

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Universidade do Minho

**FATORES RELACIONADOS COM A RESILIÊNCIA NA PESSOA
AMPUTADA DOS MEMBROS INFERIORES**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Ricardina Sofia Ribeiro de Sousa Nunes

Orientadoras

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira



Vila Real, 2020

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Universidade do Minho



**FATORES RELACIONADOS COM A RESILIÊNCIA NA PESSOA
AMPUTADA DOS MEMBROS INFERIORES**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Ricardina Sofia Ribeiro de Sousa Nunes

Orientadoras

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Maria Zita Pires Castelo Branco

Vogal: Professor Doutor Francisco Firmino dos Reis (Arguente)

Vogal: Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro (Orientadora)

Vila Real, 2020

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica e do título de Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

“É fácil trocar as palavras,
Difícil é interpretar os silêncios!
É fácil caminhar lado a lado,
Difícil é saber como se encontrar!
É fácil beijar o rosto,
Difícil é chegar ao coração!”

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Estou no fim desta longa caminhada, que representou um conjunto de desafios que enfrentei com altos e baixos e uma grande dose de aprendizagem, onde o conceito que me propus tratar e desenvolver teve presença e aplicação concreta: a resiliência.

Foi a “resiliência”, sem dúvida, que me deu ânimo e força, foi o mote e o motor do caminho para atingir a meta desejada.

Mas... tudo isto só foi possível porque recebi o apoio e a ajuda denodada de muitas pessoas em que englobo os amigos, os colegas, a família, os professores.

Começaria por patentear a minha mais profunda gratidão às minhas orientadoras, Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro e Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira, pela sua inquestionável e presente disponibilidade para o oportuno esclarecimento de dúvidas, a partilha de um saber consolidado e o acompanhamento atento e dedicado no caminho que ia sendo percorrido, para não haver desvios da rota.

Mas não posso deixar de agradecer também, com toda a humildade, mas profundo reconhecimento, aos amigos/colegas e professores que me alavancaram no percurso.

E neste leque de gente a quem muito devo, o nome do Enfermeiro Paulo Valente e Enfermeiro Renato Mota meus chefes de serviço, tem de salientar-se pela ajuda e tão grande compreensão que sempre me disponibilizaram.

Mas... a minha colega e amiga Cândida Teixeira representou uma alegre e sensata adjuvante pelos diálogos, pelas viagens, pela partilha de ideias, por momentos deliciosos, pelo encorajamento quotidiano que me impediu de desistir. O meu obrigada.

E a família, a minha incrível família, com o seu apoio, o espírito de sacrifício e o indiscutível acompanhamento, não pode nem poderá nunca ser olvidada. Foi importante, muito importante.

Este trabalho, cheio de buscas e experiências, é dedicado ao meu filho, o Rodrigo, que adoeceu gravemente a meio do meu caminho e concretizou o élan da minha resiliência, a força resiliente que me impulsionou a persistir e a alcançar as metas a que me propus, e que têm a ver também com os meus sonhos de profissional. Bem hajas meu filho!

OBRIGADA

Resumo

A resiliência, entendida como “um processo dinâmico que encerra em si mesmo a capacidade de adaptação positiva a adversidades” (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007, p.1) é um conceito que tem vindo a ser explorado e aplicado tanto do ponto de vista biológico como em áreas de estudo da atividade humana que compreendam a saúde mental e o bem-estar de pessoas submetidas a processos cirúrgicos marcantes como é o caso das pessoas amputadas dos membros inferiores.

A amputação de um membro corporal causa impactos na vida da pessoa, que vão do fisiológico até à transformação das emoções, quase sempre para sentimentos de carácter negativo e desesperança. Neste contexto, a resiliência pode surgir como conceito promotor de uma melhor qualidade de vida, não só da pessoa amputada, mas também dos seus familiares cuidadores.

Visando aferir fatores que possam influenciar a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores, realizamos um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, junto de uma amostra de pessoas amputadas, com vista a caracterizar sociodemográfica e clinicamente a amostra; bem assim como analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, as variáveis contextuais e as variáveis de contexto familiares em relação com a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores. Pretendeu-se também aferir qual o perfil de resiliência e validar a funcionalidade familiar e o suporte familiar na amostra.

Com base nos resultados obtidos concluiu-se pela não evidência de associação entre as variáveis estudadas, sendo que só as de contexto familiar revelaram ter relação com a resiliência de pessoas amputadas. As variáveis sociodemográficas e as variáveis contextuais não têm influência na capacidade de resiliência das pessoas amputadas.

Palavras-chave: Pessoa amputada; Resiliência; Enfermagem.

Abstract

Resilience, understood as "a dynamic process that contains within itself the ability to adapt adversely to adversity" (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007, p.1) is a concept that has been explored and applied both from the point of view of biological field as well as in areas of study of human activity that comprise the mental health and well-being of people submitted to striking surgical processes as is the case of amputees of lower limbs.

The amputation of a body member causes impacts on the person's life, ranging from the physiological context to the transformation of the emotions, almost always to feelings of negative character and hopelessness. In this context resilience can arise as a promoting concept able to build a better quality of life not only for the amputee but also for their relatives, and caregivers.

In order to assess factors that may influence resilience in lower limb amputees, we performed a quantitative, descriptive-correlational study, with a sample of amputees in lower limb amputees, intend to characterize the sample sociodemographically and clinically; as well as analyzing the relationship between sociodemographic variables, contextual variables and family context variables in relation to resilience in lower limb amputee persons. It was also intended to assess the resilience profile and validate family functionality and family support in the sample.

Based on the results obtained, it was concluded that there are no evidence of an association between the variables studied, and only those from the family context revealed to be related to the resilience of amputees. Sociodemographic variables and contextual variables have no influence on the resilience of amputees.

Keywords: Amputee; Resilience; Nursing.

Índice

Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xix
1. INTRODUÇÃO	1
2. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA	3
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
3.1. Resiliência	5
3.2. Amputação dos membros inferiores	22
3.3. Impacto da amputação de membros inferiores nos doentes e resiliência em pessoas amputadas	27
4. METODOLOGIA	31
4.1. Tipo de estudo	32
4.2. Questões de investigação e hipóteses	33
4.3. Variáveis do estudo	35
4.4. População e amostra do estudo	36
4.5. Instrumento de recolha de dados	37
4.6. Procedimentos formais e éticos	39
4.7. Análise e tratamento de dados	40
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	43
5.1. Caracterização sociodemográfica	43
5.2. Caracterização clínica	44
5.3. Caracterização sociofamiliar	46
5.4. Caracterização da resiliência	47
6. CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	69
Apêndice A - Instrumento de recolha de dados	71
Apêndice B - Consentimento Informado	77

Apêndice C - Parecer da Comissão de Ética do Hospital	79
Apêndice D - Pedido de autorização aos autores das escalas	83

Lista de Figuras

Figura 1. Localizações anatômicas da amputação do membro inferior	25
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características da resiliência.....	21
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes	44
Tabela 3. Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis clínicas.....	45
Tabela 4. Distribuição dos inquiridos segundo a classificação do APGAR familiar	46
Tabela 5. Estatísticas relativas à escala de satisfação com o suporte social	47
Tabela 6. Estatísticas relativas às dimensões da escala da resiliência.....	48
Tabela 7. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da resiliência.....	49
Tabela 8. Relação entre as variáveis contextuais da amputação e as dimensões da resiliência	51
Tabela 9. Relação entre a funcionalidade familiar e as dimensões da resiliência	52
Tabela 10. Relação entre as dimensões da escala de suporte social e as dimensões da escala de resiliência (Correlação de <i>Spearman</i>)	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

a.C. - antes de Cristo

APA - American Psychological Association

CHP - Centro Hospitalar do Porto

CHSJ - Centro Hospitalar de São João

cit. - citado

DM - Diabetes *Mellitus*

ESSS - Escala de Satisfação com Suporte Social

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

RFS - *The Resilience Factors Scale*

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Humana

VIH - Virus da Imunodeficiência Humana

vs - *versus*

WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Os últimos anos têm sido profícuos no desenvolvimento do estudo da resiliência, enquanto conceito que pode ser “aprendido” e “treinado” (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007), sendo que, para tal, apenas se torna necessário que sejam identificadas as suas características.

Considerada como valor individual e coletivo que promove a capacidade de resistência à adversidade, a recuperação de calamidades e o regresso, mais breve e natural possível, à normalidade, sem, no entanto, esquecer as experiências e as situações trágicas experienciadas (Deshields, Heiland, Kracen & Dua, 2016; Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski & O’Flaherty, 2013; Robertson et al., 2016), a resiliência pode, no contexto dos cuidados de enfermagem, vir a revelar-se um instrumento capacitador do doente e promotor de melhores condições para a prestação de cuidados por parte do enfermeiro.

A utilidade e vantagens oferecidas pela resiliência têm ainda mais sentido quando considerado no âmbito de doentes intervencionados por procedimentos complexos e resultantes de problemas de saúde crónicos ou traumatizantes, de internamento prolongado, aliado à sua condição física debilitada pela doença, tendem a desenvolver sentimentos de depressão e ansiedade que prejudicam a recuperação de saúde. É neste cenário que se enquadram os doentes amputados dos membros inferiores, sendo que vários estudos demonstram que esta população vivencia transformações, nomeadamente sentimentos negativos, depressão ansiedade e desesperança.

O objetivo principal deste estudo é saber quais os fatores que podem influenciar a resiliência nas pessoas amputadas dos membros inferiores.

O presente estudo de investigação, cujo objetivo principal começa pela construção do referencial teórico sustentador e clarificador dos conceitos chave do estudo. Tem uma segunda parte onde se apresenta e justifica as opções metodológicas e, na terceira parte, apresenta os resultados obtidos, a sua análise e discussão. Termina-se o estudo com a evidência das conclusões obtidas.

2. PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO TEMA

Partindo da fundamentação teórica e das observações decorrentes da prática de enfermagem que exercemos, constatamos que os doentes amputados dos membros inferiores, para além da condição física e de saúde de que resulta a inevitabilidade da amputação, sofrem problemas de foro emocional e sentimental que afetam, de sobremaneira, a sua recuperação no pós-operatório e, muitas vezes, condicionam a prestação de cuidados de saúde por parte dos enfermeiros cuidadores, na medida em que não se mostram cooperantes e, outras vezes, denotam sentimentos de desesperança e ansiedade. Estas circunstâncias comprometem o sucesso dos tratamentos, aumentam o tempo de internamento e, por consequência, encargos financeiros substantivos e ocupação de camas nas unidades de saúde.

A amputação dos membros inferiores, apesar de ainda não serem conhecidos os registos epidemiológicos dos últimos anos, é bastante elevada, tendo maior incidência em zonas urbanas e registando dados percentuais que rondam as 8000 pessoas por ano no nosso país (Rolim et al., 2015). Segundo estes autores, deste número de amputados, os dados apontam para uma taxa de mortalidade que pode chegar aos 22% após o primeiro mês, 44% no ano seguinte à cirurgia e 77% ao longo dos cinco anos decorridos do procedimento.

As pessoas amputadas desenvolvem um vasto leque de problemas de foro mental que as pode levar a sofrer de depressão, ansiedade e até medo de rejeição social, entre outros, pelo que importa avaliar sentimentos e estratégias de superação que favoreçam a aceitação da condição de amputado e a convalescença.

Com base nestas asserções aferimos a possibilidade de estudar a resiliência, entendida como “um processo dinâmico que encerra em si mesmo a capacidade de adaptação positiva a adversidades” (Jackson et al., 2007, p.1), ou seja, como um constructo capaz de ajudar a promover um combate assertivo aos estados de ansiedade e depressão, que tantas vezes afetam os doentes amputados dos membros inferiores internados durante o pós-operatório. Assim, é objetivo primordial da intervenção dos enfermeiros garantir uma melhor e mais rápida recuperação, bem como, e principalmente, uma maior capacidade de enfrentamento do futuro. Tendo em vista este pressuposto, consideramos a possibilidade de algumas variáveis poderem ter algum tipo de influência no processo de construção/revelação da resiliência nos doentes amputados dos membros inferiores.

Por via do alargamento de conhecimentos nesta área, visamos melhorar as perspetivas de futuro destes doentes e contribuir para uma melhor intervenção dos enfermeiros junto das pessoas amputadas dos membros inferiores, permitindo que a prestação de cuidados de saúde se revele motivadora e promotora de sentimentos positivos e de empoderamento face ao regresso a casa após a cirurgia e ao enfrentamento da nova realidade social que o doente vai encontrar.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Resiliência

O interesse crescente em torno do conceito de resiliência é decorrente de vários acontecimentos catastróficos que marcaram a humanidade desde o início deste século XXI, como o ataque às torres gémeas nos Estados Unidos da América a 9 de setembro de 2001¹, o envolvimento das tropas norte-americanas nas guerras do Iraque² e do Afeganistão³, vários acontecimentos ambientais como tsunamis e terremotos⁴ que vitimaram milhares de pessoas, e os mais recentes atentados de Paris⁵ (Rice & Liu, 2016).

Perante estes e outros momentos de tragédia comum, foram vários os grupos, tanto académicos como comerciais e sociais, que se dedicaram a estudar e a tentar perceber a melhor forma de suportar, recuperar e prosperar, enquanto indivíduos e enquanto comunidades, destas “más horas” (Rice & Liu, 2016). Nesta tentativa de superação de catástrofes, a resiliência apareceu como valor individual e coletivo, que promove a capacidade de resistência à adversidade, a recuperação de calamidades e o regresso, mais breve e natural possível, à normalidade, sem, no entanto, esquecer as experiências e as situações trágicas experienciadas (Deshields et al., 2016; Garcia-Dia et al., 2013; Robertson et al., 2016).

A partir de uma perspetiva histórica, a resiliência, entendida desde logo na sua etiologia, é um vocábulo que deriva do latim *resilio* (Anaut, 2005), que significa recuperar, recuar, e era também o termo usado para dar significado aos atos de saltar para trás, voltar para trás, afastar-

¹ Os ataques ou atentados terroristas de 11 de setembro de 2001, cuja autoria foi posteriormente atribuída à organização fundamentalista islâmica al-Qaeda, envolveram 19 terroristas que sequestraram quatro aviões comerciais de passageiros e os “conduziram” intencionalmente contra as Torres Gémeas do complexo empresarial do *World Trade Center*, em Nova York e contra o Pentágono. O quarto avião acabaria por cair num campo aberto na Pensilvânia. Todos os passageiros dos aviões morreram bem assim como milhares de pessoas que se encontravam nos edifícios das torres. No total contabilizaram-se cerca de três mil mortes.

² Conflito bélico que começou no dia 20 de março de 2003 com a invasão do Iraque, por uma colisão militar multinacional liderada pelos Estados Unidos.

³ A guerra do Afeganistão, que ainda decorre, teve início a 07 de outubro de 2001. A invasão àquele país foi feita por parte do exército americano, à rebelia da vontade das Nações Unidas, e visava a destruição da organização al-Qaeda.

⁴ Um dos mais violentos acontecimentos catastróficos naturais aconteceu em 26 de dezembro de 2004, na Costa oeste de Sumatra, na Indonésia. Foi um violento terremoto, que estaria na origem de uma série de tsunamis devastadores ao longo da costa do Oceano Índico, que causaram a morte de mais de 230 mil pessoas em 14 países.

⁵ Na noite de 13 de novembro de 2015, Paris foi alvo de uma série de atentados terroristas que consistiram no fuzilamento em massa de vítimas inocentes, atentados suicidas, explosões e uso de reféns. Contabilizaram-se 137 vítimas mortais.

se ou brotar (Harper, 2012). Este vasto leque de significações, que derivam da origem etiológica da palavra, sustenta a aplicação do conceito a uma variedade de áreas.

Já nos dicionários, a resiliência é definida como a capacidade de recuperar prontamente de doença, depressão, adversidade ou afins (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2018), ou na interpretação avançada pelo Merriam-Webster dictionary.com (2018), entendida como a habilidade de recuperar ou ajustar-se facilmente ao infortúnio ou à mudança.

Ambas as interpretações avançadas pelos léxicos referenciados denotam como ponto comum às interpretações do conceito, o facto deste remeter para a capacidade de recuperação de um estado de alteração provocado por infortúnios ou tragédias, mas nenhum deles oferece explicação para os mecanismos que explicam e favorecem a ocorrência da resiliência ou a capacidade de um determinado indivíduo se mostrar resiliente, em detrimento de outros indivíduos que, no mesmo contexto social e profissional, perante as mesmas situações ou situações similares, não têm qualquer capacidade de recuperação e ajustamento ao infortúnio.

A resiliência, entendida como “um processo dinâmico que encerra em si mesmo a capacidade de adaptação positiva a adversidades” (Jackson et al., 2007, p.1), é um conceito que tem vindo a ser explorado e aplicado tanto do ponto de vista biológico como em áreas de estudo da atividade humana que compreendam, também, a saúde mental (Garcia-Dia et al., 2013). Na verdade, e tal como sustentado por Garcia-Dia et al. (2013), este conceito tem sido alvo de atenção e investigação em praticamente todas as áreas de vida e em todas as áreas académicas, desde a sociologia, passando pela psicologia e pela enfermagem, pela medicina e até mesmo pelas ciências económicas e pela ecologia.

Dada a abrangência das áreas de estudo que consideram a conceptualização e perceção da resiliência, e sendo também o objeto central do presente estudo, será na área da saúde mental que abordaremos este conceito tantas vezes interpretado na “voz comum”, e segundo Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick e Yehuda (2014), como a habilidade de “dobrar ou quebrar” e até mesmo de “crescer em face de experiências de vida adversas” (p.3).

Os primeiros estudos reconhecidos como tendo enfoque direto no conceito de resiliência, no âmbito da psicologia, foram realizados por Norman Garmezy (1973). O trabalho deste investigador no âmbito da esquizofrenia e da psicopatologia infantil visou aferir porque é que alguns dos seus doentes se mostravam capazes de “voltar atrás”, ao estado que tinham e em que viviam antes das doenças de forma mais rápida do que outros que não chegavam a conseguir

sair dos seus estados patológicos. De facto, e de acordo com a investigação realizada, verificou-se que ambos os grupos de doentes eram “stressados e afetados” por causa do diagnóstico e da sua condição psicológica, mas um desses grupos parecia ter um comportamento de adaptação mais positivo que o outro. Face a esta observação, o investigador, agora considerado pioneiro nos estudos sobre resiliência, identificou diferenças nas origens e no passado dos doentes de ambos os grupos e sugeriu que a disponibilidade de recursos psicossociais poderia contribuir para contrariar a influência negativa de uma adversidade como a esquizofrenia, e promover uma adaptação comportamental positiva face à doença (Garmezy, 1973).

Com vista a aprofundar conhecimentos, Norman Garmezy realizou um outro estudo numa população de crianças pobres que visava avaliar a relação com a teoria de “fatores cumulativos”, tendo concluído que um traço de personalidade do indivíduo não é a única fonte, mas que as personalidades são produto de fatores internos e externos. Foi, exatamente, nesta combinação de fatores e predisposições psicológicas e biológicas que o investigador encontrou o que viria a denominar de “fatores de proteção” (Garmezy, 1973) que, atualmente, se reconhecem como sendo a resiliência (Garcia-Dia et al., 2013; Haase & Peterson, 2013; Robertson et al., 2016; Southwick et al., 2014).

Depois destes primeiros estudos, Norman Garmezy dedicou mais de duas décadas da sua vida a estudar a resiliência, tendo como principal objetivo determinar os processos protetivos e identificar estratégias de medida da competência e de medidas de exposição a situações de risco que pudessem explicar como é que as crianças com doenças psicológicas, população principal de estudo, eram capazes de superar a adversidade. Os principais resultados que o investigador obteve mostraram que o desenvolvimento de características de personalidade que sustentam e constroem a resiliência é influenciado tanto por fatores internos como por fatores externos (Garcia-Dia et al., 2013; Masten & Tellegen, 2012; Southwick et al., 2014). Garmezy foi ainda mais longe e indicou que os fatores mais determinantes para o desenvolvimento da resiliência nos indivíduos são uma condição socioeconómica média ou acima da média, habilidades cognitivas, abertura à experiência, conscienciosidade, estreito relacionamento com os pais, apoio de adultos fora da família e sentimentos de autoestima (Masten & Tellegen, 2012).

