciência**, v. 1, n. 1, p. 70-82, 2007.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N.; ROCHA, M. A. S. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do serviço de fisioterapia do núcleo de atenção médica integrada, Universidade de Fortaleza. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 24, n. 2, p. 191-203, 2007.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, Edgar. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez; UNESCO, 2005.

MORO, A.; ASSEF, M. da G.; ARAÚJO, S. W. de. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação de membros inferiores. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 41, n. 1, p. 41-46, 2012.

NG, S. S. *et al.* What is the quality of life of transtibial amputees in Brunei Darussalam? **Malaysian Orthopaedic Journal**, v. 14, n. 2, p. 39-46, jul. 2020.

NOGUEIRA, A. F. *et al.* Principais distúrbios traumato-ortopédicos atendidos em clínicas-escola de fisioterapia. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v. 7, n. 2, p. 33-34, 2016.

NOZAWA, E. *et al.* Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 177-182, 2008.

NUNES, S. *Próteses de membro inferior*. 2017. Disponível em: https://pt.slideshare.net/SaraNunes44/prteses-de-membro-inferior-pdf. Acesso em: 02 mar. 2023.

O'BOYLE, C. A. Assessment of quality of life in surgery. **British Journal of Surgery**, v. 79, p. 395-398, 1992.

O'BOYLE, C. A. Quality of life assessment: a paradigm shift in healthcare? **Irish Journal of Psychology**, v. 13, n. 1, p. 110-120, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Desenvolvimento da avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Psychological Medicine**, Reino Unido, p. 551-558, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Reabilitação: necessidades e desafios globais*. Genebra: OMS, 2017.

ORRÚ, C. Qual a conduta a ser realizada frente a pacientes amputados. 2020.

PAIVA, L. L.; GOELLNER, S. V. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 26, p. 485-497, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000300005.

PANZINI, R. G. *Fisioterapia em amputados: protocolo clínico de reabilitação*. Porto Alegre: Hospital de Clínicas, 2017.

PASTRE, C. M. *et al.* Physical therapy and transtibial amputation. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 2, p. 120-124, 2005.

PATIAS, Jovani; HOFLER, Claudio Edilberto; WAMBIER, Bruna Gabriela. Gestão hospitalar: um estudo aplicado ao Hospital Vida e Saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 16-24, 2015.

PENNACCHINI, M. *et al.* Quality of life: the concept. **Acta Bio Medica**, v. 83, n. 1, p. 9-15, 2012.

PENNACCHINI, M. *et al.* A brief history of the quality of life: its use in medicine and in health-related sciences. **Clinical Therapeutics**, v. 163, n. 3, p. 257-262, 2012.

PEREIRA, D. C. S. *Desenvolvimento de um protótipo para aplicação em doentes com amputação da perna*. 2017. Dissertação (Mestrado) – [instituição não informada], 2017.

PEREIRA, Márcia Cristina da Silva. *Papel do fisioterapeuta no contexto de cuidado ao paciente com amputação transtibial*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – [instituição não informada], [local], 2017.

PINHEIRO, A. N. L. *et al.* TennisGame Physio: proposta de solução no apoio de sessões de fisioterapia para amputados. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE JOGOS E**

ENTRETENIMENTO DIGITAL, 20., 2021. *Anais estendidos...* SBC, 2021. p. 820-827.

PINHEIRO, L. R.; GUTERRES, L. M. B. Análise da satisfação de amputados usuários de próteses de membros inferiores. **Revista da Mostra de Trabalhos de Conclusão de Curso**, v. 1, n. 1, p. 127-144, 2017.

POLJAK-GUBERINA, Renata *et al.* Patients' satisfaction with prosthetic devices. **Collegium Antropologicum**, v. 29, n. 2, p. 615-621, 2005.

POLJAK-GUBERINA, V. *et al.* Measurement of quality of life. **Croatian Medical Journal**, v. 46, n. 5, p. 744-751, 2005.

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

RAVANNA, Elizíe Silva. Atuação da fisioterapia no paciente amputado: revisão de literatura. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 6, p. 1303-1308, 2023. DOI: https://doi.org/10.51891/rease.v9i6.10332.

