



Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica

- Curso de Licenciatura em Fisioterapia -

Monografia final de curso

O corpo da Fisioterapia

Um estudo fenomenológico sobre a experiência da deficiência física permanente

Autora: Ana Feio N.º 200390445

Orientador: Professor Artur Valentim



*Todos sofremos.
O mesmo ferro oculto
Nos rasga e nos estilhaça a carne exposta.
O mesmo sal nos queima os olhos vivos.
Em todos dorme
A humanidade que nos foi imposta.
Onde nos encontramos, divergimos.
É por sermos iguais que nos esquecemos
Que foi do mesmo sangue,
Que foi do mesmo ventre que surgimos.*

(José Carlos Ary dos Santos)

Índice

	Pág.
I. Resumo e palavras-chave.	1
II. Introdução.	2
III. Objecto e metodologia de estudo.	4
1. Problema de estudo.	4
2. Objectivos de estudo.	5
3. Relevância.	5
4. Metodologia.	6
4.1. Metodologia qualitativa.	7
4.2. Método fenomenológico.	8
4.3. Amostra.	9
4.4. Recolha de dados.	11
a) Pesquisa documental.	11
b) Entrevistas semi-estruturadas.	11
4.5. Análise de informação.	13
IV. Revisão de literatura.	14
1. A Fisioterapia nos cuidados de saúde.	14
2. Saúde/doença e dis/funcionalidade.	20
2.1. Modos de pensar a saúde/doença.	20
2.1.1. Percepções leigas de saúde/doença.	20
2.1.2. Definições institucionais/periciais de saúde/doença.	23
2.1.3. A fenomenologia da saúde/doença.	31
2.1.4. Modelos de referência de saúde/doença nos cuidados de saúde.	35
2.2. Funcionalidade, deficiência e incapacidade nos cuidados de saúde.	39
2.2.1. Saúde e dis/funcionalidade no pensamento pericial.	39
2.2.2. O modelo da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (I.C.I.D.H.).	44
2.2.3. Modelo social de incapacidade.	46

2.2.4. O modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (I.C.F.).	50
3. A deficiência física permanente.	56
3.1. Epidemiologia das deficiências em Portugal.	56
3.2. Deficiência e incapacidade como termos classificativos.	58
3.3. A experiência da pessoa com incapacidade.	60
3.4. O trabalho da Fisioterapia em pessoas com amputação.	62
V. Estudo qualitativo – Resultados.	66
1. A experiência vivida das pessoas com amputação.	66
1.1. Sra. Adelaide.	66
a) Análise ideográfica – Identificação das unidades de significado.	66
b) Análise nomotética – Construção de temas e categorias de análise.	70
1.2. Sr. Machado.	70
a) Análise ideográfica – Identificação das unidades de significado.	71
b) Análise nomotética – Construção de temas e categorias de análise.	73
2. O “olhar” dos fisioterapeutas sobre os seus utentes com amputação.	74
a) Identificação dos problemas dos utentes.	74
b) Fundamentos da acção terapêutica.	75
c) Relação terapêutica.	77
d) Relevância da intervenção na condição de saúde.	78
e) Deficiência física permanente e incapacidade.	78
f) Saúde.	79
g) A natureza/finalidade da Fisioterapia.	79
VI. Discussão.	81
a) Objecto de intervenção da Fisioterapia.	81
b) Fundamentos e finalidade da Fisioterapia.	83
c) Consideração da experiência subjectiva.	85
d) Deficiência, incapacidade e sua relação.	86
e) Saúde, doença e funcionalidade	88