Algumas décadas após os trabalhos de investigação de Garmezy terem sido divulgados, foi registado um novo e importante avanço nos estudos da resiliência. Werner e Smith (1992) levaram a cabo um estudo longitudinal no Hawai, que teve como amostra um grupo de crianças nascidas em 1955 e que cresceram na pobreza ou foram expostas a condições adversas como o

divórcio dos pais, o alcoolismo e o convívio com familiares próximos portadores de doenças mentais. Os investigadores, através dos registos de acompanhamento destas crianças desde a sua infância até à idade adulta, observaram qual o impacto que as condições adversas tiveram na adaptação destes indivíduos à vida e descobriram que a maioria das crianças teve sérios problemas de desenvolvimento enquanto adolescentes, mas, quase todos foram capazes de superar as dificuldades e cresceram para ser adultos perfeitamente funcionais.

Por via da observação longitudinal, Werner e Smith (1992) vieram corroborar a ideia já estabelecida por Norman Garmezy de que existem fatores internos e externos capazes de influenciar a capacidade de superação de adversidades dos indivíduos. De acordo com estes investigadores, os fatores internos que inferem diretamente na resiliência humana são a personalidade, uma boa linguagem e habilidades de autoestima (Garcia-Dia et al., 2013; Robertson et al., 2016; Sullivan, Kempe, Edmed & Bonanno, 2016; Werner & Smith, 1992). Já no que diz respeito aos fatores externos, os investigadores apontaram a família e a comunidade como fatores determinantes para a construção da resiliência (Garcia-Dia et al., 2013; Werner & Smith, 1992). Na observação efetuada, os investigadores consideram que, de entre os fatores externos, o estabelecimento de laços emocionais fortes com um elemento familiar, ou de muita proximidade, emocionalmente saudável, é de extrema importância para o desenvolvimento da competência de resiliência na criança e que esta competência tem que começar a ser cimentada, exatamente nos primeiros anos de vida dos indivíduos (Garcia-Dia et al., 2013; Werner & Smith, 1992). Considerando estes fatores como “fatores protetivos” (Werner & Smith, 1992), os investigadores concluíram que estes têm um grande impacto ao longo da vida de crianças que cresceram em condições adversas.

Tomando a resiliência nesta linha de observação, foram publicados outros estudos no final do século passado, que tiveram como ponto comum a observação de indivíduos que cresceram, ou viviam, em ambientes opressivos e degradados, mas, em 2004, um outro investigador veio propor um olhar sobre a resiliência a partir de uma perspetiva distinta e fez com que o conceito de resiliência e a sua conceptualização tomassem um novo rumo. Bonanno (2004) estudou este conceito, tendo como ponto de partida a vivência de experiências negativas e inesperadas, tal como a morte de um cônjuge ou de um filho, um ataque terrorista ou um desastre natural. Neste enquadramento, o investigador passa a dar enfoque a fatores de stresse agudos em detrimento dos fatores crónicos antes identificados por Garmezy (Garcia-Dia et al., 2013).

Considerando esta nova aproximação ao conceito, Bonanno (2004) define a resiliência como a habilidade que os adultos têm de se manterem relativamente estáveis e com boa saúde psicológica e mental após sofrerem um evento traumático. A partir desta definição, alguns autores consideram que a visão apresentada por Bonanno (2004) para a resiliência a coloca como opositora do stresse pós-traumático (Deshields et al., 2016; Garcia-Dia et al., 2013; Rice & Liu, 2016; Robertson et al., 2016; Schultze-Lutter, Schimmelmann & Schmidt, 2016; Sullivan et al., 2016).

Outro dos aspetos em que a investigação de Bonanno (2004) se demarcou do estado da arte até então existente, foi o facto do autor sublinhar a resiliência como uma capacidade bastante comum entre os indivíduos e ser um elemento fundamental das habilidades de *coping*⁶, que cada um tem com vista a conseguir seguir em frente com a vida e a aceitar as circunstâncias que ocorrem com esperança (Garcia-Dia et al., 2013).

Mais recentemente, as investigações efetuadas com vista à interpretação da resiliência voltaram a dirigir-se para a visão que defende que esta é composta por aspetos biológicos e fisiológicos à semelhança da teoria dos “fatores protetivos” de Garmezy, segundo Southwick e Charney (2012a). A resiliência, assim entendida, pode ser considerada como uma capacidade “neuroplástica” (Southwick & Charney, 2012a), uma vez que se apresenta como uma habilidade que o cérebro humano tem de mudar em resultado de determinada experiência. Estes investigadores sustentam que a neuroplasticidade vai ocorrendo ao longo da vida dos indivíduos e ganhando expressão e força à medida que estes aprendem a usar os fatores protetivos em situações de stresse. Segundo esta interpretação da resiliência, os fatores protetivos são tanto mais eficazes quanto maior for o suporte familiar e social dos indivíduos, assim como o seu altruísmo e capacidade de foco e disciplina (Garcia-Dia et al., 2013; Rice & Liu, 2016; Southwick & Charney, 2012b).

Num outro ramo de investigação, alguns autores defenderam a ideia de que a resiliência pode ser “aprendida” e “treinada” (Jackson et al., 2007)⁷, sendo que, para tal, apenas se torna

⁶ Muito sumariamente, dado que se trata de um conceito que, tal como a resiliência, se reveste de complexidade, o *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, a que os indivíduos recorrem com vista a cumprir determinadas necessidades, sejam de foro interno ou externo. Estas estratégias são usadas em situações de stresse e a sua aplicação tendem a sobrecarregar os recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984).

⁷ O trabalho de investigação de Jackson et al. (2007) em torno da resiliência assenta no objetivo principal de reconhecer as características desta capacidade humana com vista a que a mesma possa ser usada como instrumento de reforço e estratégia de combate contra o stresse na profissão de enfermagem. De acordo com estes autores, a resiliência dos enfermeiros no local de trabalho pode ser reforçada através de estratégias que sejam capazes de estabelecer equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal e através de acompanhamento especializado que ajude a reflexão sobre os problemas e á construção de soluções no local de trabalho.

necessário que sejam identificadas as suas características. Com vista a ir no encalço deste objetivo, Shakespeare-Finch, Gow e Smith (2005) enunciaram a extroversão, a abertura de mentalidade, a agradabilidade, a conscienciosidade, o humor, o altruísmo, a capacidade de adaptação e de enfrentar os medos, bem como o otimismo como características da resiliência, sendo que o contexto da investigação em que estas características foram determinadas foi o local e ambiente de trabalho, e a amostra ser composta por enfermeiros(as).

Considerando a amplitude e complexidade da resiliência foi também analisada no contexto das doenças crónicas e terminais ainda durante o século XX, quando se consideravam aspetos determinantes para o alargamento de conhecimentos em torno do vírus da imunodeficiência humana (VIH) e da capacidade de resistência psicológica das pessoas infetadas pelo vírus (Farber, Schwartz, Schaper, Moonen & McDaniel, 2000; Rabkin, Remien, Katoff & Williams, 1993; Thompson, 2002). Neste contexto, os investigadores Rabkin et al. (1993) constataram que quase todos os elementos da amostra, mais especificamente do sexo masculino e com síndrome de imunodeficiência humana (SIDA), evidenciaram capacidade psicológica de resiliência ao mostrarem confiança e esperança no futuro, sendo que os participantes portadores de incapacidades ou deficiências físicas foram os que se apresentaram como menos resilientes. A partir das observações e resultados obtidos neste estudo, os investigadores definiram a resiliência como um processo de adaptação e ajustamento que ocorre na vida das pessoas, apesar da ocorrência de perdas pessoais e sociais (De Santis, 2008).

No mesmo enquadramento de análise à resiliência, outros investigadores (Farber et al., 2000) definiram-na como a relação existente entre robustez e adaptação ao facto de ser doente de uma doença crónica e socialmente estigmatizada.

No entendimento de Thompson (2002), a resiliência era interpretada do ponto de vista cronológico e descrevia-se como o período de incerteza vivido pelos indivíduos enquanto se tentavam adaptar às novas circunstâncias de serem portadores e doentes de VIH. Segundo este investigador, durante este período, os doentes crónicos eram sujeitos à necessidade de ajustarem o seu futuro à ideia de vivência permanente com a infeção e à oportunidade de consolidar todos os aspetos da sua vida anterior à nova realidade e, assim, crescerem.

De acordo com Schultze-Lutter et al. (2016), os primeiros anos de considerações tecidas em torno da resiliência perspetivaram uma conceptualização muito inveterada do conceito de doença ou então a sua explicação como a capacidade de lidar com a adversidade e de evitar

situações de esgotamento quando em confronto com elementos stressores. Segundo estas perspectivas, que de resto temos vindo a descrever, a resiliência era parte dos fatores protetivos⁸ ou, então, considerada como a parte da personalidade humana. Na mesma linha, mas em termos do seu funcionamento, a resiliência tinha por objetivo a promoção da saúde mental dos indivíduos (World Health Organization [WHO], 2003).

No âmbito destas interpretações, a saúde mental surgia como consequência da capacidade de resiliência de cada pessoa, no entanto, alguns autores (Masten, 2001; Pollard & Lee, 2003) e, na sequência do trabalho destes, a WHO (2004) inverteu o papel de cada um destes elementos na equação, tendo a saúde mental passado a ser interpretada como o meio ao invés do fim. De acordo com a WHO (2004), a saúde mental é um elemento fundamental da resiliência, é um ativo de saúde, que reforça as capacidades e a adaptação positiva, que possibilita a adaptação dos indivíduos à adversidade e a atingirem o seu potencial total enquanto seres humanos.

Em face destes processos de contínua avaliação e aprofundamento de conhecimentos em torno da resiliência, a American Psychological Association (APA, 2016) veio definir a resiliência como o processo de boa adaptação em situações de adversidade, trauma, tragédia, ameaças e mesmo de fontes significativas de stresse. No entanto, e apesar da inteligibilidade da definição avançada, a mesma parece não refletir a complexidade do conceito, a que já fizemos alusão, na medida em que os seus determinantes remetem para a esfera biológica do Ser Humano, mas também para as suas componentes psicológicas, sociais e culturais (Southwick et al., 2014).

É da falta de reconhecimento desta complexidade, a par da quase ausência da aplicação dos conhecimentos acerca da resiliência no campo da medicina, a que também se referem Isokääntä, Koivula, Honkalampi e Kokki (2018), quando a definem como a habilidade que possibilita a recuperação de adversidades, traumas, cirurgias, problemas de saúde sérios ou problemas sociais” e contestam os poucos conhecimentos da mesma na área da pediatria.

De acordo com vários autores (Deshields et al., 2016; Rice & Liu, 2016; Robertson et al., 2016; Southwick et al., 2014), a melhor conceptualização a fazer ao conceito que trazemos em estudo deve considerar todas estas facetas, mas também ter em conta a perspectiva de análise do

⁸ De acordo com a WHO (2004), os fatores protetivos dizem respeito às condições que melhoram a capacidade de resistência aos fatores de risco e às desordens, nos indivíduos. Tratam-se de fatores que modificam, melhoram ou alteram a resposta do indivíduo a condicionantes negativos e externos a si mesmo e que, em teoria, teriam, per si, más consequências. Ainda segundo a perspectiva da WHO, os fatores protetivos podem ser comparados às características positivas da saúde mental, tais como a autoestima, a resiliência emocional, o pensamento positivo, a capacidade de resolução de problemas e habilidades sociais, a capacidade de gestão do stresse e os sentimentos de empoderamento.

conceito, ou seja, se este está a ser observado enquanto característica, como processo ou como resultado. Para além disso, e tal como Southwick et al. (2014) defendem, o processo de definição da resiliência incorre sempre na tentação da mesma ser observada sob a perspetiva da sua existência ou da sua ausência. Trata-se, no entanto, e de acordo com a opinião dos mesmos autores, de um processo *continuum* que pode estar presente em diferentes graus e dimensões ao longo de toda a vida de um indivíduo e em vários domínios da vida. Esta opinião, que sustenta que a resiliência é uma característica da personalidade dos indivíduos e muitas vezes lhe é inerente, é também apontada por Garcia-Dia et al. (2013) e por Rice e Liu (2016). Acresce ainda que o facto de um indivíduo se mostrar resiliente em um ou mais domínios da sua vida não implica, necessariamente, que este seja resiliente em todos os outros aspetos (Arnold, Mearn, Oshima & Prasad, 2014; Sherrieb, Norris & Galea, 2010; Southwick et al., 2014). De facto, um indivíduo que se adapta muito bem ao stress no local de trabalho mostrando características de resiliência perante as situações laborais mais exigentes e adversas, pode não ser capaz de demonstrar a mesma resiliência na sua vida pessoal.

Em face do fenótipo da resiliência passou então a ser considerada como um fenómeno interativo cuja classificação decorreu do facto de se ter observado que alguns indivíduos têm um melhor comportamento face às adversidades da vida do que outros perante os mesmos obstáculos e circunstâncias (Rutter, 2013).

Dentro da interatividade que lhe é reconhecida ressaltam múltiplas facetas que concorrem para a dificuldade de se encontrar um consenso para a formulação do conceito de resiliência. Por via destas dificuldades, nos últimos anos têm sido realizadas várias revisões sistemáticas (Aburn, Gott & Hoare, 2016; APA, 2016; Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010; Rutter, 2013), com o objetivo de reunir elementos identificadores do conceito, tais como sobreposições de características e temas chave. Como resultado destas sistematizações, a resiliência pode ser descrita em alternativa aos conceitos que já foram apontados, como:

- Processo de ultrapassar dificuldades, adversidades ou traumas a um nível que resulta em mais sucesso ou em que o indivíduo passa a ser melhor do que antes de ter vivenciado as ocorrências negativas (Rutter, 2013);
- Processo de ajustamento e adaptação a novas e difíceis situações (APA, 2016);
- Processo de recuperação total, ou regresso ao ponto de partida, de um difícil período de trauma (APA, 2016);

- Estado de imunidade mental em consonância com boa saúde mental (Masten, 2001);
- Força pessoal elevada, mas difícil de quantificar, que se fundamenta em experiências positivas e em apoio familiar e social (Davydov et al., 2010).

Rutter (2013) destacou que os cinco temas chave identificados podem ser considerados à luz de duas perspectivas e que estas, por seu turno, também vão influenciar a avaliação da própria resiliência. Numa das perspectivas consideradas, a resiliência aparece como orientada pelas características e, assim, é considerada como uma habilidade inata ou um recolhimento mental, também de natureza ingênita, que capacita o indivíduo de uma espécie de imunidade aos problemas e às adversidades. Segundo esta perspectiva, a responsabilidade de ultrapassar as situações negativas cabe ao próprio indivíduo, na medida em que ele tem traços de personalidade que o preparam para essa tarefa. Em função desta visão da resiliência, é possível ser medida por meio da comparação destes traços de personalidade entre indivíduos. Os procedimentos de mensuração, neste contexto, podem passar pela aplicação de questionários ou pela realização de entrevistas que infiram sobre fatores psicossociais das pessoas (Rutter, 2013).

Na segunda perspectiva apontada por Rutter (2013), a que o investigador considerou de orientada para o processo, a resiliência apresenta-se como um sistema que envolve, de forma interativa, o indivíduo e o ambiente, num processo que visa alcançar, ou manter, a estabilidade e, ao mesmo tempo, garantir que eventuais fatores stressores capazes de perturbar o futuro dos indivíduos sejam suprimidos, antes mesmo de se manifestarem. No âmbito desta interpretação, a resiliência não pode ser interpretada enquanto qualidade ou traço de personalidade devendo, antes, ser vista e medida, inserida num contexto em que se considera o indivíduo, a comunidade, o risco e os fatores protetivos, bem como os resultados que advêm da sua existência ou da sua ausência. Segundo esta perspectiva, que, tal como Rutter (2013) afirma, é a mais comum de entre as várias revisões de literatura por ele analisadas, a resiliência é composta por ativos e recursos que dão corpo aos fatores promotores, organizados por forma a trabalharem em conjunto e em diferentes níveis.

Em função do trabalho interpretativo da resiliência levado a cabo por Rutter (2013) e na sequência deste, Ungar (2015) procurou estabelecer o sentido dos recursos que estabelecem a coesão aos fatores promotores e aos fatores intrapessoais e, assim, definiu que os primeiros se referem à presença de elementos de proteção ambiental e não, como antes haviam sido

interpretados (Farber et al., 2000; Masten, 2001; Pollard & Lee, 2003; Sherrieb et al., 2010), à ausência de elementos de risco no ambiente que circunda os indivíduos. Já para o segundo, o autor determinou que se referem aos fatores intrapessoais, sendo estes: o afeto, as estratégias de *coping*, a personalidade, a espiritualidade, a capacidade de cognição e a biologia (Schultze-Lutter et al., 2016).

No que diz respeito aos elementos ativos, e no enquadramento da perspectiva orientada para o processo, estes só se evidenciam quando desafiados por adversidades que ultrapassam os limites da normalidade na vida dos indivíduos (Ungar, 2015). Em face destas interpretações, os ativos podem ser distinguidos entre as boas capacidades de *coping* usadas em várias atividades diárias com vista a ultrapassar os normais níveis de desenvolvimento e de risco de stresse. De entre o conjunto de elementos ativos estabelecido encontram-se: as habilidades de regulação das emoções, a afetividade positiva, o empoderamento, a percepção de competência, a capacidade de gestão de stresse, a capacidade de resolução de problemas, as habilidades sociais, a capacidade de perceber o futuro de forma concreta, a identidade, o temperamento positivo, a personalidade, a religiosidade, a inteligência, a neurobiologia e as predisposições genéticas (Schultze-Lutter et al., 2016).

Wang, Zhang e Zimmermann (2015) identificaram três modelos básicos de mecanismos que contribuem para a alteração de relacionamento verificada nos fatores promotores quando expostos ao risco e que explicam também o facto do mesmo risco e da mesma exposição não resultar nos mesmos resultados para todos os indivíduos.

O primeiro destes mecanismos, a que os autores chamaram de modelo compensatório, diz respeito a um efeito unidirecional direto e aditivo e simultaneamente oposto, aos fatores promotores e de risco. O segundo mecanismo identificado refere-se à interatividade entre o efeito modificador dos fatores protetivos e o risco, com vista à redução dos fatores de risco. Por último, Wang et al. (2015) dão conta do modelo de inoculação e explicam que este mecanismo diz respeito a um efeito de reciprocidade que ocorre entre os fatores protetivos e o risco. Com recurso a uma frase do senso comum, os autores explicam este mecanismo com a afirmação: o que não me mata, torna-me mais forte (Wang et al., 2015).

Em todos os modelos os autores consideram a existência de fatores promotores, ou seja, elementos que concorrem para a necessidade de ocorrência da resiliência e, no caso do modelo de inoculação, explica-se que níveis adequados de riscos anteriores facilitam o

desenvolvimento de fatores protetivos que concorrem para a redução do efeito que novos riscos possam vir a ter (Wang et al., 2015). Assim, e por contradição, os mesmos investigadores destacam que uma exposição reduzida ou nula a riscos no passado vai contribuir para a falta de preparação do indivíduo quando forçado a enfrentar adversidades. Esta afirmação não pressupõe, no entanto, que os mesmos investigadores defendam a contínua exposição ao risco, de tal forma que estes explicam que uma exposição excessiva aos riscos vai deixar o indivíduo demasiado afetado por efeitos negativos e incapaz de reagir às adversidades de forma resiliente (Wang et al., 2015).

Dada a multiplicidade conceptual da resiliência, os processos de medição da mesma traduzem as dificuldades que a definição espelha, e segundo Ungar (2015), a melhor forma de mensurar os níveis desta característica em cada indivíduo é indireta, através da observação da presença ou ausência de desordens mentais ou sintomas relacionados, para além da observação da existência, ou não, dos elementos ativos e dos fatores protetivos a que já fizemos alusão. Segundo este investigador, a resiliência é mais comumente entendida quando não existem desordens de ordem mental. Quando a desordem existe e o indivíduo dá mostras de recuperar de uma adversidade de forma normal, pode aferir-se que a recuperação do indivíduo excede as expectativas (Ungar, 2015). Importa também ter em conta que, tal como destacaram Robertson et al. (2016), a capacidade de resiliência de cada indivíduo não é constante, podendo mudar em função do tempo e das condições ambientais e esta característica é outro dos obstáculos à medição.