REIS, Aline Henriques; SCHWAB, Joice Amanda; NEUFELD, Carmem Beatriz. Relato de experiência de terapia cognitivo-comportamental em grupo com pacientes amputados. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 14, n. 2, p. 148-164, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Plano estadual de saúde 2022–2025*. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2022.

ROTTA, B. P. *et al.* Relação entre disponibilidade de serviços de fisioterapia e custos de UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 44, n. 3, p. 184-189, 2018.

SABETZKI, S. M.; CICOTOSTE, C. L. A importância da fisioterapia em UTI no período noturno. In: **SEMINÁRIO DE FISIOTERAPIA DA UNIAMÉRICA – INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, 2., 2008, Foz do Iguaçu. *Anais...* 2008.

SAMPAIO, R. F. A experiência em Belo Horizonte. In: BARROS, F. B. M. (org.). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002. p. 11-16.

SANTOS, L. C. *Tópicos sobre metodologia científica*. Salvador: Quarteto, 2007.

SANTOS, L. F. *et al.* Fisioterapia e amputação bilateral de membros inferiores: relato de vivência acadêmica. In: **SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO (SIEPE)**, 9., 2017, Santa Maria. *Anais...* Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2017.

SANTOS, Lorena dos; VARGAS; MELO. *Qualidade de vida, rede de apoio e autoimagem em amputados*. São Paulo: [instituição não informada], 2014. Trabalho acadêmico.

SANTOS, Luiz Carlos dos. *Metodologia da pesquisa científica*. Salvador: Quarteto, 2007.

SANTOS, W. P. *et al.* Repercussões das amputações por complicações do pé diabético. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 88, n. 26, 2019.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 9.938, de 17 de abril de 1998. Dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de deficiência. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 18 abr. 1998.

SCHAFFALITZKY, E. *et al.* Quality of life in prosthetic practice: a review. **Prosthetics and Orthotics International**, v. 34, n. 2, p. 146-157, 2010.

SCHAFFALITZKY, E.; GALLAGHER, P.; DESMOND, D.; MACLACHLAN, M. Adaptation to amputation and prosthesis use. In: MURRAY, C. (org.). *Amputation, prosthesis use, and phantom pain: an interdisciplinary perspective*. New York: Springer, 2010. p. 65-79.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SERIANO, Kajena Nascimento; MUNIZ, Vivianne Ramos da Cunha; CARVALHO, Maria Ester Ibiapina Mendes de. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 250-255, 2013.

SHEEHAN, T. P.; GONDO, G. C. Impact of limb loss in the United States. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v. 25, n. 1, p. 9-28, 2014.

SILVA, A. M. *et al.* Functional capacity of elderly with lower-limb amputation after prosthesis rehabilitation: a longitudinal study. **Disability and Rehabilitation: Assistive Technology**, 2019.

SILVA, G. F.; BANDEIRA, A. W. de O. T.; SILVA, E. M. de A. Uso de prótese humana para membros inferiores e seus avanços. In: **SIMPÓSIO NACIONAL DE CIÊNCIAS E ENGENHARIAS (SINACEN)**, 6., 2021. *Anais...* v. 6, n. 1, p. 130, 2021.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1535-1546, 2011.

SILVA, J. P.; SILVA, M. A. de Almeida. Fisioterapia em amputados: desafios e perspectivas na prática clínica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 19, n. 68, p. 45-52, 2021.

SILVA, S. G. J. *et al.* Análise dos fatores de risco relacionados às amputações maiores e menores de membros inferiores em hospital terciário. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 16, n. 1, p. 16-22, 2017.

SINHA, R.; VAN DEN HEUVEL, W. J. A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. **Disability and Rehabilitation**, v. 33, n. 11, p. 883-899, 2011. DOI: https://doi.org/10.3109/09638288.2010.514646.

SOUZA, A. C.; BOCHEV, V. D. B.; VIVIANI, A. G. A importância do atendimento humanizado em ambiente hospitalar e no atendimento fisioterapêutico. **Revista Saúde em Foco**, 2024.

SOUZA, A. G. L.; MARTINS, E. *Desenvolvimento artesanal de prótese ortopédica aplicada à amputação de transtibial de terço superior*. São Bento do Sul: UNISOCIESC, 2022.