f) Relação do “Eu” com o problema de saúde e com os “outros”	90
VII. Conclusão.	94
VIII. Agradecimentos.	97
IX. Referências bibliográficas.	98
X. Anexos.	110
Anexo 1 – Guião das entrevistas aos fisioterapeutas.	111
Anexo 2 – Guião das entrevistas aos utentes.	112
Anexo 3 – Definições institucionais/periciais e abordagem experiencial de saúde.	113
Anexo 4 – a) Conceitos constituintes do modelo I.C.I.D.H., da O.M.S., de 1980.	115
b) Esquema representativo do modelo I.C.I.D.H. da OMS, de 1980.	115
c) Descrição das componentes do modelo I.C.I.D.H., da O.M.S., de 1980.	116
Anexo 5 – Conceitos constituintes do modelo social.	117
Anexo 6 – a) Visão geral do modelo I.C.F., da O.M.S., de 2001.	118
b) Descrição das componentes do modelo I.C.F., da O.M.S., de 2001	119
c) Esquema representativo do modelo I.C.F. da O.M.S., de 2001 e a sua relação com a experiência subjectiva.	121
Anexo 7 – Causas das deficiências segundo I.N.I.D.D.	122
Anexo 8 – Tipos de deficiências por grupos etários de acordo com o I.N.I.D.D.	123
Anexo 9 – Deficiências físicas por grupo etário segundo o I.N.I.D.D.	124
Anexo 10 – Modos de ajustamento à doença crónica.	125
Anexo 11 – Fases do processo de reabilitação de pessoas com amputação.	126
Anexo 12 – Objectivos da reabilitação pré-prótesica e pós-prótesica	127
Anexo 13 – Pedido de autorização para a realização das entrevistas.	129
Anexo 14 – Termo de consentimento informado.	131
Anexo 15 – Entrevista 1: Sra. Adelaide.	133
Anexo 16 – Entrevista 2: Sr. Machado.	147
Anexo 17 – Entrevista 1: Fisioterapeuta Aurora.	158
Anexo 18 – Entrevista 2: Fisioterapeuta Natália.	167



I. Resumo

Contexto: Os conceitos de *saúde/doença*, *funcionalidade*, *deficiência* e *incapacidade* assumem um papel central no trabalho da Fisioterapia, e são invocados para justificar a sua autonomia nos cuidados de saúde. Estes conceitos têm estado ao longo do tempo sujeitos a definições distintas no campo dos cuidados de saúde, variabilidade justificada pelo seu relacionamento com as diferentes dimensões da pessoa, o seu contexto existencial e de vida. Esta diversidade tem impacto na Fisioterapia e está presente na relação entre os modelos cognitivos sustentados no processo de educação e a sua aplicação em contextos organizacionais distintos

Objectivos: Comparar as concepções que fisioterapeutas e seus utentes apresentam relativamente aos conceitos de *saúde/doença*, *funcionalidade*, *deficiência* e *incapacidade*.

Método: O estudo foi organizado com base numa metodologia qualitativa com abordagem fenomenológica de forma a analisar o modo como profissionais e leigos se relacionam com os conceitos centrais que os ligam, com base na partilha da experiência vivida desses mesmos conceitos.

Conclusões: Este estudo revela a diversidade de concepções de saúde, funcionalidade e incapacidade entre profissionais de saúde. Revela igualmente que os fisioterapeutas baseiam a sua intervenção numa abordagem individualista e de ajustamento normativo dos seus utentes seguindo os modelos biomédico e biopsicossocial. O modelo holista encontra-se ausente na abordagem dos fisioterapeutas, revelando-se nos relatos da experiência vivida dos utentes.

Palavras-chave: Fisioterapia; saúde/doença; modelos de incapacidade; funcionalidade; deficiência física permanente; experiência da incapacidade.



II. Introdução

A Fisioterapia é um ramo dos cuidados de saúde que tem como propósito o estudo, avaliação, prevenção e tratamento de distúrbios do movimento humano, decorrentes de alterações em órgãos e sistemas humanos. Actua nas mais diversas áreas com procedimentos, técnicas, metodologias e abordagens específicas com o objectivo de minimizar e prevenir as mais variadas disfunções.