Ungar (2015) sublinha ainda que a ausência de um padrão de medição da resiliência dificulta a clarificação do conceito e, tal como afirma, cria-se um ciclo vicioso que só pode ser interrompido com empenho e desenvolvimento investigativo. A importância do aprofundamento de estudos em torno da resiliência, que não pode excluir os conhecimentos já adquiridos acerca dos fatores de risco e dos fatores promotores, deve seguir o caminho da investigação e aferição de evidência clínica e visar dar forma a um instrumento de medição capaz de revelar a capacidade de enfrentamento de adversidades de cada indivíduo (Schultze-Lutter et al., 2016).

Segundo Schultze-Lutter et al. (2016), importa que se analisem de forma mais aprofundada os fatores neurobiológicos que interferem na resiliência tais como as respostas biológicas ao stresse. Todos os estudos efetuados devem ainda considerar que os diagnósticos de resiliência dificilmente serão idênticos e que apenas se pode almejar encontrar em comum entre indivíduos

características comuns e específicas bem como condições situacionais que proporcionem o aparecimento da resiliência (Schultze-Lutter et al., 2016).

De acordo com Garcia-Dia et al. (2013), quanto mais pudermos aprender sobre a resiliência, mais potencial existirá para se proceder ao indispensável exercício de integrar os seus conceitos em campos tão importantes quanto a medicina, a saúde mental e outras áreas da ciência.

O avanço das investigações em torno da resiliência está, como afirmou Deshields et al. (2016), a dar enquadramento a uma mudança de paradigma em relação à perceção das consequências do trauma na vida dos indivíduos. Ao invés de, como tem sido apanágio ao longo das últimas décadas, se examinar os impactos negativos de acontecimentos desfavoráveis, os investigadores e os cuidadores podem aprender, por via do conhecimento da resiliência, a avaliar os fatores protetivos de cada um, percebendo os que existem e os que faltam em determinado indivíduo e a ensinar, simultaneamente, métodos que possibilitem aos seus clientes serem cada vez mais resilientes. Esta nova abordagem ao enfrentamento de problemas e adversidades passa, assim, a incluir elementos como a força e os modelos baseados na competência, tendo foco, sobretudo, na prevenção (Deshields et al., 2016).

Isokääntä et al. (2018) são porta-voz da importância que o desenvolvimento das investigações sobre a resiliência pode vir a ter, também, no âmbito da intervenção pediátrica, na medida em que o stresse resultante de intervenções médicas junto de crianças abarca tanto o campo físico como psicológico dos doentes e impõe uma resposta resiliente por parte dos mesmos e das suas famílias. Assim, e tal como afirmam, a falta de resiliência, agravada pela incapacidade atual de intervenção especializada nesta área, pode ser causa de má adaptação à condição de saúde, de recuperação lenta, de comportamentos disruptivos e desordens de cariz psicológico. No caso pediátrico, um melhor conhecimento da resiliência pode também vir a ser muito útil junto dos pais das crianças doentes, na medida em que, como destacam Isokääntä et al. (2018), o sofrimento parental permanente aumenta o risco das crianças mostrarem baixos níveis de resiliência.

Ao nível dos conhecimentos atuais, e tal como já aferimos ao longo da revisão de literatura que temos vindo a descrever, as dificuldades de compreensão e conceptualização da resiliência marcam, de sobremaneira, o seu estudo e interpretação sendo este ainda agravado pela ocorrência de várias dicotomias e polarizações interpretativas em torno do conceito. Junqueira e Deslandes (2003) já haviam dado conta de algumas destas fragmentações no início deste

século e, na sequência desta observação, identificaram eixos capazes de contribuir para a dificuldade de compreensão da resiliência, nomeadamente o facto de ser considerada como capacidade de adaptação/superação, também entendida enquanto característica inata ou adquirida, em função dos autores que a avaliam, ou ainda ser apontada como permanente ou circunstancial. Estas contradições, aferidas a partir das várias definições apresentadas para a resiliência, podem ajudar à perceção global do conceito pelo que as vamos observar com exatidão.

Ao longo do presente texto de revisão, e em todas as definições referidas, verifica-se que a resiliência é muitas vezes apontada como capacidade de adaptação a novas circunstâncias face à ocorrência de uma adversidade (APA, 2014; De Santis, 2008; Farber et al., 2000; Garnezy, 1973; Isokääntä et al., 2018; Jackson et al., 2007; Masten, 2001; Pollard & Lee, 2003; Shakespeare-Finch et al., 2005; Thompson, 2002; Werner & Smith, 1992), noutras definições, o conceito é equiparado à capacidade de superação de infortúnios e tribulações (Deshields et al., 2016; Garcia-Dia et al., 2013; Masten & Tellegen, 2012; Rice & Liu, 2016; Robertson et al., 2016; Schultze-Lutter et al., 2016; Southwick & Charney, 2012a; Southwick et al., 2014; Sullivan et al., 2016; Werner & Smith, 1992), dando conta da existência de uma dicotomia entre adaptação e superação que parece estar separada em dois eixos.

Por um lado, a resiliência é abordada enquanto capacidade adaptativa dos sujeitos que, em face de situações traumáticas, assumem comportamentos que vão ao encontro das expectativas que a sociedade tem, por outro, a resiliência é percecionada como meio de superação, os sujeitos que a experienciam, ou detêm, são descritos como empoderados e capazes de enfrentarem novas situações após a vivência do trauma. De acordo com Deshields et al. (2016), esta dicotomia interpretativa parece não fazer muito sentido, face às evoluções do estado da arte que se registaram ao longo dos últimos anos, na medida em que os eixos identificados acabaram por se relativizar quando se percebeu que a resiliência que dota o indivíduo de capacidade de superação não significa, *per si*, a total superação do trauma mas, antes disso, uma aceitação e vontade de seguir com a vida. Também em relação à característica da adaptação é agora possível afirmar que o sujeito que se adapta a situações muito desagradáveis na sua vida, apesar do sofrimento, desenvolve em torno da sua personalidade uma capa de proteção que o protege da eventualidade de sofrer episódios semelhantes no futuro, logo, não se pode aferir uma adaptação mas antes um meio para contornar sentimentos negativos e dor (Deshields et al., 2016; Garcia-Dia et al., 2013; Rice & Liu, 2016; Robertson et al., 2016).

Acresce ainda que, de acordo com Vaccari (2012), opinião que outros autores também corroboram (APA, 2014; Davydov et al., 2010; Rutter, 2013; Southwick et al., 2014; Wang et al., 2015), a resiliência é entendida como um processo dinâmico e, como tal, alvo de constantes mutações. Portanto, não sendo estática, ela favorece não só a superação, mas a construção de novos estados de espírito e de sentimentos, após a ocorrência de um trauma.

Sendo tantas vezes apontada como opositora do stresse pós-traumático (Bonanno, 2004; De Santis, 2008; Farber et al., 2000; Garmezy, 1973; Jackson et al., 2007; Rabkin et al., 1993; Santiago, Souza, Lacerda & Penteadó, 2008; Shakespeare-Finch et al., 2005; Thompson, 2000; Werner & Smith, 1992), a resiliência é agora entendida como instrumento de reconhecimento e gestão. Ou seja, dela não se espera a eliminação e o combate ao stresse, pois este é também parte integrante da vida, sendo que a sua função, com relação a este fator, é antes a da prevenção e a capacidade de gerir, com flexibilidade e equilíbrio, às eventuais consequências negativas que o stresse tem na vida dos indivíduos (Barbosa, 2011; Deshields et al., 2016; Garcia-Dia et al., 2013; Rice & Liu, 2016; Robertson et al., 2016; Schultze-Lutter et al., 2016; Sullivan et al., 2016).

O entendimento atual da resiliência passa pelo reconhecimento da importância que a vivência e a experiência de emoções fortes, mesmo quando muito negativas, têm na vida dos sujeitos e avança, neste contexto, que melhor do que eliminar emoções negativas é a criação de estratégias para que estas possam ser evitadas. Assim, e com base nesta asserção, alguns autores, entre os quais Santiago et al. (2008), defendem a ideia de que a resiliência é superação e que assenta numa capacidade que os indivíduos têm de superar coisas e acontecimentos maus, mas que não exclui a eventualidade desses mesmos acontecimentos deixarem marcas algumas permanentes. Em função desta construção do conceito e entendimento da resiliência, Santiago et al. (2008) aferem que esta é “uma capacidade de elaboração, de uma reconstrução de vida, uma reorganização dos conceitos e crenças e valores” (p.89).

A partir da análise dos estudos de Santiago et al. (2008), e de todos os que temos vindo a referenciar, podemos concluir que, no que se refere à dicotomia identificada entre superar e adaptar, a resiliência não pode assumir apenas um dos papéis. Na verdade, a adaptação e a superação não são eixos incompatíveis, mas antes, estratégias complementares que agem em função de determinadas situações e com base na fase de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra (Rice & Liu, 2016; Sullivan et al., 2016).

Tal como constatado em relação à polarização adaptação/superação também se afere, ao longo da construção de revisões e estados da arte em torno da resiliência, que neste conceito se conjuga a ideia de esta capacitar para resistir ao stresse ou permitir aos indivíduos recuperar do stresse e das suas consequências menos favoráveis. Neste contexto, a mais comum das interpretações e funcionalidades que lhe é atribuída é a de resistência ao stresse, ideia que se fortifica até pela observação do que preconizam as três principais correntes de pensamento em que se divide o construto da resiliência⁹. A capacidade de resistência a situações adversas foi uma das primeiras a ser registada pelos investigadores anglo-saxónicos da resiliência que a apontaram como qualidades de invencibilidade ou invulnerabilidade (Ralha-Simões, 2017). No entanto, a característica da recuperação haveria de vir a ser identificada já que muitos investigadores não puderam mostrar-se indiferentes ao crescimento individual que alguns indivíduos demonstraram após terem sido expostos a catástrofes pessoais ou sociais (Rice & Liu, 2016; Schultze-Lutter et al., 2016; Sullivan et al., 2016). Revelada a dicotomia e, não obstante, as inúmeras investigações efetuadas ao longo dos anos, parece ainda não existir uma tendência inequívoca e qualificadora da resiliência quanto a ser resistente ao stresse ou ato de recuperação, pois tanto são considerados resilientes os indivíduos que resistem ao stresse e à adversidade quanto aqueles que superam as dificuldades e se tornam mais fortes (Ralha-Simões, 2017). Segundo este autor, a experiência de vida de cada um, o seu equilíbrio e os fatores de risco a que se expõe é que vão ajudar a perceber se, em cada caso, a resiliência do sujeito foi de resistência ou de recuperação (Ralha-Simões, 2017).

A tendência que aponta a resiliência para um processo em detrimento dos traços de personalidade é muito evidenciada pela literatura (Barbosa, 2011; Deshields et al., 2016; Garcia-Dia et al., 2013; Isokääntä et al., 2018; Ralha-Simões, 2017; Rice & Liu, 2016), mas também é possível encontrar evidência que mostra que cada indivíduo tem certas características, tanto genéticas como adquiridas ao longo da vida (Farber et al., 2010; Masten, 2001; Pollard & Lee, 2003; Schultze-Lutter et al., 2016; Schwartz, Schaper, Moonen &

⁹ Não obstante as muitas discrepâncias e contrariedades de interpretação da resiliência, é possível determinar em torno das investigações que lhe têm sido dedicadas e da história da sua evolução concetual, três correntes distintas, divididas por meio de características unificadoras, observáveis e explicáveis. São estas correntes do estudo da resiliência a corrente anglo-saxónica (precursora); a corrente europeia e a corrente latina. A primeira teve início com o trabalho de psiquiatras e psicólogos, norte americanos e teve como fundamento estudos que tiveram como amostra indivíduos que, apesar de sujeitos a adversidades, se mostraram invulneráveis. Estes estudos, realizados entre as décadas de 70 e 80 do século XX, observavam a resiliência mediante dados observáveis e quantificáveis e visavam a interação entre o meio e o sujeito.

A corrente europeia, por sua vez, apresentou-se mais relativista, centrada na psicanálise e na priorização do indivíduo e da sua dinâmica psicológica face ao meio envolvente.

A observação da resiliência a partir de um ponto de vista mais comunitário surgiu com a terceira corrente, a latino-americana, que apontava o fator social como mais determinante para a resiliência.

McDaniel, 2000; Ungar, 2015) que lhe permitem enfrentar e recuperar de adversidades, pelo que se torna muito árdua a tarefa de contrariar esta dicotomia.

Outra das polarizações muito evidentes com relação à resiliência é o facto de esta ser apresentada como inata por uns e como qualidade adquirida por outros. Esta incompatibilidade de conceptualização difere na ideia de que a resiliência é intrínseca aos indivíduos, podendo ser congénita e até mesmo hereditária (Garcia-Dia et al., 2013; Rice & Liu, 2016; Rutter, 2013; Schultze-Lutter et al., 2016; Wang et al., 2015), em oposição às clarificações que a apontam como qualidade adquirida pelos sujeitos em função da interação que estes têm com o ambiente que os circunda (Davydov et al., 2010; Garcia-Dia et al., 2013; Garmezy, 1973; Jackson et al., 2007; Masten & Tellegen, 2012; Rice & Liu, 2016; Southwick & Charney, 2012a; Southwick et al., 2014).

Outro dos eixos caracterizadores da resiliência que foi evoluindo ao longo do tempo foi o facto desta ser considerada, inicialmente, como uma qualidade individual, mas à medida que se constatava a resiliência enquanto constructo multidimensional, as estratégias de *coping* inerentes a cada um e o sentido de comprometimento com a vida (Barbosa, 2011), que pareciam ser suficientes para explicar o fenómeno, foram perdendo espaço em detrimento da ideia da necessidade de existência de equilíbrio entre o indivíduo e a sua comunidade para a resiliência avultar. Face a esta evolução interpretativa, é hoje possível dar conta da dicotomia individual/coletivo através da opinião de autores como Infante (2005), que sustenta que os níveis de formação e aparecimento da resiliência são “o individual, o familiar, o comunitário (...) e o cultural...” (p.25). Assim, e em face desta e de outras opiniões similares (Garcia-Dia et al., 2013; Southwick & Charney, 2012a; Southwick et al., 2014) fica clara a ideia de que a resiliência é individual mas também coletiva, pois que tem particularidades e características que só dependem dos indivíduos, mas é também uma construção permanente e dinâmica que se deixa influenciar pelas envolventes familiar, social e comunitária.

Ao longo dos anos, e tendo em conta a produção literária em torno da resiliência, foi possível determinar algumas das suas características mais salientes. Dada a centralidade do conceito, importa que as mesmas sejam resumidas e clarificadas. Assim, estruturou-se uma tabela, denominada de “características da resiliência” e que se apresenta a seguir sob a designação de Tabela 1. Trata-se de uma tabela que apenas pode ser considerada do ponto de vista da síntese, na medida em que as características inseridas se cingem apenas ao corpo de conhecimento

estudado e deve sempre ser tido em consideração o facto de outras características importantes, identificadas por outros autores, terem sido excluídas desta resenha.

Tabela 1. Características da resiliência

Característica	Autores
Aceitação da realidade/enfrentar os factos/aceitar o que não pode ser mudado.	Coutu (2002); Siebert (2008); White, Driver e Warren (2008); Meredith, Sherbourne e Gaillot (2011); Southwick e Charney (2012a).
Apreço pela vida/gratidão.	Tedeschi e Calhoun (1995); White, Driver e Warren (2008); Meredith et al. (2011); Southwick e Charney (2012a).
Capacidade de iniciativa e tenacidade. Atitude de “posso fazer”/Capacidade de <i>coping</i> pragmática.	Walsh (2002); Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge e Hjemdal (2005); Westphal e Bonanno (2007).
Capacidade para responder em função das circunstâncias, de realizar reavaliações cognitivas; ter flexibilidade cognitiva e de reduzir elementos de distração para se manter centrado num novo foco de solução.	Earvolino-Ramirez (2007); Meredith et al. (2011); Troy e Mauss (2011); Southwick e Charney (2012b).
Comprometimento e envolvimento ativo.	Maddi e Khoshaba (2005); Garcia-Dia et al. (2013); Rice e Liu, (2016).
Confrontação dos próprios medos.	Southwick e Charney (2012a).
Determinação para obter resultados e capacidade de controlo.	Maddi e Khoshaba (2005); Troy e Mauss (2011).
Aptidão emocional. Capacidade de autorregulação, de ajustar emoções e comportamentos em função dos constrangimentos externos e internos e assumir a responsabilidade pelo bem-estar emocional. Estabilidade.	Meredith et al. (2011); Southwick e Charney (2012a).
Flexibilidade. Habilidade para improvisar e sentido de orientação para desafios.	Coutu (2002); Maddi & Khoshaba (2005); Westphal & Bonanno (2007); Campbell, Campbell & Ness (2008).
Intrepidez.	Westphal & Bonanno (2007).
Sentido de Humor.	Earvolino-Ramirez (2007); White, Driver & Warren (2008); Southwick & Charney (2012b).
Domínio/Capacidade de manter o foco face ao alcance do sucesso.	Meredith, Sherbourne & Gaillot (2011).
Capacidade de dar sentido às adversidades e de procurar nestas novas oportunidades.	Coutu (2002); Walsh (2002); Southwick e Charney (2012a).
Imperativos e boa orientação moral. Altruísmo.	Southwick e Charney (2012a).
Otimismo, esperança, capacidade de ver novas oportunidades, mas mantendo-se realista. Otimismo disposicional.	Westphal e Bonanno (2007); Southwick e Charney (2012b).
Força pessoal.	Southwick e Charney (2012b).
Boa forma física (prática de exercício físico).	Meredith et al. (2011); Southwick e Charney (2012a).
Capacidade de resolução de problemas. Proatividade. Uso construtivo dos recursos com vista a identificar e trabalhar as soluções.	White et al. (2008); Southwick e Charney (2012a).
Religião/espiritualidade.	Southwick e Charney (2012a). Garcia-Dia et al. (2013); Rice e Liu, (2016).
Pessoas modelo: ter e imitar pessoas forças que lhes sirvam de modelo.	Southwick e Charney (2012b).
Autocuidado. (Saúde/bem-estar e fitness).	Southwick e Charney (2012b).
Suporte social. Capacidade de criar laços com os outros; capacidade de pedir quando necessário; boa capacidade de relacionamento com terceiros.	Friborg et al. (2005); Earvolino-Ramirez (2007); White et al. (2008); Southwick e Charney (2012a).

De acordo com a resenha apresentada na Tabela 1, depreende-se que a resiliência tem por características mais proeminentes a aceitação, a gratidão, o comprometimento e o envolvimento ativo, a determinação e aptidão emocional, a flexibilidade e o altruísmo, entre outras. Para além disso, denota-se que existe uma relação estreita entre a capacidade de resiliência dos indivíduos e a sua condição física e até mesmo com a espiritualidade.

3.2. Amputação dos membros inferiores

A amputação de um membro é uma prática terapêutica antiga que resulta numa condição de saúde crónica comum e é, atualmente, considerada como uma causa relevante de incapacidade a longo prazo. Não obstante os motivos que possam estar na origem da necessidade de amputação, e que mais à frente analisaremos, esta condição de doença resulta sempre numa mudança funcional e dramática na vida dos doentes, interferindo de forma direta e quase sempre negativa, em variados aspetos da vida quotidiana. A nível físico, as amputações concorrem para a alteração do equilíbrio e da mobilidade, resultando na dependência para a realização das atividades da vida diária, o que terá um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes (Chamlan & Starling, 2013; Kohler & Dickson, 2011).