SOUZA, P. R.; MARTIN, M. A. Qualidade de vida e funcionalidade em pacientes submetidos à reabilitação fisioterapêutica. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 12, n. 3, p. 100-112, 2022.

TANAKA, C. *Ampliação da jornada de fisioterapia reduz tempo na UTI*. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2007.

TONON DA LUZ, S. C. *et al.* Ação de extensão: reabilitação multidisciplinar em amputados. **Revista da UDESC – Centro de Ciências da Saúde e do Esporte**, Florianópolis, 2014.

TRUJILLO, H.; TOVAR, J.; LOZANO, A. Calidad de vida: evolución de un concepto. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v. 36, n. 3, p. 425-446, 2004.

VALENTINI, C. G. *et al.* SAE: na perspectiva de um usuário amputado, reabilitação e APS. In: **SALÃO DO CONHECIMENTO**, 2019. *Anais...* 2019.

VASCONCELOS, A. P. *Reabilitação fisioterapêutica em amputações de membros inferiores: revisão narrativa*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso – [instituição não informada], [cidade], 2011.

VASCONCELOS, T. B. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes amputados transtibiais unilaterais antes e após a protetização. **Fisioterapia Brasil**, v. 12, n. 4, p. 291-296, 2011.

VIEIRA, R. I. *et al.* Intervenções fisioterapêuticas utilizadas em pessoas amputadas de membros inferiores pré e pós-protetização: uma revisão sistemática. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 98-104, 2017.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473-483, 1992.

WELLER, Wivian. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 241-260, maio/ago. 2006.

ZENG, H. *et al.* Effect of respiratory physiotherapy in patients undergoing mechanical ventilation: a prospective randomized controlled trial. **Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue**, v. 29, n. 5, p. 403-406, 2017.

ZIADAROV, D. *et al.* Quality of life of persons with lower limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 90, n. 11, p. 634-645, 2009. DOI: https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.11.003.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO PARA PESQUISA

Eu,_____, portador (a) do CPF _____ como diretor do _____, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada " **A percepção da qualidade de vida a partir do olhar dos sujeitos em condição de uso de prótese dos membros inferiores atendidos pelo centro regional de reabilitação (CER II) de Giruá - RS** ", sob responsabilidade do pesquisador Paolo Gomes Palmeiro, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social da Universidade de Cruz Alta –RS, sob orientação do Professor Doutor Rodrigo de Rosso Krug, em que os participantes participaram respondendo ao questionário estruturado sobre o tema, em que as informações pessoais dos participantes serão mantidas em total sigilo. Os dados tabulados na pesquisa serão posteriormente divulgados aos participantes através de relatórios e apresentação de defesa da tese aberta ao público que quiser assistir, bem como poderão ser entregues devolutivas dos resultados ao CER II, se assim desejar.

Assinatura do responsável

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA (ENTREVISTA)

Dados sociodemográfico

Nome:

Idade:

Sexo:

Nível escolaridade:

Profissão:

Salário-mínimo mensal:

( ) 1 a 3 salário-mínimo
( ) 4 ou mais salário-mínimo
( ) sem salário-mínimo/ autônomo
( ) outro:_____

Condições de saúde
1- Ano de amputação?
2 – Causa da amputação?
3 – Teve complicações após a amputação? Quais?

4 – Faz uso de medicamentos? quais? para que servem?

Processo de reabilitação com a prótese:

5 - Qual o nível de amputação realizado no membro inferior?

6 – Qual o tempo de duração do processo de reabilitação?

7 – Qual o sentimento antes, durante e depois do processo de reabilitação?

8 – Quais os profissionais que realizaram atendimento durante seu processo de reabilitação?

Percepção da qualidade de vida dos usuários de próteses de MMII

9 – Quais os principais desafios encontrados durante todo o processo de reabilitação?

10– Como você considera sua saúde, antes, durante e após a protetização?

11– Como você considera sua qualidade de vida, antes, durante e após a protetização?