Subjacentes a esta prática encontram-se variados conceitos como os de *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade*, que formam o “núcleo duro” do que constitui a profissão na actualidade. No entanto, apesar dos esforços verificados para providenciar definições padronizadas destes conceitos, não se assiste ao estabelecimento de definições universais inquestionáveis, uma vez que estes conceitos continuam a definir-se não como estados ou condições estáveis, mas como conceitos sujeitos a constante avaliação e mudança.

Do mesmo modo que o corpo humano é essencial para o desenvolvimento da identidade das pessoas, os conceitos assumidos como centrais na prática da Fisioterapia são fundamentais para o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio ao grupo e que o distingue das outras profissões de saúde. Assim, *O corpo da Fisioterapia* visa explorar o modo como estes conceitos são pensados e aplicados na prática profissional do grupo.

A ideia deste trabalho surgiu primeiramente por ser um tema pelo qual tenho vindo a desenvolver ao longo do curso, grande interesse e também por ser uma área bastante difusa, em que os conceitos que lhe dão forma adquirem um carácter de abstracção eminente. Por outro lado, tem-se a noção de que estes conceitos são cruciais para a identidade da Fisioterapia, ouvindo-se frequentemente no seio da profissão que os fisioterapeutas ‘não tratam da doença, mas das consequências (funcionais) da doença’.

Neste sentido, o presente trabalho foi organizado metodologicamente como um estudo de carácter qualitativo com abordagem fenomenológica, com o fim de mostrar as formas de compreender e experienciar os conceitos em estudo.

O trabalho encontra-se organizado em quatro partes essenciais: uma primeira parte relativa ao objecto e metodologia de estudo; uma segunda referente ao desenvolvimento



teórico de alguns temas de relevo – o desenvolvimento da Fisioterapia no campo dos cuidados de saúde, concepções de saúde/doença, dis/funcionalidade e deficiência física permanente – uma terceira parte que compreende os resultados obtidos no estudo qualitativo; e por fim, a última parte que envolve uma análise comparativa entre os resultados obtidos e os dados recolhidos na revisão de literatura, de forma a denotar a relevância deste estudo para o grupo profissional da Fisioterapia.

III. Objecto e metodologia de estudo

1. Problema de Estudo

O problema em estudo no presente trabalho nasceu das interrogações surgidas durante a experiência vivida em diversos contextos terapêuticos ao longo destes 4 anos, em que estagiei em diversas valências constituintes das actividades da Fisioterapia. Assim, fui verificando que:

ζ Os conceitos de *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade* são conceitos centrais na prática da Fisioterapia, invocados inclusivamente para justificar a sua autonomia perante outras profissões de saúde. Porém, estes conceitos recebem definições distintas ao longo do tempo tanto entre profissionais de saúde e leigos como entre os próprios profissionais de saúde, não se verificando quer o consenso quer a clarificação das significações desses mesmos conceitos;

ζ Mesmo com a padronização conceptual do que é *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade* em sistemas classificativos periciais, continuam a coexistir diversos modelos cognitivos que procuram orientar a prática dos profissionais com base naqueles conceitos;

ζ O modo como os conceitos são tratados nos cuidados de saúde, e como a Fisioterapia se apropria dos mesmos na sua prática clínica, influencia o tipo de prática que os fisioterapeutas providenciam, afectando consequentemente a resposta das pessoas com incapacidade à sua condição de saúde;

ζ Alguns estudos relacionados com as concepções que os fisioterapeutas partilham em relação à natureza do seu trabalho e em relação àqueles conceitos centrais, mostram como os diferentes modelos cognitivos, com a aplicação em contextos organizacionais distintos, interferem directamente na percepção e consequente facilitação/inibição do processo terapêutico. ⁽¹⁻³⁾

ζ As pessoas que adquirem uma deficiência física permanente, vêem-se numa situação limite de disrupção corporal com impacto assinalável na sua identidade pessoal que se

projecta na sua experiência de vida, podendo, por isso, apresentar significados distintos relativamente a estes conceitos consoante o seu percurso de vida e a interpretação pessoal do acontecimento. Dispondo sempre os profissionais de saúde de um papel influente na gestão dos percursos de vida destas pessoas, parece-nos nesta medida que constituem casos empíricos de relevo para analisar como estes conceitos se apresentam em fisioterapeutas e nos seus utentes.