Segundo Vaz, Roque, Pimentel, Rocha e Duro (2012), a “amputação do membro inferior representa um desafio físico, emocional e social para o doente, a sua família e os profissionais de saúde que o acompanham” (p.77), na medida em que as sequelas deste procedimento médico vão confrontar o doente “com uma perda irreparável, que afeta todas as vertentes da sua vida e implica toda uma série de adaptações e restrições” (p.78).

Conceptualizadas como a remoção cirúrgica ou traumática, parcial ou total, de um segmento corpóreo, as amputações (Vaz et al., 2012) podem ser realizadas de forma eletiva, como acontece quando existem malformações ou doenças ou podem ainda ser realizadas como intervenções de urgência, caso existam traumas ou infeções que estejam a colocar a própria vida dos doentes em causa (Hershkovitz, Dudkiewicz & Brill, 2013).

André Pedrinelli (2004) defende que a amputação foi o primeiro procedimento cirúrgico a ser levado a cabo e que o mesmo já ocorre desde o período neolítico, pois tal como refere o autor, existem evidências arqueológicas datadas deste período da história da humanidade que são coincidentes com membros amputados. No entanto, e apesar desta referência histórica, os

primeiros relatos de intervenções de amputações escritos remontam ao século V a.C. e são de autoria de Hipócrates.

Segundo testemunhos registados na antiguidade clássica, é possível aferir que as amputações efetuadas representavam uma taxa elevada de mortalidade, pois apenas 25% dos amputados sobreviviam às intervenções a que eram submetidos. O percurso histórico da realização de amputações efetuado por Pedrinelli (2004) dá conta também do uso do torniquete para a realização da cirurgia, mas este instrumento só haveria de ser introduzido no século XVI pelo cirurgião-barbeiro Ambroise Paré (1510-1590). Por via do uso do torniquete, Paré visava promover a hemostasia intracirúrgica, tendo também conseguido efetuar, durante algumas amputações, a anastomose vascular. Apesar de antigo e muito recorrente ao longo da história da humanidade, mau grado as inúmeras guerras em que os povos se envolviam e as péssimas condições de salubridade em que, durante séculos, os Homens viveram, o recurso a amputações só viria a conhecer efetivas melhorias técnicas no século XX, pois só então foram conhecidos e colocados em prática os procedimentos de assepsia e anestesia (Pedrinelli, 2004).

Ao longo do século passado, e com vista a garantir o maior nível de segurança possível, os cirurgiões que efetuavam amputações dos membros inferiores por razão de insuficiência vascular, optavam pela amputação transfemoral, pois esta oferecia uma maior probabilidade de cicatrização. Só recentemente é que as técnicas cirúrgicas passaram a ser mais aprimoradas e adequadas, considerando a funcionalidade do coto e a colocação mais facilitada de próteses (Hershkovitz et al., 2013; Vaz et al., 2012).

As causas apontadas para a realização de amputações são várias e, entre estas, conta-se a necrose tecidual que resulta da doença vascular, das queimaduras e do congelamento dos tecidos (Chamlan & Starling, 2013). Para além disso, as amputações podem ter origem em malformações congénitas, infeções, traumas e tumores.

Vários estudos publicados ao longo dos anos parecem evidenciar que, de um ponto de vista etiológico, as doenças vasculares resultantes da diabetes e a doença vascular periférica são as principais causas de amputações dos membros inferiores, sendo que cerca de 75% dos casos registados dizem respeito a estas patologias (Beaulieu, Grimm, Lyu, Abularrage & Perler, 2015; Mahoney et al., 2010; Penn-Barwell, 2011). Neste contexto, o trauma aparece em terceiro lugar, mas apenas com uma taxa de realização de amputações de 20% (Vaz et al., 2012).

Num estudo efetuado por Vaz et al. (2012) determinou-se que as taxas apontadas para a etiologia das amputações não são semelhantes de região para região, na medida em que nos grandes centros urbanos as taxas de realização de amputações por via de traumas sobem razoavelmente. No mesmo estudo, foi possível aferir que os doentes amputados por via de trauma são sensivelmente mais novos que aqueles que sofriam amputações por causa da diabetes ou de doença vascular. Neste quadro, as idades das pessoas amputadas variam entre os 11 e os 40 anos de idade, sendo que o sexo masculino é aquele que tem uma taxa mais elevada de ocorrências, em média 70% mais amputações que o sexo feminino (Vaz et al., 2012).

Num outro estudo, efetuado por Rolim et al. (2015), que teve por base uma amostra recolhida no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, os fatores de risco para a amputação dos membros inferiores mais evidenciados foram a doença arterial periférica e a diabetes *mellitus* (DM). Segundo esta investigação, ambas as patologias deram origem a 87% dos casos de amputação efetuados em 2014, sendo que em terceiro lugar se registaram casos de doença arterial obstrutiva periférica, consequente da DM.

No quadro etiológico das amputações dos membros inferiores, importa dar conta do facto de que vários doentes amputados por doença vascular tendem a apresentar risco elevado de reamputação (Rolim et al., 2015; Vaz et al., 2012; Ziegler-Graham, Mackenzie, Ephraim, Trivison & Brookmeyer, 2008).

As amputações dos membros inferiores têm especificações anatómicas diversas, podendo ser caracterizadas como amputações minor, ou major. As amputações minor ocorrem quando os elementos amputados são os dedos do pé ou parte do pé. Estas amputações incluem a amputação de Ray, que consiste na amputação do pé com excisão de parte do metatarso, a amputação Lisfranc e a amputação Transmetatársica, para além da amputação de Chopart. Já a amputação major, tal como a própria designação sustenta, é uma cirurgia que se estende para lá do pé, ou parte dele. Neste quadro de intervenções cirúrgicas, as mais comuns são as amputações efetuadas abaixo ou acima do joelho, podendo ainda serem efetuadas no próprio joelho ou no âmbito da desarticulação da anca (Marshall & Stansby, 2010).

As localizações anatómicas da amputação do membro inferior podem ser mais facilmente percecionadas por meio da observação da Figura 1, que se apresenta a seguir.

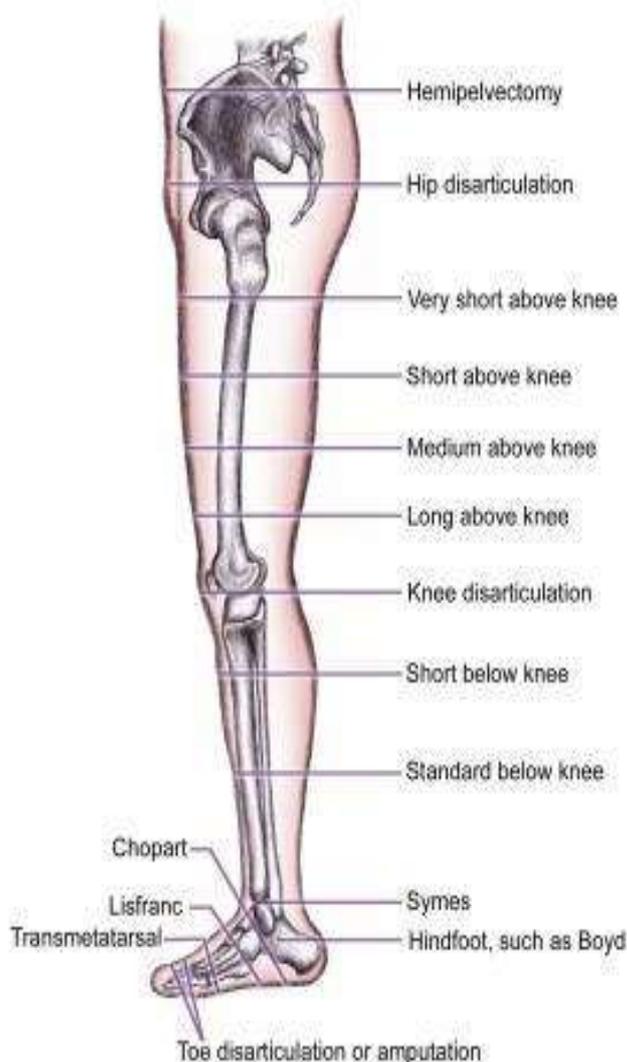


Figura 1. Localizações anatômicas da amputação do membro inferior

(<http://img.medscapestatic.com/pi/meds/ckb/03/31303tn.jpg>)

As consequências físicas das amputações são diversas e variam em função da tipologia de amputação. Assim, a amputação simples ou múltipla dos dedos do pé afeta, obviamente, a função deste membro, tendo influência na sua biomecânica. Em doentes com neuropatia diabética, estas alterações podem influenciar o aparecimento de deformidades e também originar pressão plantar e risco de ulceração, para além de infeções e, como já referido, reamputação.

Tendo em conta a preservação da maior qualidade de vida possível do doente, devem ser consideradas as amputações transmetatársicas, na medida em que estas visam a conservação da maior porção possível de base de apoio do peso, favorecendo a impulsão do pé enquanto se

mantém uma marcha relativamente energética-eficiente (Miller, Zhubrak, Giovinco, Mills & Armstrong, 2014). Tal como Marshall e Stansby (2010) sustentam, a ponderação cuidada do nível de amputação a realizar é de extrema importância para a promoção do melhor nível possível de qualidade de vida dos doentes, sendo que tem uma interferência determinante no sucesso ou insucesso do processo de reabilitação do amputado.

De facto, vários estudos apontam para a relação existente entre a tipologia de amputação dos membros inferiores e a qualidade de vida (Espinoza & García, 2014; Senra, Oliveira, Leal & Vieira, 2012), sendo que em algumas investigações, de ordem qualitativa, se verificou que a pessoa amputada tem sentimentos e emoções distintas da sua vida antes e depois da amputação, e no parâmetro “depois”, os sentimentos e emoções tendem a ser negativos e associados a mudanças efetivas na vida íntima e nos relacionamentos afetivos, perda de independência, sentimentos de inferioridade em relação aos pares e familiares, dificuldades profissionais, sentimentos de abandono por parte dos outros e problemas de bem-estar (Senra et al., 2012).

Com efeito, estes e outros estudos (Bergo & Prebianchi, 2018; Seren & De Tilio, 2014) demonstram com evidência a existência de uma relação efetiva entre a amputação dos membros inferiores e um vasto leque de valências sociais, afetivas e emocionais dos doentes, sendo que, quase sempre, se constata que a intervenção cirúrgica a que os doentes foram submetidos e que os privou de uma parte de um dos seus membros inferiores constitui um desafio sério à pessoa, não só na sua nova condição física mas em todas as outras vertentes da sua vida. Para além disso, e segundo o estado da arte existente, também as famílias das pessoas amputadas são afetadas de modo negativo e outros grupos de convivência, nomeadamente os profissionais de saúde e os pares sociais.

No âmbito das amputações há ainda que considerar o problema da dor fantasma, que Amtmann, Morgan, Kim e Hafner (2015) descrevem como sendo uma consequência que afeta entre 65% a 75% das pessoas intervencionadas. Para além desta dor, os doentes amputados descrevem muitas vezes quadros de dor efetiva, tanto residual como de lombalgias (Pantera, Pourtier-Piotte, Bensoussan & Coudeyre, 2014; Robinson, Sansam, Hirst & Neumann, 2010).

Outra das consequências das amputações que a literatura destaca é o transtorno depressivo e a ansiedade (Bergo & Prebianchi, 2018; Pantera et al., 2014; Seren & De Tilio, 2014). Depois da cirurgia, as pessoas amputadas vão confrontar-se com uma nova imagem física e essa perceção irá ter influência na sua autoestima. A este quadro junta-se um leque de consequências, que se

traduzem em internamentos hospitalares longos e sucessivos, consultas e exames frequentes, dor devido à isquemia, gangrena e novas amputações (Matheus & Pinho, 2006). Num estudo realizado junto numa amostra de pessoas amputadas dos membros inferiores, Matheus e Pinho (2006) sublinharam, qualitativamente, algumas expressões dos participantes que refletiam o que havia mudado na sua vida, tais como “tenho a vida restrita pela dor”, “sinto-me condensado”, “procuro retomar a minha vida”.

3.3. Impacto da amputação de membros inferiores nos doentes e resiliência em pessoas amputadas

A amputação consiste na perda de um membro ou parte dele, caracterizado pela perda ou comprometimento do osso, do feixe neuro-vascular, do tecido muscular, das funções do membro e das sensações distais, com reflexos diretos na imagem corporal e no desempenho funcional, ou seja, a amputação refere-se à perda de um membro devido a cirurgia, traumatismo ou patologias que resultam em incapacidade física direta. Para além de ser uma condição que pode causar limitação ou perda da independência nas atividades da vida diária, o que afeta a autoestima e a motivação, impõe também alteração na vida social, pessoal, produtiva e nas atividades quotidianas, causando, deste modo, um grande impacto na sua saúde mental (A. Oliveira, 2010). Na mesma linha de pensamento, R. Oliveira (2000) refere que, perante a amputação, a pessoa pode desenvolver comportamentos agressivos, para além de apresentar isolamento social e perda da autoestima, podendo ser manifestações do processo de luto.

A amputação de um membro corporal causa impactos na vida da pessoa, envolvendo mudanças afetivas (tristeza, sensação do membro-fantasma e luto) (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Seren & De Tilio, 2014).

A imagem do corpo não nasce acabada, constrói-se à medida que se vai percorrendo o trajeto de vida. Cada pessoa tem uma opinião de si própria, da sua imagem corporal, e constata que iguais fatores induzem diferentes posturas perante fenómenos idênticos (Sprinthall & Collins, 2008). É difícil definir-se imagem corporal. No entanto, podem apontar-se ideias que facilitam a compreensão do seu real significado. Smith (1984), cit. por Sprinthall e Collins (2008), afirma que a imagem corporal é reforçada pelos comportamentos sociais e pelo ambiente em que cada pessoa se insere. Por norma, aspira-se à perfeição que se revela impossível de atingir.

O termo imagem corporal é usado frequentemente para referir investigação sobre o corpo humano. Tavares (2013) diz que a compreensão do conceito de imagem corporal está vinculada ao significado dos termos imagens e corpo e que a sua definição não é simplesmente uma questão de linguagem, tem uma dimensão muito maior, se se pensar na subjetividade de cada indivíduo. A imagem corporal é uma estrutura dinâmica que está sempre em construção, resultante de memórias e de percepções presentes. Assim, nunca está completa, mas antes em constante aquisição e mudança e que é necessário trabalho da parte do ser humano para a construir e elaborar continuamente (Seren & De Tilio, 2014).

A pessoa vítima de amputação vê-se confrontada com o desabar de toda uma imagem corporal que construiu, sendo agora obrigada a conviver com outra, para a qual não teve tempo de se ajustar, face à rapidez da ocorrência e da instalação da mesma. A pessoa experimenta uma mudança súbita na sua vida, com implicações a nível físico, psíquico e social que interferem com a sua saúde, os seus sentimentos de bem-estar e as atividades e relações familiares e sociais (Seren & De Tilio, 2014).

A pessoa com amputação, como refere Pereira (2012), começa a confrontar-se com um corpo que já não dá resposta como era habitual aos estímulos internos e externos e necessita que lhe esclareçam a situação presente e que lhe perspetivem o futuro. O estigma da deficiência pode começar a emergir na sua mente. Além dos cuidados físicos, esta pessoa tem necessidade, segundo Phaneuf (2005), que o profissional de saúde a ajude a aceitar a situação, a adaptar-se e a reencontrar algum equilíbrio emocional que torne a vida mais suportável, no sentido de aumentar a autoestima e autoconceito, fatores dependentes da nova imagem corporal.

Por norma, a pessoa amputada passa por diversos estádios de adaptação comuns à sua situação. Assim, atravessa sucessivamente diversas fases como, por exemplo, o choque, a negação, a depressão, a raiva, a dependência e, por fim, a aceitação. A pessoa sente ansiedade e medo, que devem ser mitigados e desmitificados pelos enfermeiros; manifesta-se a hostilidade, a cólera e, muitas vezes, a negação do seu problema. Deste modo, os enfermeiros devem permitir a livre expressão das emoções e dos sentimentos. Por vezes, tem de se aceitar a expressão de sentimentos de negação da pessoa, ao compreender que é uma estratégia de *coping* para enfrentar a situação, fazendo entender-lhe, mais tarde, a realidade; a pessoa revela, por norma, a tendência para a depressão, face à qual o profissional de enfermagem pode ajudar a dissipar, através de uma relação empática, proporcionando conforto e esperança; mais tardiamente, a

pessoa adota uma postura de aceitação, que a torna mais serena, sentimento este que o enfermeiro deve apoiar e incentivar (Pereira, 2012).

Os procedimentos cirúrgicos de amputação de um membro inferior consideram uma abordagem que compreende a avaliação física do doente, a apresentação de um diagnóstico funcional e o recurso a várias técnicas de comunicação que preparam o doente para questões relacionadas com a dor fantasma e as metas de reabilitação (Marques et al., 2014).

Para além desta abordagem preparativa, cada vez mais investigadores sublinham a importância da atuação no âmbito da psicologia junto destes doentes (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Pantera et al., 2014; Sabino, Torquato & Pardini, 2013; Senra et al., 2012), pois as consequências da amputação vão muito para além dos impactos físicos e das condicionantes que trazem para a vida das pessoas. De facto, e tal como está devidamente fundamentado (Bergo & Prebianchi, 2018; Franchini & Savoia, 2013; Sales, Leite, Coura & Muniz, 2012; Seren & De Tilio, 2014), depois da amputação, a pessoa passa por um conjunto de reações emocionais que podem ir do desajuste à sua nova condição de vida até à perda total de autoestima. Assim, e para além das dificuldades que as pessoas passam a ter na realização das suas atividades básicas diárias, vão também experienciar sentimentos relacionados com a perda da independência, sentimentos de inferioridade, mudanças, quase sempre negativas na sua vida profissional e afetiva e mesmo alterações no desempenho sexual. Destes sentimentos resultam outros, capazes de conduzir a estados depressivos e de ansiedade, como a tristeza, a revolta, o choque, os pensamentos de raiva e, por vezes, a ideação suicida (Bergo & Prebianchi, 2018; Senra et al., 2012).

Assim, e de acordo com a literatura analisada, parecem ser comuns aos doentes amputados dos membros inferiores, os quadros de ansiedade, de depressão e desesperança (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Marques et al., 2014; Matheus & Pinho, 2006; Senra et al., 2012), comumente expressos através da tristeza, do pesar, do isolamento social, da perda de apetite, dos distúrbios do sono, da fadiga e da perda de energia e até mesmo da manifestação de dores físicas (Gabarra & Crepaldi, 2009).

Tal como acima referimos, para além da depressão e da ansiedade, conceitos amplamente estudados no âmbito da sua relação com a amputação e mais especificamente dos membros inferiores, um outro conceito, que também importa ter em conta é o da desesperança, na medida em que este é conceptualizado como uma visão pessimista do futuro agregada a pensamentos

autoderrotistas. Associa-se ainda a este conceito a passividade e a diminuição de demonstrações de afeto, bem como de verbalização de emoções. Falta de iniciativa também é uma das características associadas à desesperança (Braga & Cruz, 2005; K. Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Tendo em vista analisar o impacto da amputação dos membros inferiores nos doentes, alguns autores observaram que, no período imediatamente a seguir à cirurgia, os doentes tendem a apresentar dificuldade em aceitar a realidade (Carvalho, Serra & Guimarães Jr., 2011; Franchini & Savoia, 2013; Galván & Almiraian, 2009; Sales et al., 2012; Seren & De Tilio, 2014) e mostram preocupação excessiva com a opinião dos outros, sobretudo como vão olhar para eles e se serão alvo de preconceito social (Carvalho et al., 2011).

Noutras avaliações empíricas realizadas junto da mesma população foram considerados os aspetos emocionais após a saída do hospital e o regresso à vida quotidiana, tendo, neste contexto, sido registado que os sentimentos de negação da realidade persistem, mas que a estes se sobrepõe o sentimento da perda da independência e a sensação de isolamento social. Foi também registado o relato de situações de preconceito e estigma social por parte dos doentes, bem como um medo persistente de surgir a necessidade de voltarem a ser amputados (Batista & Luz, 2012; Silva et al., 2009; Sales et al., 2012; Seren & De Tilio, 2014).