APÊNDICE C - VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Prezado Senhor (a)

Ao cumprimenta-lo cordialmente, viemos por meio desta solicitação de validação do instrumento de pesquisa realizado por Paolo Gomes Palmeiro ao Projeto de pesquisa intitulado " **A percepção da qualidade de vida a partir do olhar dos sujeitos em condição de uso de prótese dos membros inferiores atendidos pelo centro regional de reabilitação (CER II) de Giruá - RS".** A pesquisa constituirá na Tese de Doutorado do aluno Paolo Gomes Palmeiro, matriculado no curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social - PPGPSDS da Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ, a qual está sob orientação do Professor Doutor Rodrigo de Rosso Krug.

Objetivo Geral: Analisar a percepção da qualidade de vida a partir do olhar dos sujeitos em condição de uso de prótese dos membros inferiores atendidos pelo Centro Regional de Reabilitação da cidade de Giruá – RS.

Salientamos que esse estudo se trata de uma pesquisa científica no qual será garantido o anonimato dos participantes e sigilo dos dados coletados. Agradecemos.

Assinatura dos três docentes:

_____
Nome:

_____
Nome:

_____
Nome:

Data da autorização:

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA A PARTIR DO OLHAR DOS SUJEITOS EM CONDIÇÃO DE USO DE PRÓTESE DOS MEMBROS INFERIORES ATENDIDOS PELO CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO (CER II) DE GIRUÁ – RS** cujo pesquisador responsável é Paolo Gomes Palmeiro, sob Orientação do Doutor Rodrigo de Rosso Krug, junto a Universidade de Cruz Alta – Unicruz, Programa de Pós-graduação em que as pesquisadoras estão vinculadas. Os objetivos do projeto são:

1 Objetivo geral:

Analisar a percepção da qualidade de vida a partir do olhar dos sujeitos em condição de uso de prótese dos membros inferiores atendidos pelo Centro Regional de Reabilitação da cidade de Giruá – RS.

2 Objetivos específicos:

Descrever a caracterização sociodemográfica dos usuários de próteses de MMII atendidos pelo Centro Regional da cidade de Giruá -RS.

Identificar os serviços prestados pelo Centro Regional de Reabilitação Física de Giruá – RS, bem como o nível de satisfação dos usuários de próteses atendidos pelo CER - II.

Analisar a percepção da qualidade de vida dos pacientes em condição de uso de prótese de membros inferiores atendidos pelo Centro Regional de Reabilitação da cidade de Giruá/RS.

O(A) Sr(a) está sendo convidado por que é paciente com condição de uso de prótese nos membros inferiores atendido pelo Centro Regional de Reabilitação (CERII) no município de Giruá no Rio Grande do Sul

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço Centro Regional de Reabilitação (CERII). Conforme o item IV.3.d, da Res. CNS nº. 466 de 2012.

Como justificativa para realização da pesquisa: Esta pesquisa vem ao encontro dos objetivos do Programa de Pós Graduação em Práticas Socioculturais e Desenvolvimento Social, da Universidade de Cruz Alta, tendo em vista que envolve ações e práticas sociais efetivadas pelas comunidades loco-regionais e sua relação com o desenvolvimento humano e social. Alinhada à linha de pesquisa Linguagem, Comunicação e Sociedade, a investigação alia o conhecimento e questões que envolvem a linguagem, por meio da qual será realizada a geração dos dados para análise.

Sendo assim, o desenvolvimento do presente trabalho justifica-se por interesses pessoais e acadêmicos, sendo que nas questões acadêmicas é pelo fato de que o

profissional da fisioterapia tem grande contribuição para promoção da QV e na reabilitação protética de pessoas que passaram por amputação em membros inferiores e seus níveis. Nos aspectos pessoais é que o pesquisador teve por interesse adquirir conhecimentos sobre os usuários de próteses de membros inferiores, de forma profunda e concisa.

Tem como metodologia adotada para análise dos dados a pesquisa qualitativa com suporte quantitativo e descritiva que se concretizará por meio da Análise Textual Discursiva de Moraes e Galiazzi (2005) e se realizará também por pesquisa exploratório no CER II, e de campo, também no CER II.