Considerando este fenótipo emocional decorrente de amputações dos membros inferiores, a British Society of Rehabilitation Medicine (2003) recomendou que a abordagem pré-operatória aos doentes passasse a incluir a preparação psicológica com vista a reforçar as suas capacidades de lidar com o processo operatório e com as circunstâncias emocionais que daí decorrerão. Alguns estudos também vieram demonstrar a importância do papel dos enfermeiros no âmbito do acompanhamento emocional, sobretudo na preparação para o retorno à vida extra-hospital, na capacidade de enfrentamento e no reforço do pensamento positivo (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Cox, Williams & Weaver, 2011; Franchini & Savoia, 2013; Seren & De Tilio, 2014).

4. METODOLOGIA

Os paradigmas de investigação constituem o sistema de pressupostos e valores que guiam a pesquisa, determinando as várias opções que o investigador terá de tomar no caminho que o conduzirá rumo às respostas, ao problema ou questão a investigar ou seja, ao conhecimento. (Coutinho, 2014, p. 21)

É através da metodologia que se define a estratégia da investigação. Durante um processo investigativo, este é o momento concreto em que se procede à escolha do desenho apropriado ao problema de investigação (Fortin, Côté & Filion, 2009) e é também por via desta escolha que se adota o caminho que conduzirá à obtenção das respostas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas.

A metodologia assume particular importância no âmbito da investigação em enfermagem tendo este preceito sido ainda mais reforçado quando Portugal integrou o conjunto de países que assinaram a Declaração de Bolonha e, nesse sentido, assumiu e reforçou o compromisso de dar enfoque ao desenvolvimento científico e técnico das ciências, em que se inclui a enfermagem. Sendo que, neste caso concreto, este reforço da investigação científica cabe, em responsabilidade, aos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

Neste enquadramento, o novo modelo de formação dos enfermeiros, de acordo com Costa (1999) cit. por Carrondo (2006),

... tem por base vários pressupostos, nomeadamente, as características da missão e das funções dos enfermeiros, as recomendações da União Europeia, o facto de a atividade dos enfermeiros ser menos circunscrita ao foro curativo, com consequente aumento de complexidade, a necessidade de acompanhamento do desenvolvimento científico e tecnológico, a constante atualização (pp.114-115)

A investigação em ciências de enfermagem envolve o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem conduzindo, deste modo, à descoberta e desenvolvimento de saberes próprios da disciplina (Polit, Beck & Hungler, 2004).

De seguida, descreve-se a metodologia que será desenvolvida, precisando o tipo de estudo, a formulação das questões de investigação e respetivos objetivos, população/amostra em estudo, instrumento de recolha de dados e, por fim, previsão da recolha e tratamento dos mesmos.

4.1. Tipo de estudo

O tipo de estudo, como salientam Fortin et al. (2009), “descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (p.133), e Vilelas (2009) refere que a metodologia, ou tipo de estudo escolhido, tem por base o objetivo do estudo, estando em concordância com o grau de avanço dos conhecimentos definindo, assim, o tipo de investigação a delinear.

Assim, optou-se pela realização de um estudo quantitativo do tipo transversal e descritivo-correlativo com enfoque quantitativo. Como reiteram Fortin et al. (2009), no estudo quantitativo, o pesquisador parte da colocação da questão para a obtenção de uma resposta, numa sequência lógica de passos. A maioria das ideias ou conceitos é reduzida a variáveis e as relações entre elas são testadas por meio de verificação de hipóteses/questões de investigação, predizer resultados de causa-efeito ou verificar teorias, visando a generalização a populações alvo dos resultados obtidos com amostras.

Os estudos de carácter quantitativo têm por pretensão explicar, predizer e controlar os fenómenos. Através desta tipologia de abordagem empírica torna-se possível procurar regularidades e leis, através da objetividade dos procedimentos e da quantificação das medidas (Almeida & Freire, 2010).

A abordagem empírica caracteriza-se por permitir a medida das variáveis e garantir a obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos. Esta é a tipologia de investigação que garante a possibilidade de se fazer apelo a explicações, predições e mesmo ao estabelecimento de relações de causa e efeito (Almeida & Freire, 2010). Por colocar a tónica na explicação e na predição, com base em medições dos fenómenos e na análise dos dados numéricos, ela pode ser enquadrada no âmbito do paradigma positivista (Fortin et al., 2009).

Trata-se, como já acima referimos, de um estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde há algum tempo no passado, ou, por fim, ser uma característica do indivíduo (Coutinho, 2014).

Os estudos transversais procuram identificar e descrever características de um fenómeno tal como ocorre, de modo a obter uma perspectiva de uma situação ou população, e mais que descrever o fenómeno, procuram-se fatores relacionados com o mesmo (Polit & Beck, 2011).

A investigação possui as características de um estudo descritivo, pois se, por um lado, recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características, oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Fortin et al., 2009).

Como também visamos realizar uma descrição e classificação detalhada dos fenómenos em estudo consideramos o método descritivo na medida em que este “visa obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação” (Duhamel & Fortin, 2003, p.161).

4.2. Questões de investigação e hipóteses

Qualquer investigação tem, como ponto de partida, uma situação que é considerada um problema, necessitando de ser estudado para que seja melhor compreendido. A questão de investigação, segundo Fortin et al. (2009), é “um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa de conceitos a examinar, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica” (p.73).

Sem questão de investigação, tal como defendem Sampieri, Collado e Lucio (2006), dificilmente haverá investigação, na medida em que é dela que nasce a necessidade de se investigar, de procurar respostas para alguma indagação fundamentada. Para além de dar o mote inicial à investigação, a questão de investigação, também considerada em termos terminológicos como pergunta de partida, serve um propósito de fulcral importância e que tem a ver com o facto de se assumir como o guia orientador da investigação.

Tendo como premissa a importância da construção da questão de investigação, e tomando em linha de conta também a afirmação de Cunha (2009) de que a construção da questão de investigação, ou pergunta de partida, resulta do desenvolvimento progressivo de várias interrogações, que explicamos acima aquando da justificação do tema que nos propusemos estudar, e da pesquisa de âmbito exploratório, construímos para a presente investigação uma

pergunta de partida e a partir dela formulamos os objetivos e hipóteses que também apresentaremos neste item. Formulamos as seguintes perguntas de investigação:

- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão) e a resiliência das pessoas amputadas dos membros inferiores?
- Qual a relação entre as variáveis contextuais da amputação (causas da amputação; tempo de duração da amputação; sentimentos vivenciados durante o internamento; preocupações atuais) e a resiliência das pessoas amputadas dos membros inferiores?
- Qual a relação entre as variáveis de contexto familiar (funcionalidade familiar e suporte social) e a resiliência das pessoas amputadas dos membros inferiores?

Sustentados nas questões agora descritas, e considerando que a definição dos objetivos serve o propósito de dar a conhecer aquilo que se pretende obter ao longo do desenvolvimento da investigação (Cunha, 2009), procedemos à definição dos objetivos, na medida em que, por estes, se dá a conhecer, com clareza, o fim pretendido pelo investigador. Neste sentido, os objetivos da presente investigação foram assim formulados:

- Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e clínico a amostra;
- Determinar o perfil de resiliência das pessoas amputadas dos membros inferiores;
- Avaliar a funcionalidade familiar e suporte social;
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão) e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores;
- Analisar a relação entre as variáveis contextuais da amputação (causas da amputação; tempo de duração da amputação; os sentimentos vivenciados e preocupações atuais) e a resiliência das pessoas amputadas dos membros inferiores.
- Analisar a relação das variáveis de contexto familiar (funcionalidade familiar e suporte social) e a resiliência das pessoas amputadas dos membros inferiores.

Conscientes de que, por meio dos objetivos apresentados, outros, de âmbito subjacente ou consequente, poderão surgir ao longo da investigação, pretende-se, acima de tudo, prestar alguma contribuição para a reflexão aprofundada acerca da relação existente entre as variáveis

sociodemográficas, contextuais da amputação e as variáveis de contexto familiar e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

De acordo com Fortin et al. (2009), o caminho de construção do desenho empírico sustentador de uma investigação, não está completo sem que se apresentem as hipóteses sustentadoras dos procedimentos investigativos. Assim, e ainda de acordo com este autor, face aos objetivos enunciados, e partindo da problemática e da revisão bibliográfica efetuada, formularam-se hipóteses, que vão ter como papel fundamental numa investigação a apresentação de sugestões de possíveis explicações para os factos. Estas hipóteses são fundamentais para o conhecimento do fenómeno em análise.

Assim, considera-se que as hipóteses devem manifestar a relação existente entre as variáveis, foram formuladas as seguintes:

H₁ - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

H₂ - Existe relação entre as variáveis contextuais da amputação e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

H₃ - Existe relação entre a funcionalidade familiar e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

H₄ - Existe relação entre o suporte social e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

4.3. Variáveis do estudo

Fortin et al. (2009) afirmam que, no âmbito de uma investigação científica, as variáveis são elementos indispensáveis na medida em que se revestem da característica “unidades base da investigação”, são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados” (p.171).

No presente estudo a variável dependente, aquela cujos valores são, em princípio o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respetivas condições, é a resiliência.

As variáveis independentes, aquelas que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente (Fortin et al., 2009), são as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e profissão) e as variáveis contextuais da amputação (causas da amputação; tempo de duração da amputação; como teve conhecimento da necessidade de amputação; os sentimentos que mais tem sentido durante este internamento; o preocupa mais neste momento, uma vez que teve necessidade de ser amputado) e as variáveis de contexto familiar (Funcionalidade familiar – Escala de APGAR Familiar de Smilkstein, a versão portuguesa por Agostinho e Rebelo (1988); Suporte social –Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (1995).

4.4. População e amostra do estudo

Na pesquisa pode trabalhar-se com um único sujeito, com mais do que um, ou ainda com um número bastante maior (...) Cabe ao investigador, de acordo com a investigação que pretende levar a cabo, fazer a sua opção e delinear o trabalho de forma a que este tenha consistência e matéria suficiente e segura. Das suas opções depende o sucesso da pesquisa. (Cunha, 2009, p.91)

Tendo em conta que a finalidade de qualquer investigação é descobrir algo sobre uma determinada população ou amostra, a sua descrição “fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados (Fortin et al., 2009, p.133).

Segundo os mesmos autores, população “define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns” (p.311).

A definição da população a estudar é um requisito imprescindível a qualquer investigação, pois é junto desta que se procede à recolha da informação. A população é, simplesmente, o grupo de pessoas ou de elementos que partilham características comuns e, como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população acessível, que satisfaz os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais se pretende generalizar os resultados desse mesmo estudo (Fortin et al., 2009).

Neste sentido, e de acordo com os objetivos do presente estudo, selecionamos como população todos os doentes amputados dos membros inferiores.

Recorrendo ao referencial teórico, podemos classificar a amostra como um grupo de pessoas ou de elementos que partilham características comuns e que é retirado da população, para os

quais se pretende generalizar os resultados do estudo (Cunha, 2009). Segundo este autor, a amostra é escolhida tendo por base a metodologia, sendo uma parte da população possuidora de todas as características desta, que a representa no seu todo e que pode considerar-se uma pequena parcela representativa do universo de uma investigação.

No presente estudo, foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística de conveniência ou acidental, tendo em conta os objetivos apresentados e as possíveis contingências de acesso aos participantes. Este processo de amostragem “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo)” (Fortin et al., 2009, p.321).

Partindo da população definida, estabeleceu-se como amostra da presente investigação um grupo de pessoas amputadas dos membros inferiores internadas no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar do Porto.

Com vista a estabelecer parâmetros de homogeneidade da amostra e a respeitar preceitos éticos, foram definidos alguns critérios de inclusão e de exclusão de eventuais respondentes, elementos da amostra.

São critérios de inclusão, os seguintes: ter idade igual ou superior a 18 anos e ocorrência de amputação do membro inferior.

São critérios de exclusão: ter idade inferior a 18 anos; ocorrência de amputação de membro inferior há menos de um mês; e não ter capacidade de participar no estudo através da avaliação pelo *Mini Mental Test*.

4.5. Instrumento de recolha de dados

Qualquer que seja a disciplina a que respeite, a investigação é suscetível de tratar uma variedade de fenómenos e, para realizá-la, é preciso ter à disposição diferentes instrumentos de medida. A escolha do método de colheita dos dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis. (Fortin et al., 2009, p.368)

Considerando todas as premissas acima registadas e tendo em vista a obtenção de respostas às perguntas de partida, optamos pela escolha de um instrumento de recolha de dados suportado na técnica de inquérito por questionário, dele constam um conjunto de questões relativas aos dados sociodemográficos (idade, sexo, habilitações literárias, estado civil e profissão), dados

referentes ao contexto familiar (Escala de APGAR Familiar de Smilkstein (1978); Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (2011), questões acerca da amputação (causas da amputação, tempo de duração da amputação, conhecimento sobre a necessidade de amputação, os sentimentos preocupações atuais e a Escala *The Resilience Factors Scale* (RFS) de Takviriyannun (2008), validado para a população portuguesa por Vilelas, Lucas, Silva, Nunes e Neves (2013) (*Apêndice A*).

De seguida são descritas as diferentes escalas que integram o instrumento de recolha de dados:

i) Escala APGAR familiar, que permite a caracterização dos componentes fundamentais da função familiar em cinco aspetos: Adaptação (*Adaptability*) intrafamiliar diz respeito à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a resolução dos problemas que ameaçam o equilíbrio familiar durante uma crise; Participação/Comunicação (*Partnership*), que avalia a partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família; Crescimento/Desenvolvimento (*Growth*), que pretende avaliar a maturidade física, psíquica, emocional dos elementos da família e também a realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação, visando aferir acerca da existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família; Afecto (*Affection*), que pretende avaliar a forma como a família manifesta a sua afeição e reage aos sentimentos; e Resolução (*Resolution*), que visa conhecer o compromisso com os membros da família e formas de decisão na partilha de bens e espaço. A escala é constituída por cinco afirmações, com três possibilidades de resposta “quase sempre” – “algumas vezes” – e “quase nunca”, cujas cotações variam entre 0 aos 2 pontos, num total entre 0 e 10 pontos. O total obtido permite classificar a família em: família com disfunção severa (0 a 3 pontos); família com disfunção leve (4 a 6 pontos); família altamente funcional (7 a 10 pontos).

ii) A escala de satisfação com suporte social (ESSS), desenvolvida, originalmente, por Wethington e Kessler em 1986, e validada, anos mais tarde, para a população portuguesa por Ribeiro (1999). Trata-se de uma escala com quatro dimensões, composta por 15 itens, de autopreenchimento, que garante a operacionalização da variável satisfação. A resposta às afirmações é feita numa escala de cinco pontos: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. Da soma da totalidade dos itens resulta a pontuação final da avaliação, sendo que quanto mais alta a pontuação maior é a percepção de suporte social (Ribeiro, 1999).

Considerando as particularidades que compõem a escala, como o facto de ser constituída por quatro dimensões, ou subescalas, distintas, os itens 3, 12, 13, 14 e 15 avaliam a dimensão “Satisfação com amigos”, os itens 1, 4, 5 e 6, correspondentes à dimensão existência de suporte social íntimo, os itens 9, 10 e 11, a dimensão “satisfação com a família”, e os itens 2, 7 e 8 medem a satisfação com as atividades sociais.

A escala RFS é um questionário autoaplicável desenvolvido por Takviriyannun (2008), com o objetivo de avaliar a capacidade dos indivíduos para superar acontecimentos adversos. Trata-se de um instrumento que utiliza uma escala de quatro pontos do tipo Likert, sendo (1) “discordo totalmente”, (2) “discordo”, (3) “concordo” e (4) “concordo totalmente”.

Esta escala é composta por cinco dimensões definidas como: “Determinação e competências para resolver problemas” (itens 17, 16, 19, 18 e 13); “Suporte individual” (itens 2, 1, 6, 3, 4 e 5); “Outros tipos de apoio” (itens 8, 7 e 9); “Pensamento otimista” (itens 15, 14 e 12); “Assertividade” (itens 21 e 20).

4.6. Procedimentos formais e éticos

Segundo Vilelas (2009):

... quando se inicia uma investigação que envolve seres humanos, existem aspetos a ter em conta: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. (p.43)

Tendo em conta a natureza da amostra da presente investigação, e o âmbito do estudo, bem como o facto do mesmo ter enquadramento geral no contexto da enfermagem e da atuação junto de uma população debilitada por contingências de saúde, foram considerados os procedimentos éticos fundamentais e exigidos com vista a garantir a autonomia e a privacidade dos inquiridos, bem como a salvaguarda dos dados obtidos através deles. Em todos os procedimentos realizados, foram atendidas as questões de ética fundamentais.

Considerando que a natureza do estudo desenvolvido teve sustentação em questões de foro pessoal, que se relacionam com pensamentos, sentimentos e opiniões intrínsecas e próprias de cada respondente, todas as atitudes de contacto, comunicação e recolha de informação, bem como o tratamento da mesma, foram pautadas pelo rigor, segurança e sigilo.

Por estes motivos, os dados recolhidos não revelam, em momento algum, a identidade dos inquiridos, até porque, como tivemos este facto em consideração desde o início da investigação, nem sequer, no ato de entrega e recolha dos questionários, indagamos os doentes acerca da sua identidade. Os dados que resultaram da aplicação dos questionários foram usados única e exclusivamente no âmbito da investigação e não terão qualquer outro destino ou finalidade, prevendo-se a sua destruição após a apresentação pública do presente estudo.

Com vista a firmar todos os preceitos éticos exigidos foi tido o cuidado de garantir que os voluntários sabiam exatamente qual a finalidade do estudo e do inquérito que lhes foi entregue, da mesma forma, foi explicado a cada um dos respondentes, de forma individual, que este não era de preenchimento obrigatório. Com vista a firmar ambos os preceitos, foi acrescido ao questionário, na sua folha de rosto, um termo de consentimento informado (*Apêndice B*) que, para além de recolher o referido consentimento, informava o participante de todas as características do questionário e da investigação, dando a conhecer a identidade da investigadora.

Todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como se assegurou, que a sua participação na investigação foi voluntária.

De realçar que todas as questões éticas foram previamente determinadas e asseguradas durante o decurso da recolha e da investigação, em conformidade com a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2016).

Para além disso, e no sentido de garantir todo o respeito pelos aspetos formais e éticos da investigação, foi solicitado parecer à Comissão de Ética do Hospital, *locus* de estudo (*Apêndice C*).

Foi também efetuado o pedido de autorização aos autores das escalas (*Apêndice D*), para a utilização das mesmas, já previamente validadas.

4.7 Análise e tratamento de dados

De acordo com Morse (2007), a análise de dados é:

... um processo que exige questionamento inteligente, uma contínua procura de respostas, observação ativa e memória precisa. É um processo de juntar e unir dados, de tornar óbvio o invisível, da distinção do signifiante do insignifiante, da ligação de dados aparentemente não relacionados, de encaixe de categorias umas nas outras e de atribuição

consequências aos antecedentes. É um processo de conjuntura e verificação, de correção e modificação, de sugestão e defesa. É um processo de organização de modo para que o esquema analítico apareça óbvio. (p.35)

Selecionado o instrumento de recolha de dados e cumprida a tarefa de recolha dos mesmos efetuaram-se os procedimentos de tratamento e análise dos mesmos, sendo que a análise referida se designa como sendo “o conjunto de métodos estatísticos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos” (Fortin, 2003, p.364).

Tendo em conta que os dados obtidos são de origem quantitativa, procedeu-se ao seu tratamento através de análise estatística na medida em que esta permite destacar os dados relativos à recolha e realizar apresentações sintéticas.

Partindo destes pressupostos, empreendemos um procedimento de tratamento dos dados recolhidos que contou com o suporte de meio informático, após a construção, também através de meio informático, de uma matriz onde os dados foram codificados com vista à possibilitação do seu tratamento informático e análise estatística. A ferramenta estatística selecionada para o efeito foi o programa IBM® SPSS® Statistics, versão 25.0, que admite a execução de cálculos estatísticos e, conjuntamente, proporciona a realização da análise e apresentação precisa dos resultados alcançados.

A análise estatística ajuda o investigador a redigir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica (Polit et al., 2004).

Neste sentido, no nosso estudo, utilizámos os seguintes indicadores: Frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central: Média (\bar{x}); Moda (M_o), medidas de dispersão: desvio padrão (D_p); mínimo; máximo. Com a finalidade de se processar a prova das hipóteses, recorre-se à estatística inferencial, permitindo tirar conclusões para um domínio mais vasto. Contudo, antes de efetuarmos a análise estatística propriamente dita, procedemos ao exame prévio dos dados, onde se verifica a existência de desvios relativamente à normalidade das distribuições de algumas variáveis em estudo. Para testarmos a normalidade utilizamos o Teste de *Kolmogorov-Smirnov*;

Face a esta constatação e ao tamanho da amostra ($n=52$) foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos: Teste de *Mann-Whitney* e Teste de *Kruskal-Wallis*.

Foi também utilizado o coeficiente de correlação *Ró* de *Spearman* mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais, utilizando em vez do valor nele observado, apenas a ordem das

observações. O coeficiente *Ró de Spearman* varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação linear entre as variáveis¹⁰. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável (Pestana & Gageiro, 2003).

¹⁰ “Por convenção sugere-se que R menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta” (Pestana & Gageiro, 2003, p.189).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo serão apresentados os dados obtidos ao longo da presente investigação. A referida apresentação terá em conta as hipóteses definidas, o desenho metodológico e as técnicas estatísticas apresentadas. A apresentação dos dados será feita por meio de tabelas com vista a sistematizar, estruturar e salientar os resultados mais relevantes.

5.1. Caracterização sociodemográfica

Na Tabela 2 são apresentados os resultados respeitantes à caracterização sociodemográfica da amostra. A amostra é constituída por um total de 50 pessoas amputadas dos membros inferiores internadas no serviço de angiologia e cirurgia vascular de um Centro Hospitalar do Porto (CHP), com idades que variam entre uma idade mínima 52 e uma máxima de 84 anos de idade, a média centra-se nos 66,5 anos.

Verifica-se que 60% dos inquiridos têm idades superiores a 65 anos em consonância com a realidade do país, uma vez que Portugal é um país envelhecido e com uma população idosa a aumentar cada vez mais. Aliás, a população com idade igual ou inferior a 65 anos representa 40% da população total. Esta observação é consequente com a ideia de que as amputações são mais frequentes junto da população idosa (Vaz et al., 2012).

Verifica-se que a maioria dos elementos da amostra é do género masculino, com 52%, sendo 26 homens e 24 mulheres.

Estes dados mostram-se consistentes com o referencial teórico exposto na primeira parte da presente investigação, pois vão ao encontro do referido por Vaz et al. (2012), que determinou que o sexo masculino é aquele que tem uma taxa mais elevada de ocorrências, em média cerca de 70% mais amputações que o sexo feminino.

No que diz respeito à escolaridade, a amostra é maioritariamente composta por pessoas que frequentaram apenas o 1.º ciclo de escolaridade, com 72%.

Regista-se um total de 36 respondentes com o 1.º ciclo escolaridade, 10 com o 2.º ciclo, 3 com o ensino secundário e apenas um com licenciatura. Nenhum elemento da amostra possui mestrado ou doutoramento.

Dos 50 respondentes, 36 (72%) têm companheiro, e sem companheiro são 14 (28%).

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis	Total (n=50)	
	N	%
Idade ^(a):		
≤65 anos	20	40,0
>65 anos	30	60,0
Gênero:		
Feminino	24	48,0
Masculino	26	52,0
Escolaridade:		
1º ciclo	36	72,0
2º ciclo	10	20,0
Ensino secundário	3	6,0
Licenciatura	1	2,0
Estado civil:		
Com companheiro	36	72,0
Sem companheiro	14	28,0

5.2. Caracterização clínica

No que se refere às variáveis clínicas, verificamos, pela Tabela 3, que uma maioria significativa de respondentes (70%) sofreu amputação dos membros inferiores entre 1 e 5 meses, facto que pode ter explicação destes amputados ainda se encontrarem internados ou reinternados após a amputação.

As causas que conduziram à amputação estão diretamente ligadas com a diabetes, pé diabético, feridas e má circulação. Enquadram-se nos problemas circulatórios 82%. As respostas mais registadas demonstram que a situação ocorreu por via da existência de feridas nos pés, que se revelaram por consequência da DM. Retomando o estudo efetuado por Rolim et al. (2015), no CHSJ, afere-se a coerência com os resultados obtidos, sendo que os fatores de risco para a amputação dos membros inferiores mais evidenciados foram a DM. Segundo esta investigação, esta patologia deu origem a 87% dos casos de amputação efetuados em 2014, sendo que em segundo e terceiro lugar se registaram casos de doença arterial periférica e de doença arterial obstrutiva periférica, consequente da DM.

Todos os respondentes tiveram a notícia da necessidade de amputação por parte do médico.

A amputação de um membro corporal causa impactos na vida da pessoa, envolvendo mudanças afetivas (tristeza, sensação do membro-fantasma e luto) (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Seren & De Tilio, 2014). Esta situação de necessidade de amputar parte do membro inferior gerou sentimentos de tristeza em 62% dos respondentes.

As consequências da amputação extravasam o impacto físico e as condicionantes que trazem para a vida das pessoas. De facto, e tal como está devidamente fundamentado (Bergo & Prebianchi, 2018; Sales et al., 2012; Seren & De Tilio, 2014) depois da amputação, a pessoa passa por um conjunto de reações emocionais que podem ir do desajuste à sua nova condição de vida até à perda total de autoestima. Assim, e para além das dificuldades que as pessoas passam a ter na realização das suas atividades básicas diárias, experienciam também sentimentos relacionados com a perda de independência, sentimentos de inferioridade, mudanças, quase sempre negativas na sua vida profissional e afetiva e mesmo alterações no desempenho sexual.

Perante a experiência de amputação e a nova vivência, enquanto pessoa amputada, os respondentes, no que se refere às preocupações pós amputação, mencionam como mais frequentes a perda de autonomia (78%). As outras preocupações referidas eram o medo de não voltarem a andar, de não conseguirem salvar/perder a outra perna.

Tabela 3. Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis clínicas

Variáveis	Total (n=50)	
	N	%
Tempo de amputação:		
1 a 5 meses	35	70,0
1 ano	5	10,0
≥3 anos	10	20,0
Causas da amputação:		
Causas circulatórias	41	82,0
Causas infecciosas	9	18,0
Sentimentos vivenciados:		
Tristeza	31	62,0
Medo/Ansiedade	16	32,0
Principais preocupações:		
Relacionadas com a autonomia	39	78,0
Outras preocupações	11	22,0

5.3. Caracterização sociofamiliar

A avaliação da família em diferentes domínios é importante no processo de cuidados para planificar, adequar e melhorar as intervenções dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros.

Tendo em vista a avaliação da perceção que os respondentes têm do sobre o funcionamento da sua família, através da escala elaborada por Smilkstein em 1978 (Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982) denominada de APGAR familiar, constata-se um valor da média ligeiramente superior nos homens (9,29 pontos), comparativamente às mulheres (9,23 pontos).

A partir da classificação do score da escala do APGAR familiar de acordo com os pontos de coorte, pela análise da Tabela 4 verificamos que a maioria dos elementos da amostra está inserida em famílias altamente funcionais (90%). Apenas 6% classifica a família com disfunção severa e 4% com disfunção leve.

Tabela 4. Distribuição dos inquiridos segundo a classificação do APGAR familiar

Classificação AGAR familiar	Total (n=50)	
	N	%
Disfunção severa	3	6,0
Disfunção leve	2	4,0
Altamente funcional	45	90,0

Quanto à satisfação com o suporte social, nos resultados que constam da Tabela 5 a satisfação com os amigos apresenta uma média superior (17,18), em relação à intimidade (13,40), que também se verifica no estudo de Senra et al. (2012), ao afirmarem que as pessoas amputadas dos membros inferiores são alvo de mudanças extremas na sua vida e, entre as apontadas, os autores sublinhavam as mudanças efetivas que ocorriam na vida íntima dos doentes. O resultado muito expressivo do afastamento social (média de 7,22) de que as pessoas amputadas são vítimas, e coincide com o referencial teórico ao apontar que as pessoas amputadas tendem, por medo, desesperança, ansiedade e depressão, a afastar-se dos seus pares sociais (Garcia-Dia et al., 2013; Rice & Liu, 2016; Southwick & Charney, 2012b).

Tabela 5. Estatísticas relativas à escala de satisfação com o suporte social

Dimensões do suporte social	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Satisfação amigos	10	22	17,18	3,03
Intimidade	7	18	13,40	2,02
Satisfação família	6	15	11,22	2,20
Atividades sociais	3	12	7,22	1,90

5.4. Caracterização da resiliência

O valor total da resiliência foi de 55,88, o que demonstra resiliência elevada, ou seja, capacidade de resistência a situações adversas, uma das primeiras a ser registada pelos investigadores anglo-saxónicos no conceito de resiliência como qualidades de invencibilidade ou invulnerabilidade (Ralha-Simões, 2017). No entanto, a característica da recuperação haveria de ser identificada já que muitos investigadores não se mostram indiferentes ao crescimento individual que alguns indivíduos demonstraram após terem sido expostos a catástrofes pessoais ou sociais (Rice & Liu, 2016; Schultze-Lutter et al., 2016; Sullivan et al., 2016). Revelada a dicotomia e, não obstante, as inúmeras investigações efetuadas ao longo dos anos, parece ainda não existir uma tendência inequívoca e qualificadora da resiliência quanto a ser resistente ao stress ou ato de recuperação, pois tanto são considerados resilientes os indivíduos que resistem ao stress e à adversidade quanto aqueles que superam as dificuldades e se tornam mais fortes (Ralha-Simões, 2017). Segundo este autor, a experiência de vida de cada um, o seu equilíbrio e os fatores de risco a que se expõe é que vão ajudar a perceber se, em cada caso, a resiliência do sujeito foi de resistência ou de recuperação.

Na Tabela 6 estão representadas as estatísticas referentes ao score das cinco subescalas obtido a partir do somatório dos itens das subescalas da resiliência. A subescala suporte individual atinge 17,86 pontos, ou seja, um grau de resiliência muito apurado e consistente e que a assertividade é a subescala com menor pontuação (5,84).

Com base nos dados obtidos através da análise às várias dimensões da RFS, verifica-se que são evidenciadores de elevados graus de resiliência, pouco compatíveis com o referencial teórico e a relação por este fundamentada entre a resiliência e as pessoas amputadas dos membros inferiores (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Seren & De Tilio, 2014).

Tabela 6. Estatísticas relativas às dimensões da escala da resiliência

Dimensões da resiliência	Mínimo	Máximo	Média	Dp
Determinação e competências para resolver problemas	11	17	14,64	1,00
Suporte individual	14	20	17,86	0,76
Outros tipos de apoio	6	9	8,82	0,63
Pensamento otimista	6	10	8,72	0,86
Assertividade	2	7	5,84	0,68
Resiliência total	45	60	55,88	2,76

Após a análise descritiva dos dados referentes à caracterização sociodemográfica, clínica, sociofamiliar e da resiliência, seguidamente apresentam-se os resultados relativos às hipóteses de estudo, através de testes não paramétricos.

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Com a finalidade de saber quais os fatores que influenciam o nível de resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores, formulámos as hipóteses que se seguem.

H₁ - Existe relação entre as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil e habilitações literárias) e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

Os resultados relativos a esta hipótese constam da Tabela 7. Podemos dizer que os inquiridos com mais de 65 anos são mais resilientes do que os de idade inferior a 65 anos, contudo, sem significado estatístico ($p>0,05$). Os resultados parecem indicar que os inquiridos com mais de 65 anos, devido à sua longa experiência de vida e situações de adversidade a que foram submetidos, são mais resilientes em quase todas as dimensões, dado que a resiliência é entendida como um processo de boa adaptação em situações de adversidade, trauma, tragédia, ameaças e mesmo de fontes significativas de stresse (APA, 2014). Por outro lado, o facto de um indivíduo se mostrar resiliente em um ou mais domínios da sua vida não implica, necessariamente, que este seja resiliente em todos os outros aspetos (Arnold et al., 2014; Sherrieb et al., 2010; Southwick et al., 2014).

Constata-se que os inquiridos do género masculino apresentam valores de resiliência mais elevados em todos os domínios, com exceção também para o domínio “Competências para resolver problemas”, no entanto, sem significado estatístico ($p>0,05$).

Relativamente ao estado civil, os inquiridos com companheiro apresentam valores mais elevados de resiliência em todas as dimensões, contudo, sem significado estatístico ($p>0,05$).

Quanto às habilitações literárias, os inquiridos que possuem o grau académico de licenciado apresentam valores mais elevados em quase todas dimensões da resiliência, com exceção para as “Competências resolver problemas”, contudo, sem significado estatístico ($p>0,05$).

Tabela 7. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da resiliência

Variáveis sociodemográficas	Dimensões da Escala de Resiliência					
	Determinação e competências para resolver problemas	Suporte individual	Outros tipos de apoio	Pensamento otimista	Assertividade	Teste
Idade:						
≤65 anos	26,50	22,60	22,95	24,63	24,85	<i>Mann-Whitney</i>
>65 anos	24,83	27,43	27,20	26,08	25,93	
(<i>p</i>)	0,616	0,072	0,052	0,620	0,648	
Sexo:						
Feminino	25,60	23,35	23,90	23,71	25,33	<i>Mann-Whitney</i>
Masculino	25,40	27,48	26,98	27,15	25,65	
(<i>p</i>)	0,951	0,117	0,151	0,232	0,891	
Estado civil:						
Com companheiro	27,63	25,51	25,86	27,67	26,08	<i>Mann-Whitney</i>
Sem companheiro	20,04	25,46	24,57	19,93	24,00	
(<i>p</i>)	0,036	0,986	0,589	0,016	0,421	
Habilitações literárias:						
1º ciclo	26,36	26,07	25,26	25,81	26,76	<i>Kruskal-Wallis</i>
2º ciclo	25,45	24,95	25,35	25,85	22,50	
Ensino secundário	20,83	19,83	28,00	19,67	19,67	
Licenciatura	9,00	27,50	28,00	28,50	27,50	
(<i>p</i>)	0,432	0,722	0,925	0,773	0,290	

H₂ - Existe relação entre as variáveis contextuais da amputação (causas da amputação; tempo de duração da amputação; sentimentos vivenciados durante este internamento; preocupações atuais) e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

Os resultados relativos a esta hipótese constam da Tabela 8. Quanto ao tempo de duração da amputação, são os inquiridos com 1 ano de amputação que apresentam valores mais elevados

na maioria das dimensões, com exceção para o “Suporte individual” e “Outro tipo de apoio”, contudo, sem significado estatístico ($p>0,05$).

Quanto às causas de amputação são as de natureza circulatória que têm valores mais altos na totalidade das dimensões, com exceção para o “Pensamento otimista”, no entanto, sem significado estatístico ($p>0,05$).

A literatura é profícua ao referir que as pessoas amputadas dos membros inferiores sofrem várias alterações emocionais que, tantas vezes, conduz a estados de ansiedade, depressão e desesperança (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Marques et al., 2014; Matheus & Pinho, 2006; Senra et al., 2012). O facto de verem uma parte do corpo a ser retirada e de terem que reaprender a viver num corpo alterado e diferente, justifica uma diversidade de estados emocionais que colocam desafios aos cuidados de saúde, condicionando a melhoria da mesma e o trabalho dos prestadores de cuidados, nomeadamente os enfermeiros (Amtmann et al., 2015; Bergo & Prebianchi, 2018; Cox et al., 2011; Seren & De Tilio, 2014).

Tendo em conta esta evidência, e considerando o conceito de resiliência numa perspetiva de psicologia positiva, que tem inferência direta no bem-estar dos doentes e na capacidade de superação dos mesmos (Garcia-Dia et al., 2013; Robertson et al., 2016; Sullivan et al., 2016; Werner & Smith, 1992), verificamos que, relativamente aos sentimentos manifestados, a maior parte dos inquiridos posiciona a sua resposta em “Nada”, não se verificando diferenças estatisticamente significativas. Os resultados são concordantes com os estudos consultados.

Quanto às preocupações referidas *versus* as dimensões da resiliência, salientamos que os inquiridos com “Outras preocupações” (que não de autonomia) dominam na maioria das dimensões, com exceção para o “Suporte individual” e “Outro tipo de apoio”, contudo, sem significado estatístico ($p>0,05$).

Tabela 8. Relação entre as variáveis contextuais da amputação e as dimensões da resiliência

Variáveis contextuais da amputação	Dimensões da escala de resiliência					
	Determinação e Competências para resolver problemas	Suporte individual	Outros tipos de apoios	Pensamento otimista	Assertividade	Teste
Tempo de amputação						
1 a 5 meses	24,73	26,07	25,94	23,63	24,76	<i>Kruskal-Wallis</i>
1 ano	29,90	18,30	22,70	32,70	32,00	
>3 anos	26,00	27,10	25,35	28,45	24,85	
(p)	0,636	0,180	0,669	0,104	0,176	
Causas de amputação						
Circulatórias	26,10	26,24	25,60	24,84	25,71	<i>Mann-Whitney</i>
Infeciosas	22,78	22,11	25,06	28,50	24,56	
(p)	0,551	0,455	0,921	0,502	0,843	
Sentimentos vivenciados						
Tristeza	25,37	25,15	24,74	24,52	25,85	<i>Kruskal-Wallis</i>
Medo/ansiedade	24,81	25,81	26,50	26,84	24,44	
Nenhum dos sentimentos mencionados	30,50	27,50	28,00	28,50	27,50	
(p)	0,731	0,904	0,633	0,661	0,778	
Preocupações futuras						
Autonomia	24,91	25,53	26,09	25,41	24,96	<i>Mann-Whitney</i>
Outras	27,59	25,41	23,41	25,82	27,41	
(p)	0,495	0,971	0,301	0,907	0,383	

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

H₃ - Existe relação entre a funcionalidade familiar (APGAR) e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

Tendo em conta a problemática em estudo e o conceito central de resiliência, verifica-se que os resultados obtidos no âmbito da nossa investigação são favorecedores da resiliência na medida em que, tal como sustentaram Masten e Tellegen (2012), Garcia-Dia et al. (2013) e Southwick et al. (2014), entre os fatores determinantes para o desenvolvimento da resiliência está o apoio de família.

No âmbito da funcionalidade familiar, salientamos que apenas para as dimensões “Pensamento otimista”, “Assertividade” e “Determinação e competências para resolver problemas” se verificam diferenças estatisticamente significativas, sendo que as famílias altamente funcionais apresentam valores superiores.

Por via destes resultados, afere-se que nesta amostra a maioria dos elementos pertence a famílias com disfunção leve e famílias altamente funcionais e, deste modo, a funcionalidade familiar concorre para promover a resiliência, tal com referem Davydov et al. (2010). Outros

autores reforçam a família como pilar de sustentação da resiliência, considerando-a como um dos fatores externos determinantes para a sua construção (Garcia-Dia et al., 2013; Werner & Smith, 1992).

Tabela 9. Relação entre a funcionalidade familiar e as dimensões da resiliência

Dimensões da resiliência	Determinação e competência para resolver problemas	Suporte individual	Outros tipos de apoio	Pensamento Otimista	Assertividade	Teste
Funcionalidade						
Disfunção severa	2,33	18,67	20,00	2,00	3,33	<i>Kruskal-</i>
Disfunção leve	19,75	38,25	28,00	17,75	27,50	<i>Wallis</i>
Altamente funcional	27,30	25,39	25,76	27,41	26,89	
<i>(p)</i>	0,001	0,068	0,397	0,000	0,000	

Legenda: *p*: nível de significância

H4 - Existe relação entre o suporte social e a resiliência em pessoas amputadas dos membros inferiores.

Quanto à relação entre o suporte social e as dimensões da resiliência, utilizamos a correlação de *Spearman*, salientando-se a existência de correlações positivas ($Rho > 0$), pelo que quanto maior o score das dimensões da escala de suporte social, maior o score nas dimensões da escala da resiliência, com exceção para a relação entre “Satisfação na família” e “Suporte individual”, com uma correlação negativa ($Rho = -0,169$), sendo que à medida que aumenta a satisfação familiar diminui o suporte individual (Tabela 10).