Caso aceite participar sua participação consiste em participar de um encontro que será individual, onde responderá a entrevista proposta pelo pesquisador. A entrevista consistirá de questões abertas sobre o tema. As entrevistas serão agendadas juntamente com todos os participantes e de forma que contemple a participação como for melhor para cada um.

Durante a realização dos encontros para as entrevistas, os mesmos serão gravados, apenas para uso de coleta de dados para a pesquisadora, em nenhum momento você terá sua imagem exposta e para suas narrativas serão lhes assegurado o direito de privacidade e anonimato, sendo explicitado com a palavra participante seguido de um algarismo arábico (ex: Participante 1, participante 2....) Assegura-se assim a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros conforme o item II.2.i, Res 466/2012/CNS e Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 5°, incisos V, X e XXVIII.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são de relembrar algumas adversidades encontradas durante seu momento de vida, sua saúde e que sentimentos como nostalgia e ou impaciência na ação das aentrevistas. - Res. 466/12-CNS, IV.3.b.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: São esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: os participantes poderão contribuir com seus conhecimentos e suas experiências ao opinar sobre um tema ao qual eles participam diretamente, poderão sugerir melhorias na condução do tratamento, na mesma ocasião, terão oportunidade de voz através de suas respostas e poderão sentir-se melhor ao perceber que estão sendo solicitados, ouvidos, valorizados, com suas falas validadas e tendo a oportunidade de protagonizar sua própria história dentro da sua vivência na saúde pública municipal de Giruá. Dessa maneira, o estudo poderá contribuir para a melhora na qualidade de vida dos usuários de próteses atendidos pelo CER II na cidade de Giruá - RS espera-se como benefício ainda que o desenvolvimento da pesquisa possa repercutir através dos seus resultados na atuação do profissional de fisioterapia e consequentemente, nos pacientes, pelo fato de que o fisioterapeuta tem grande contribuição na promoção da qualidade de vida e na reabilitação protética de pessoas que passaram por amputação em membros inferiores e seus níveis. Ou seja, os resultados do estudo contribuirão com a condução dos processos de reabilitação de pacientes que usam prótese dos membros inferiores. Ratificando que todos os benefícios e os resultados das pesquisas que serão enviados em forma de relatório ajustam-se ao que prevê a Res. 466/2012-CNS, IV.I.c.

Também como forma de socialização dos resultados - a garantia do pesquisador de que os resultados do estudo serão divulgados através dos bancos e catálogos de dissertações e teses como CAPES e BDTD, além de artigos científicos publicados em revistas científicas online e impressas, materiais como ebooks através de capítulos de

livros e será disponibilizado uma cópia para cada participante bem como uma para o CER II (Norma Operacional CNS n.° 001, de 2013, item 3.4.1.14).

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. (Res. 466/2012-CNS, IV.I.c)

Garantimos ao(à) Sr(a), quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. conforme - Item IV.3.g, da Res. CNS nº. 466 de 2012). Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário. (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº. 466 de 2012)

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica (Item IV.3.e, da Resolução CNS nº. 466 de 2012).

O(A) Sr(a). pode entrar com contato com o pesquisador responsável Paolo Gomes Palmeiro a qualquer tempo para informação adicional no endereço: Rua Praça Aladio Ferreira, 17, Bairro Centro, na cidade de Giruá CEP 98.870-000 Rio Grande do Sul, também através do telefone (55) 997342604, por meio de whatsapp, ou via telefone móvel, a qualquer tempo e horário, ou pelo email: pgpalmeiro@hotmail.com.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cruz Alta (CEP/UNICRUZ) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UNICRUZ localizado na Rodovia Municipal Jacob Della Méa, km 5.6 - Parada Benito Cruz Alta - Rio Grande do Sul - CEP 98005-972 - Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ- Fone: 55 3321-1618 - Ramal 2618. Sala 103, Prédio 4. E-mail: cep@unicruz.edu.br

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa. (ou “Declaro que concordo em participar da pesquisa”. Ressalta-se que não devem ser introduzidas novas informações ou informações contraditórias ao conteúdo do restante do termo. (Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS).

___(Local)___, ____/_____/_____

_____

Assinatura do Participante

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APENDICE E - Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF- 36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como conseqüência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de

algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

6- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

7- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

8- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 - Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

9- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva-mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5