Quanto à relação entre a dimensão “Satisfação com os amigos” e as dimensões da escala de resiliência embora não se observam diferenças estatisticamente significativas, constata-se que a capacidade de criação de laços com os outros e capacidade de pedir ajuda, tal se mostra necessário, bem como uma capacidade positiva de manter um bom relacionamento com terceiros promove a resiliência (Earvolino-Ramirez, 2007; Friberg et al., 2005; Southwick & Charney, 2012b; White et al., 2008).

Já no que respeita à dimensão “Satisfação com a família”, as diferenças estatísticas são residuais, mas positivas, indo ao encontro da ideia expressa na literatura de que a família é um fator determinante para a construção da resiliência (Garcia-Dia et al., 2013; Werner & Smith, 1992). Contudo, constatamos diferenças estatísticas significativas ($p < 0,05$) na interação “Atividade social” vs “Assertividade” e “Intimidade vs Pensamento otimista”, sendo que tal mostra ser coincidente com os conhecimentos registados na primeira parte do presente estudo,

onde Senra et al. (2012) afirmavam que as pessoas amputadas dos membros inferiores são alvo de mudanças extremas na sua vida e, entre as apontadas, os autores sublinhavam as mudanças efetivas que ocorriam na vida íntima dos doentes.

Observamos dados bastante significativos ($p < 0,01$) na interação “Atividade social vs Outros tipos de apoios” e altamente significativas ($p < 0,001$) nas interações “Satisfação familiar vs Pensamento positivo” e “Satisfação familiar vs Competências para resolver problemas”.

Tabela 10. Relação entre as dimensões da escala de suporte social e as dimensões da escala de resiliência (Correlação de Spearman)

Dimensões da escala de suporte social	Dimensões da Escala de Resiliência				
	Determinação e competência para resolver problemas	Suporte individual	Outros tipos de apoio	Pensamento otimista	Assertividade
	Rho	Rho	Rho	Rho	Rho
Satisfação com os amigos	0,083	0,133	0,106	0,004	0,094
(<i>p</i>)	0,566	0,359	0,465	0,978	0,516
Intimidade	0,274	0,154	0,277	0,328	0,205
(<i>p</i>)	0,055	0,285	0,052	0,020	0,153
Satisfação familiar	0,546	-0,169	0,048	0,636	0,202
(<i>p</i>)	0,000	0,242	0,742	0,000	0,158
Atividade social	0,231	0,191	0,373	0,173	0,306
(<i>p</i>)	0,106	0,185	0,008	0,230	0,031

Após um longo percurso de investigação, que contemplou a aplicação de um questionário constituído por três escalas (Escala do APGAR Familiar; ESSS; Escala da Resiliência) numa amostra de 50 pessoas amputadas dos membros inferiores, chegamos ao ponto de aferir, numa primeira asserção suportada nos resultados obtidos, que alguns não são similares aos explicitados no referencial teórico. De facto, e tendo em conta os resultados e a análise efetuada, constatamos alguma surpresa na medida em que não se verifica uma relação evidente entre as variáveis, sociodemográficas, contextuais de amputação e de contexto familiar e a resiliência.

Os resultados obtidos quanto à Escala de APGAR Familiar revelam uma associação entre o suporte familiar e a resiliência dos inquiridos em concordância com vários estudos, na medida em que valorizam a funcionalidade familiar no desenvolvimento da resiliência (Garcia-Dia et al., 2013; Rice & Liu, 2016; Southwick & Charney, 2012b).

Em jeito de síntese, e quanto às hipóteses do estudo, constata-se que, relativamente à hipótese 1, não se verificou relação entre as variáveis sociodemográficas e a resiliência. Quanto à

hipótese 2, também não se verificou relação entre as variáveis contextuais da amputação e a resiliência.

Quanto ao suporte familiar, registou-se um predomínio para famílias altamente funcionais e famílias com disfunção leve, sendo que se confirmou a hipótese 3, ou seja, a relação entre a funcionalidade familiar e a resiliência.

No que respeita à relação entre o suporte social e a resiliência, salientamos correlações positivas e diferenças estatísticas significativas, confirmando-se a hipótese 4, que afirmava a relação entre o suporte familiar e a resiliência. Garmezy indicou que os fatores mais determinantes para o desenvolvimento da resiliência nos indivíduos são uma condição socioeconómica média ou acima da média, habilidades cognitivas, abertura à experiência, conscienciosidade, estreito relacionamento com os pais, apoio de adultos fora da família e sentimentos de autoestima (Masten & Tellegen, 2012).

Decorrente da construção da problemática do estudo e da aferição dos objetivos que visavam proporcionar aos enfermeiros elementos que justificassem uma intervenção com vista à promoção da resiliência, é de relevar que os doentes amputados dos membros inferiores têm valores de resiliência elevados. Os dados aferidos através das dimensões da RFS, que se afastam do que era expectável face à nossa experiência profissional, podem ser justificados pelo facto dos participantes terem respondido de modo a privilegiar não o que realmente sentiam, mas o que entendem ser o mais correto.

6. CONCLUSÃO

O aperfeiçoamento e evolução profissional das intervenções do enfermeiro está diretamente relacionado com a reflexão, análise, formação e atualização constante da experiência de cuidados, fundamentada na prática baseada na evidência, pois somente através da investigação e da procura de novos conhecimentos se poderá desenvolver competências que permitam utilizar a informação recolhida, transpondo-a para a prática clínica de cuidados.

A pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e em situação crónica e paliativa constituem o foco do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2011). Perante este contexto de intervenção, as competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica visam identificar as necessidades de cuidados especializados à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, assim como conceber, implementar e avaliar os planos de cuidados, numa abordagem abrangente e compreensiva, mediante uma avaliação holística da saúde do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com o intuito de preservar a sua dignidade, maximizar a sua qualidade de vida e diminuir o seu sofrimento (Regulamento n.º 188/2015, de 22 de abril).

A amputação de um membro é uma prática terapêutica antiga que resulta numa condição de saúde crónica comum, considerada atualmente como uma causa relevante de incapacidade a longo prazo, que provoca uma mudança funcional e dramática na vida da pessoa, interferindo de forma direta e maioritariamente negativa, no contexto da vida quotidiana desta. A nível físico, as amputações integram uma alteração do equilíbrio e da mobilidade, resultando na dependência para a realização das atividades da vida diária, o que terá um impacto significativo na qualidade de vida da pessoa (Chamlian & Starling, 2013; Kohler & Dickson, 2011).

No que concerne ao conceito de resiliência, este é tido como “um processo dinâmico que encerra em si mesmo a capacidade de adaptação positiva a adversidades” (Jackson et al., 2007, p.1), que tem vindo a ser explorado e aplicado tanto do ponto de vista biológico como em áreas de estudo da atividade humana que compreendam, também, a saúde mental (Garcia-Dia et al., 2013). Na prática, e tal como referem Garcia-Dia et al. (2013), este conceito tem sido alvo de cuidado e investigação na generalidade das áreas de vida, assim como a nível académico, desde a sociologia, passando pela psicologia e pela enfermagem, pela medicina e até mesmo pelas ciências económicas e pela ecologia. A resiliência é considerada como um processo de

adaptação e ajustamento que sucede na vida das pessoas, apesar do surgimento de perdas pessoais e sociais (De Santis, 2008).

Assim, tendo em conta o percurso até então já evidenciado e construído na presente dissertação, cabe-nos nesta fase refletir e avaliar o mesmo, demonstrando as conclusões predominantes do estudo, as limitações inerentes, possíveis sugestões de melhoria, quer para a prática clínica, quer para a investigação e formação, mediante a identificação e caracterização dos fatores relacionados com a resiliência na pessoa amputada dos membros inferiores.

No presente estudo participou um total de 50 pessoas amputadas dos membros inferiores internadas no serviço de angiologia e cirurgia vascular de um Centro Hospitalar do Porto, em que a idade mínima é de 52 e a máxima de 84 anos de idade. Os participantes têm idades superiores a 65 anos (60%), sendo que tal repercute a realidade do país em termos de envelhecimento populacional.

Os elementos que compõe a amostra são maioritariamente do género masculino (52%), sendo 26 homens e 24 mulheres. Relativamente à variável escolaridade, a amostra é composta sobretudo por pessoas que frequentaram o 1.º ciclo de escolaridade (72%).

Regista-se um total de 36 respondentes com o 1.º ciclo escolaridade, 10 com o 2.º ciclo, 3 com o ensino secundário e 1 com o grau de licenciatura, assinala-se também que nenhum elemento da amostra possui grau de mestrado ou doutoramento. Da amostra constata-se que dos 50 respondentes, 36 (72%) têm companheiro, e 14 (28%) referem encontrar-se sem companheiro.

De acordo com as variáveis clínicas analisadas, verificamos que uma maioria significativa de respondentes (70%) sofreu amputação dos membros inferiores entre 1 e 5 meses, sendo que as causas que conduziram à amputação estão diretamente relacionadas com a doença crónica da DM, o “pé diabético”, feridas e má circulação. Ou seja, a generalidade das causas da amputação é devida a problemas circulatórios (82%). Ainda a referir que, de acordo com os resultados obtidos, a amputação ocorreu devido à presença de feridas nos pés, que se revelaram por consequência da DM.

Perante a experiência de amputação e a nova transição, enquanto pessoa amputada, os respondentes, no que concerne às preocupações pós amputação, mencionam como mais frequentes a perda de autonomia (78%), sendo que as restantes preocupações referenciadas foram o medo de não voltarem a andar, e de poderem futuramente sofrer uma amputação do restante membro.

Na caracterização sociofamiliar, a partir da classificação do score da escala do APGAR familiar de acordo com os pontos de corte, verificamos que a maioria dos elementos da amostra está inserida em famílias altamente funcionais (90%), a referir ainda que somente 6% classifica a família com disfunção severa e apenas 4% com disfunção leve. Quanto à satisfação com o suporte social, verifica-se que a satisfação com os amigos apresenta uma média superior (17,18), em relação à intimidade (13,40).

A registrar que o valor total da resiliência obteve uma média de 55,88, o que evidencia um estado de resiliência elevada, e que se traduz na capacidade de resistência a situações adversas. Contudo, verificamos que não há uma relação significativa entre a resiliência e todas as variáveis que constituem o quadro metodológico do estudo desenvolvido, nomeadamente as variáveis sociodemográficas não têm influência na capacidade de resiliência das pessoas amputadas, assim como não há relação entre as variáveis contextuais da amputação e a resiliência, sendo que esta associação só se verifica através das variáveis de contexto familiar, na medida em que se registou um predomínio para famílias altamente funcionais e famílias com disfunção leve, o que se reflete na relação entre a funcionalidade familiar e a resiliência, resultados estes que reforçam estudos desenvolvidos neste âmbito de intervenção em que a família é considerada como um fator determinante para a construção da resiliência (Garcia-Dia et al., 2013; Werner & Smith, 1992).

Ao longo da construção da problemática do estudo e da aferição dos resultados que visavam proporcionar aos enfermeiros elementos que justificassem uma intervenção com vista à promoção da resiliência, é de realçar que a pessoas que sofrem de um processo de amputação dos membros inferiores revelam valores de resiliência elevados. Os dados aferidos através das dimensões da RFS, que se afastam do que era expectável face à nossa experiência profissional, podem ser justificados pelo facto dos participantes terem respondido de modo a privilegiar não o que realmente sentiam, mas o que entendem ser como o mais correto do ponto de vista social. Pelo que, os resultados obtidos ao longo do processo investigativo evidenciam, em parte, uma realidade à partida não esperada por parte da experiência e prática do investigador, em que a mesma poderá ser tida como uma limitação do estudo.

Uma outra limitação que se regista e que poderá constituir uma sugestão para estudos futuros, foi a extensão do questionário aplicado, a sua complexidade e formalidade, pelo que se torna necessário ter em conta uma melhor adequação do mesmo e sua aplicação prática à pessoa que se encontra a vivenciar o processo em estudo.

A escassez de estudos a nível nacional mediante a pessoa amputada dos membros inferiores e a resiliência traduziu-se numa importante dificuldade aquando da discussão dos resultados, no sentido de obter estudos científicos capazes de comparar e sustentar os resultados obtidos face a outras realidades de cuidados. A realçar também que o conceito de resiliência é ainda hoje considerado como dinâmico, sendo que a sua definição não se encontra consensualmente definida e delineada pela generalidade dos investigadores, o que poderá ter condicionado algumas sustentações teóricas e ser considerada como uma limitação ao presente estudo.

Contudo, apesar das limitações do estudo desenvolvido e dificuldades inerentes ao mesmo, sugere-se a realização de novos estudos de investigação com o intuito de apurar a viabilidade dos mesmos, perante a comparação e resultados obtidos ou mesmo avaliar outras áreas de intervenção no âmbito da pessoa com amputação dos membros inferiores, cujo intuito visa o aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem dedicados à pessoa que se encontra a vivenciar este processo de vida.

Em última análise, o conhecimento das variáveis que compõem o presente estudo de investigação permitem ao enfermeiro desenvolver estratégias de atuação e de implementação de intervenções junto da pessoa que sofreu uma amputação dos membros inferiores, no sentido de promover, recuperar ou manter a resiliência da pessoa face à sua nova condição e, neste sentido, atuar e investir na mais eficiente e rápida recuperação da autonomia da pessoa cuidada e conseqüente reabilitação e redução dos tempos de internamento, pelo que é essencial que a enfermagem procure permanentemente a atualização do conhecimento de forma a promover os mais elevados e eficientes níveis de cuidados à pessoa a quem presta a sua intervenção autónoma e assertiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 980-1000. doi: 10.1111/jan.12888
- Almeida, L., & Freire, T. (2010). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3a ed.). Braga: Psiquilibrios.
- American Psychological Association. (2016). *The road to resilience*. Disponível em <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Amtmann, D., Morgan, S. J., Kim, J., & Hafner, B. J. (2015). Health-related profiles of people with low limb loss. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), 1474-1483. doi:10.1016/j.apmr.2015.03.024
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, C. (2018). *Investigação em enfermagem do trabalho*. In E. Borges (Coord.), *Enfermagem do trabalho. Formação, investigação e estratégias de intervenção* (pp. 67-80). Lisboa: Lidel.
- Arnold, M., Mearns, R., Oshima, K., & Prasad, V. (2014). *Climate and disaster resilience: The role for community-driven development*. Washington, DC: Social Development World Bank.
- Barbosa, G. (2011). A aplicação e interpretação do conceito de resiliência em nossa teoria. In *Anais do 11º Congresso de Stress da ISMA-BR*. Porto Alegre. Disponível em http://www.sobrare.com.br/Uploads/20110718_palestra_no_congresso_da_isma_em_2011.pdf
- Barreto, A., & Honorato, C. (1998). *Manual de sobrevivência na selva acadêmica*. Rio de Janeiro: Objeto Direto.
- Batista, N. N., & Luz, M. H. (2012). Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 244-250. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a07.pdf>
- Beaulieu, R. J., Grimm, J. C., Lyu, H., Abularrage, C. J., & Perler, B. A. (2015). Rates and predictors of readmission after minor lower extremity amputations. *Journal of Vascular Surgery*, 62(1), 101-105. doi:10.1016/j.jvs.2015.02.021
- Bergo, M. F., & Prebianchi, H. B. (2018). Emotional aspects present in the lives of amputees: A literature review. *Psicologia: Teoria e Prática*, 20(1), 47-60. doi:10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Braga, C. G., & Cruz, D. A. (2005). Sentimento de impotência: Diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(3), 350-357. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v39n3/14.pdf>
- British Society of Rehabilitation Medicine. (2003). *Amputee and prosthetic rehabilitation: Standards and guidelines* (2nd ed). London: Autor.
- Campbell, D., Campbell, K., & Ness, J. (2008). Resilience through leadership. In B. J. Lukey & V. Tepe (Eds.), *Biobehavioral resilience to stress* (pp. 57-88). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Carrondo, E. M. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico* (Tese de doutoramento). Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança.
- Carvalho, I. D., Serra, M. C., & Guimarães Jr., L. M. (2011). Amputação: As indagações do sujeito. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 10(4), 141-143. Disponível em <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/87/pt-BR/amputacao--as-indagacoes-do-sujeito>
- Chamlian, T. R., & Starling, M. (2013). Avaliação da qualidade de vida e função em amputados bilaterais de membros inferiores: Revisão da literatura. *Acta Fisiátrica*, 20(4), 229-233. doi:10.5935/0104-7795.20130038
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Coutu, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, 80(5), 46-55.
- Cox, P. S., Williams, S. K., & Weaver, S. R. (2011). Life after lower extremity amputation in diabetics. *West Indian Medical Journal*, 60(5), 536-540.
- Cunha, M. J. (2009). *Investigação científica: Os passos da pesquisa científica no âmbito das ciências sociais e humanas*. Porto: Ousadias.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.003
- De Santis, J. (2008). Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIV infection. Research and theory for nursing practice. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22(4), 273-287. doi:10.1891/0889-7182.22.4.273
- Deshields, T. L., Heiland, M. F., Kracen, A. C., & Dua, P. (2016). Resilience in adults with cancer: Development of a conceptual model. *Psycho-Oncology*, 25(1), 11-18. doi:10.1002/pon.3800

- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa.* (2018). Disponível em <https://dicionario.priberam.org/>
- Duhamel, F., & Fortin, M-F. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In M-F. Fortin, O processo de investigação da concepção à realização (Cap. 12, pp. 161-172). Loures: Lusociência.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82. doi:10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x
- Espinoza, M. J., & García, D. (2014). Niveles de amputación en extremidades inferiores: Repercusión en el futuro del paciente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 276-280. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700380>
- Farber, E. W., Schwartz, J. A. J., Schaper, P. E., Moonen, D. J., & McDaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41, 140-146. doi:10.1016/S0716-8640(14)70038-0
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F. (2003). Glossário. In M-F. Fortin, O processo de investigação da concepção à realização (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Franchini, M. G., & Savoia, M. G. (2013). Psicoterapia de grupo para pacientes diabéticos amputados e seus cuidadores. *Arquivos Médicos dos hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 58, 10-17. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/dfea/ba2ca90bcc1c895b61df3701964cd38bfa52.pdf>
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42. doi:10.1002/mpr.15
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 30, 59-72. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06.pdf>
- Galván, G. B., & Amiralian, M. L. (2009). Corpo e identidade: Reflexões acerca da vivência de amputação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 391-398. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a12.pdf>
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concept analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(6), 264-270. doi:10.1016/j.apnu.2013.07.003
- Garmezy, N. (1973). *Competence and adaptation in adult schizophrenic patients and children at risk*. In S. R. Dean (Ed.), *Schizophrenia: The First Ten Dean Award Lectures* (pp. 163-204). New York, NY: MSS Information Corp.

- Gil, A. C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Haase, J. E., & Peterson, S. J. (2013). Resilience. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories: Application to nursing theories* (pp. 278-279). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.
- Harper, D. (2012). Etymonline.com. Disponível em http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=resilience&searchmode=none
- Hershkovitz, A., Dudkiewicz, I., & Brill, S. (2013). Rehabilitation outcome of post-acute lower limb geriatric amputees. *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 221-227. doi:10.3109/09638288.2012.690818
- Infante, F. (2005). A resiliência como processo: Uma revisão da literatura recente. In A. Melillo & E. N. Ojeda, *Resiliência: Descobrimos as próprias fortalezas* (pp. 23-38). Porto Alegre: Artmed.
- Isokääntä, S., Koivula, K., Honkalampi, K., & Kokki, H. (2018). Resilience in children and their parents enduring pediatric medical traumatic stress. *Paediatric Anaesthesia*. 29(3), 218-225. doi:10.1111/pan.13573
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x
- Junqueira, M. F., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227-235. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14923.pdf>
- Kohler, F., & Dickson, H. (2011). Systematic review of concepts measured in individuals with lower limb amputation using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. *Prosthetics and Orthotics International*, 35(3), 262-268. doi:10.1177/0309364611412821
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Maddi, S. R., & Khoshaba, D. M. (2005). *Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you*. New York, NY: AMACOM.
- Mahoney, E., Wang, K., Keo, H. H., Duval, S., Smolderen, K. G., Cohen, D. J., ... , Hirsch, A. T. (2010). Vascular hospitalization rates and costs in patients with peripheral artery disease in the United States. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(6), 642-651. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.930735
- Marques, A. M., Vargas, M. A., Schoeller, S. D., Kinoshita, E. Y., Ramos, F. R., & Trombetta, A. P. (2014). O cuidado à saúde à pessoa com amputação: Análise na perspectiva da bioética. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(4), 898-906. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00898.pdf

- Marshall, C., & Stansby, C. (2010). Amputation and rehabilitation. *Vascular Surgery II*, 28(2), 284-287. doi:10.1016/j.mpsur.2010.01.017
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. doi:10.1037//0003-066x.56.3.227
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345-361. doi:10.1017/S095457941200003X
- Matheus, M., & Pinho, F. (2006). Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1), 49-55. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a08v19n1.pdf>
- Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., & Gaillot, S. J. (2011). *Promoting psychological resilience in the US military*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Merriam-Webster.com. (2018). *Resilience*. Disponível em <http://www.merriam-webster.com/dictionary/resilience>
- Miller, J., Zhubrak, M., Giovinco, N. A., Mills, J. L., & Armstrong, D. G. (2014). The too few toes principle: A formula for limb-sparing low-level amputation planning. *Wound Medicine*, 4, 37-41. doi:10.1016/j.wndm.2014.02.001
- Morse, J. M. (2007). Emergindo dos dados. Os processos cognitivos de análise na investigação qualitativa. In J. M. Morse, *Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Oliveira, A. (2010). *Resiliência para principiantes*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 28(4), 437-453.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Enfermagem em Portugal: 10 anos 1998-2008. Pela qualidade da saúde*. Lisboa: Autor. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/brochura_10anos2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *O enfermeiro do trabalho na gestão de saúde ocupacional*. Lisboa: Autor.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo Editora.

- Pantera, E., Pourtier-Piotte, C., Bensoussan, L., & Coudeyre, E. (2014). Patient education after amputation: Systematic review and experts' opinions. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(3), 143-158. doi: 10.1016/j.rehab.2014.02.001
- Pedrinelli, A. (2004). *Tratamento do paciente com amputação*. São Paulo: Roca Edições.
- Penn-Barwell, J. G. (2011). Outcomes in lower limb amputation following trauma: A systematic review and meta-analysis. *Injury*, 42(12), 1474-1479. doi: 10.1016/j.injury.2011.07.005
- Pereira, V. L. (2012). *Doente submetido a amputação do membro inferior: O enfermeiro de reabilitação no processo de transição* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9338>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Lidel.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (7a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. São Paulo: Artmed.
- Pollard, E., & Lee, P. (2003). Child well-being: A systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 61(1), 59-78. doi:10.1023/A:1021284215801
- Rabkin, J. G., Remien, R., Katoff, L., & Williams, J. B. (1993). Resilience in adversity among long-term survivors of AIDS. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2), 162-167. doi:10.1176/ps.44.2.162
- Ralha-Simões, H. (2017). *Resiliência e desenvolvimento pessoal: Novas ideias para compreender a adversidade*. Lisboa: Papa-Letras.
- Regulamento n.º 124/2011*, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 35. Série II.
- Regulamento n.º 188/2015*, de 22 de abril. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Diário da República. 78. Série II.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 27(3), 547-548.
- Rice, V., & Liu, B. (2016). Personal resilience and coping with implications for work. Part I: A review. *Work (Reading, Mass.)*, 54(2), 325-333. doi:10.3233/WOR-162300

- Robertson, H. D., Elliott, A. M., Burton, C., Iversen, L., Murchie, P., Porteous, T., & Matheson, C. (2016). Resilience of primary healthcare professionals: A systematic review. *British Journal of General Practice: Journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(647), e423-e433. doi:10.3399/bjgp16X685261
- Robinson, V., Sansam, K., Hirst, L., & Neumann, V. (2010). Major lower limb amputation – what, why and how to achieve the best results. *Orthopaedics and Trauma*, 24(4), 276-285. doi:10.1016/j.mporth.2010.03.017
- Rolim, D., Sampaio, S., Gonçalves-Dias, P., Almeida, P., Almeida-Lopesa, J., & Teixeira, J. F. (2015). Mortalidade depois da amputação. *Angiologia e Cirurgia Vascular*, 11(3), 166-170. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v11n3/v11n3a06.pdf>
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience-clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x
- Sabino, S. M., Torquato, R. M., & Pardini, A. C. (2013). Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiátrica*, 20(4), 224-228. doi:10.5935/0104-7795.20130037
- Sales, L. M., Leite, R. F., Coura, A. S., & Muniz, C. M. (2012). Repercussões psicossociais da amputação: Concepções de pessoas que as vivenciam. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 4(4), 315-326.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3a ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Santiago, E. S., Souza, E. O., Lacerda, M. C., & Penteado, P. Q. (2008). Da perda à superação: A vivência do conceito de resiliência em mulheres que perderam seus companheiros. *Revista OMNIA Saúde*, 5(2), 68-91.
- Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B., & Schmidt, S. (2016). Resilience, risk, mental health and well-being: Associations and conceptual differences. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(5), 459-466. doi:10.1007/s00787-016-0851-4
- Schwartz, J. A., Schaper, P. E., Moonen, D. J., & McDaniel, J. S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41(2), 140-146. doi:10.1176/appi.psy.41.2.140
- Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I., & Vieira, C. (2012). Beyond the body image: A qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 26(2), 180-190. doi:10.1177/0269215511410731
- Seren, R., & De Tilio, R. (2014). As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 64-78. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v15n1/v15n1a06.pdf>

- Shakespeare-Finch, J., Gow, K., & Smith, S. (2005). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, *11*(4), 325-334. doi:10.1177/153476560501100410
- Sherrieb, K., Norris, F. H., & Galea, S. (2010). Measuring capacities for community resilience. *Social Indicators Research*, *99*(2), 227-247. doi:10.1007/s11205-010-9576-9
- Siebert, A. (2005). *The resiliency advantage: Master change, thrive under pressure, and bounce back from setbacks*. Londres: Berrett-Koehler Publishers.
- Silva, S. E., Padilha, M. I., Rodrigues, I. L., Vasconcelos, E. V., Santos, L. M., Souza, R. F., & Conceição, V. M. (2009). Meu corpo dependente: Representações sociais de pacientes diabéticos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *63*(3), 404-409. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a09v63n3.pdf>
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, *6*(6), 1231-1239.
- Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, *15*(2), 303-311. Disponível em https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1982-volume_14-15/JFP_1982-08_v15_i2_validity-and-reliability-of-the-family-a.pdf
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012a). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. New York: Cambridge University Press.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012b). The science of resilience: Implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, *338*(6103), 79-82. doi: 10.1126/science.1222942
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*. doi:10.3402/ejpt.v5.25338
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sullivan, K. A., Kempe, C. B., Edmed, S. L., & Bonanno, G. A. (2016). Resilience and other possible outcomes after mild traumatic brain injury: A systematic review. *Neuropsychology Review*, *26*(2), 173-185. doi:10.1007/s11065-016-9317-1
- Takviriyannun, N. (2008). Development and testing of the Resilience Factors Scale for Thai adolescents. *Nursing & Health Sciences*, *10*(3), 203-208. doi:doi:10.1111/j.1442-2018.2008.00398.x
- Tavares, M. C. (2013). *Imagem corporal*. São Paulo: Manole.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Thompson, E. (2002). The Lazarus phenomena: An exploratory study of gay men living with HIV. *Social Work in Health Care*, 37(1), 87-114. doi:10.1300/J010v37n01_05
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. In S. M. Southwick, B. T. Litz, D. Charney & M. J. Friedman (Eds.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 30-44). New York: Cambridge University Press. Disponível em http://assets.cambridge.org/97805218/98393/frontmatter/9780521898393_frontmatter.pdf
- Ungar, M. (2015). Practitioner review: Diagnosing childhood resilience: A systematic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(1), 4-17. doi: 10.1111/jcpp.12306
- Vaccari, V. L. (2012). Resiliência e bullying: A possibilidade da metamorfose diante da violência. *Mundo Saúde*, 36(2), 311-317. doi:10.15343/0104-78092012362311317
- Vaz, I. M., Roque, V., Pimentel, S., Rocha, A., & Duro, H. (2012). Caracterização psicossocial de uma população portuguesa de amputados do membro inferior. *Acta Médica Portuguesa*, 25(2), 77-82.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vilelas, J., Lucas, I., Silva, I. S., Nunes, A. P., & Neves, I. C. (2013). Escala de Fatores de Resiliência de Takviriyannun: Propriedades psicométricas da versão portuguesa. *Pensar Enfermagem*, 17(1, 1º sem.), 2-16. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_2_16.pdf
- Walsh F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137. doi:10.1111/j.1741-3729.2002.00130.x
- Wang, J. L., Zhang, D. A., & Zimmermann, M. A. (2015). Resilience theory and its implications for Chinese adolescents. *Psychology Rep*, 117(2), 354-375. doi: 10.2466/16.17.PR0.117c21z8.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Sage Press.
- Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins?. *Applied Psychology*, 56(3), 417-427. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89. doi:10.2307/2136504

- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2008). Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 9-17. doi:10.1037/0090-5550.53.1.9
- World Health Organization. (2001). *The role of the occupational health nurse in workplace health management*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em <http://www.who.int/oeh/OCHweb/OCHweb/OSHPages/OSHDocuments/ROs/EURO/Nursing.pdf>
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Geneva: Autor. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823>
- World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorder: Effective interventions and policy options*. Geneva: Autor. Disponível em https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- World Medical Association. (2016). WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. Disponível em: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Ziegler-Graham, A., Mackenzie, E. J., Ephraim, P. L., Trivison, T., & Brookmeyer, O. (2008). Estimating the prevalence of limb loss in the United States 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(3), 422-429. doi:10.1016/j.apmr.2007.11.005

APÊNDICES

Apêndice A

Instrumento de recolha de dados

Questionário:

1 - Qual a sua idade?

2 - Género:

Feminino Masculino

3 - Qual o seu nível de escolaridade completo?

- 1.º Ciclo
- 2.º Ciclo
- Ensino Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

4 - Estado Civil

Solteiro/a Casado/a União de facto Viúvo/a Divorciado/a

5 - Há quanto tempo está amputado?

6 - Quais as causas que tiveram na origem da sua amputação?

7 - Como teve conhecimento da necessidade de amputação?

8 - Quais são os sentimentos que mais tem sentido durante este internamento?

9 - Quais são as suas principais preocupações neste momento (uma vez que teve necessidade de ser amputado)?

10 - No conjunto de questões que se segue assinale (com um x) a resposta que mais se adequa à sua opinião.

	Quase Sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.			

Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

11 - A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A** se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E

6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

12 - Nas afirmações que lê a seguir coloque uma cruz (X) na opção de resposta mais adequada à sua opinião.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Sou, geralmente calmo e paciente				
Não desisto duma tarefa até terminá-la				
Sou responsável pelos meus comportamentos.				
Faço a gestão e o controlo dos meus comportamentos				
Resolvo problemas em diversos contextos.				
Respeito-me a mim e aos outros.				
Sou confiante, otimista e tenho esperança.				
Sou uma pessoa que planeia bem as coisas.				
Preparo-me para lidar com o que pode interferir com a obtenção dos meus objetivos.				
Sinto empatia pelos sentimentos das outras pessoas.				
Encaro os acontecimentos com humor.				
Tenho pessoas que me apoiam.				
Tenho pessoas na família em quem posso confiar.				
Tenho pessoas fora da família em quem posso confiar.				
Tenho recursos disponíveis, com que posso contar.				
Tenho uma família e comunidade, que são estáveis				

Tenho pessoas que reconhecem quando faço coisas corretas				
Tenho pessoas que me servem de modelo.				
Sinto-me limitado quando procuro apoio.				
Tenho pessoas que me encorajam a ser independente.				
Sinto que a maioria das pessoas gosta de mim				

Escala “The Resilience Factors Scale” (RFS) de Takviriyannun (2008), para a população portuguesa.

Muito obrigada pela colaboração!

A sua participação foi fundamental para o sucesso desta investigação!

Apêndice B

Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Apresentação do Estudo e Inquérito

As perguntas que fazem parte do questionário, em anexo, para o qual solicitamos a sua colaboração, destinam-se a obter dados que vão ser utilizados na dissertação de mestrado que me encontro a realizar intitulada “Fatores relacionados com a resiliência na pessoa amputada dos membros inferiores”. Trata-se de um estudo que tem por objetivo analisar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, as variáveis contextuais da amputação e as de contexto familiar e a resiliência em pessoas com amputação dos membros inferiores.

As respostas são anónimas e confidenciais não trazendo qualquer prejuízo ou benefício para si. As perguntas estão relacionadas com vários aspetos da sua saúde e tem o direito de não responder, podendo desistir da realização do questionário que se segue a qualquer momento e sem ter que prestar qualquer explicação para a desistência.

O referido inquérito fará parte do Trabalho Académico de Investigação no âmbito do 2o ano do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro/ Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, e é da responsabilidade da investigadora abaixo identificada:

Ricardina Sofia Ribeiro de Sousa Nunes – Enfermeira, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do CHP e Aluna do 2o ano do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro/ Universidade do Minho – Escola Superior de Enfermagem de Vila Real.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Termo de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, fui informado de que estudo de investigação acima mencionado se destina a analisar a resiliência na pessoa amputada.

Sei que neste estudo está prevista a realização de um questionário tendo-me sido explicado, pela investigadora, em que consiste.

Foi-me garantido que todos os dados relativos a identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive a oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no estudo

Data

__/__/__

Assinatura

Nome do Investigador Responsável

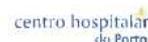
Data

__/__/__

Assinatura

Apêndice C

Parecer da Comissão de Ética do Hospital



Exma. Sra. Enf.ª Ricardina Nunes
Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado - “Fatores relacionados com a resiliência na pessoa amputada dos membros inferiores” – N/ REF.ª 2018.003(002-DEFI/002-CES)

O Conselho de Administração do CHP autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enf.ª Ricardina Nunes.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Gabinete Coordenador de Investigação, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

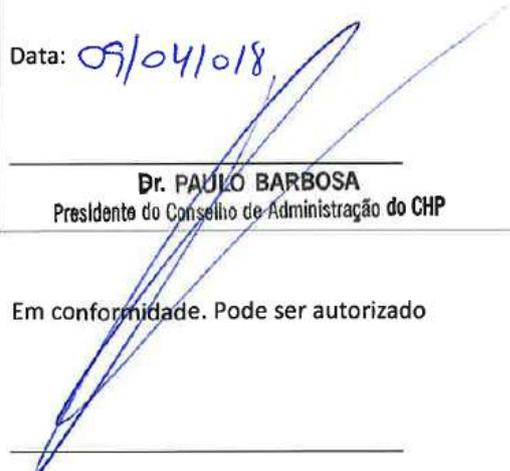
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
12.04.2018

Dr. PAULO BARBOSA Presidente	Dr.ª ÉLIA GOMES Vogal Executiva
Prof. Doutor JOSÉ BARROS Diretor Clínico	Dr. RUI PEDROSO Vogal Executivo
Enf.ª EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor	

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - Mestrado

Título: "Fatores relacionados com a resiliência na pessoa amputada dos membros inferiores"	Ref.º: 2018.003(002-DEFI/002-CES)
	Investigador: Enf.ª Ricardina Nunes Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

<p>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: 5/4/2018</p> <p> EDUARDO ALVES Enfermeiro Diretor</p>	<p>PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data: 09/04/18</p> <p> Dr. PAULO BARBOSA Presidente do Conselho de Administração do CHP</p>
---	--

Em conformidade. Pode ser autorizado

CHP - C. GESTÃO DEFI
ANTÓNIO MANUEL SILVA, Hora 12:45
Enf. Supervisor 03.04.2018
N.º Ordem 16058 Ass.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 21.3.2018	Órgão: Reunião Plenária
-------------	-----------------	-------------------------

Título: "Fatores relacionados com a resiliência na pessoa amputada dos membros inferiores"		Ref.ª: 2018.003(002-DEFI/002-CES)
Protocolo/Versão: TA-Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador / Local Dr. Ricardina Nunes Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculuar - CHP

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TA-Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora ~~María Manuel Araújo Jorge~~, Dr. Gonçalo Senhorães Senra.

Resultado da votação:

<p>PARECER FAVORÁVEL</p> <p>A deliberação foi aprovada por unanimidade.</p> <p>Pelo que se submete à consideração superior.</p> <p style="text-align: right;">Data 21.3.2018</p> <p style="text-align: right;">A Presidente da CES</p> <p style="text-align: right;"><i>Luisa Bernardo</i> Dr.ª Luisa Bernardo</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">PARECER FAVORÁVEL</div> <p style="font-size: 2em; margin: 0;">9/4/018</p> <p>Dr. SEVERO TORRES Assessor do Presidente do Conselho de Administração</p>
---	--

Apêndice D

Pedido de autorização aos autores das escalas

Re: Pedido autorização



Ricardina nunes

- > No dia 19/02/2018, às 11:16, José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt> escreveu:
- >
- > Caro colega
- >
- > Autorizo o uso da versao da ESSS que desenvolvemos para uso com a populacao portuguesa.
- >
- > Cordialmente
- >
- > José Luís Pais Ribeiro
- > jlpr@fpce.up.pt
- > mobile phone: (351) 965045590
- > web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>
- > ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>
- > ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications
- >
- >
- > _____
- > De: Ricardina nunes [ricardina9186@gmail.com]
- > Enviado: sexta-feira, 16 de Fevereiro de 2018 23:23
- > Para: José Luis Pais Ribeiro
- > Assunto: Pedido autorização
- >
- > Exmo. Sr. Doutor Pais Ribeiro,
- >
- > Encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e, no âmbito deste, estou a empreender a investigação “Fatores Relacionados com a Resiliência na Pessoa Amputada dos Membros Inferiores” que conta como instrumento de recolha de dados, com a Escala de Satisfação com o Suporte Social.
- > Estando certa da importância deste instrumento para o sucesso da minha investigação, serve o presente mail, para solicitar a permissão de V/ ex^a. Para o uso da referida escala.
- > Grata pela sua compreensão,
- >
- > Ricardina Nunes

Re: Pedido de autorização

No dia 17/02/2018, às 21:06, José Vilelas <jvilelas@esscvp.eu> escreveu:

Cara Sra Ricardina Nune

Serve o presente para informar que está autorizada a usar a Escala de Factores de Resiliência na sua investigação.

Desejo-lhe um ótimo trabalho

Com os melhores cumprimentos

José Vilelas PhD; MSc

Specialist in child and pediatric health nursing

Professor Coordenador
Diretor da Área de Ensino de Enfermagem

jvilelas@esscvp.eu
912549291/ 914565282

No dia 16 de fevereiro de 2018 às 23:32, Ricardina nunes <ricardina9186@gmail.com> escreveu:

Exmo. Sr. José Vilelas,

Na qualidade de mestranda da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e estando a realizar um projeto de investigação denominado “Factores Relacionados com a Resiliência na Pessoa Amputada dos Membros Inferiores” que tem como instrumento de recolha de dados a Escala The Resilience Factors Scale” (RFS) de Takviriyannun (2008), que V/ex^a. validou para a população Portuguesa em colaboração com Lucas, Dilva, Nunes e Neves (2013), venho, através do presente mail, solicitar a autorização de V/ Exa. para o uso da referida escala na minha investigação.

O Estudo que me encontro a realizar tem por objetivo dar resposta às seguintes questões de investigação: De que modo as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão) influenciam a resiliência da pessoa amputada nos membros inferiores? As variáveis contextuais da amputação dos membros inferiores influenciam a resiliência? De que modo as variáveis de contexto familiar interferem na resiliência em pessoas amputadas nos membros inferiores?

Certa da sua anuência ao meu pedido despeço-me com elevada consideração,

Ricardina Nunes