2. Objectivos de estudo

A Fisioterapia dirige-se a pessoas que procuram a sua ajuda e o seu objectivo passa por tratá-las exactamente como pessoas e não como meros objectos de intervenção. Assim sendo, é essencial comparar as concepções que as pessoas que recorrem à Fisioterapia e os seus profissionais têm em relação aos conceitos centrais que implícita ou explicitamente estão presentes no trabalho profissional.

O presente trabalho apresenta assim como principais objectivos:

- ζ Analisar concepções de *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade* adoptadas nos cuidados de saúde/reabilitação;
- ζ Analisar concepções de *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade* adoptadas pelos fisioterapeutas relativamente a pessoas com deficiência física permanente;
- ζ Mostrar como as pessoas com deficiência física permanente experienciam a *saúde, a doença, a funcionalidade, a deficiência e a incapacidade*;
- ζ Salientar a importância para a Fisioterapia da gestão dos conceitos de *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade*.

3. Relevância

A Fisioterapia tem-se desenvolvido como profissão na base de um crescimento educativo, formativo e intelectual com vista não apenas a dominar técnicas de trabalho, mas também a fazê-lo num quadro de fundamentação em termos de paradigmas, teorias, princípios

e conceitos que lhe permitem responder às exigências do desenvolvimento dos cuidados de saúde.

Ao estudarmos a evolução da profissão e as reivindicações que a elite do grupo tem feito a nível mundial, constata-se que a base das estratégias assentam na reivindicação de um campo teórico e conceptual autónomo e específico da profissão. É neste sentido que na literatura de autores de referência dentro da profissão se aponta a necessidade da mesma se pensar de forma distintiva ao modelo biomédico, e para esse efeito tem-se analisado a pertinência para a profissão de quadros conceptuais de referência alternativos. Na procura deste campo autónomo, autores de referência ⁽⁴⁻⁷⁾ tem chamado a atenção para a importância dos conceitos centrais que conduzem o trabalho dos profissionais de saúde, tais como os conceitos de *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade*, alertando igualmente para uma reflexão acerca do modo como os profissionais podem participar na procura desse campo conceptual autónomo. É neste quadro de desvinculação do “tarefismo” executivo que alguns autores têm dito que a Fisioterapia é uma profissão da incapacidade. ^(8,9) No entanto este propósito de dotar a Fisioterapia com um corpo de conhecimentos próprio conduz à procura de estabilizar um domínio conceptual entendido como o que assegura a unidade e coerência ao desenvolvimento da profissão. Daqui que trabalhos que se dirijam à reflexão sobre os modos de pensar (d)a profissão possam contribuir para este desafio colectivo que hoje se coloca à Fisioterapia

4. Metodologia

A problemática do estudo e os objectivos delineados requerem a utilização de uma metodologia qualitativa.

De facto, o propósito do estudo é analisar concepções de *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade* em torno do trabalho de fisioterapeutas com pessoas com amputação. Verificou-se que apesar do esforço de estabilização conceptual destes termos nos cuidados de saúde, os mesmos estão presentes no quotidiano dos fisioterapeutas, embora com significados distintos, o que se retira das diferentes abordagens que os fisioterapeutas fazem ao seu trabalho. Por outro lado, estas noções não são exclusivas dos profissionais e são também utilizadas pelas pessoas que procuram a sua ajuda. Assim, este estudo assume dois objectivos que exigem a utilização de uma metodologia qualitativa – é um



estudo sobre concepções, visões, ideias, modos de dar significado a acções, e é um estudo que procura analisar a variedade destas concepções do ponto de vista dos próprios, no caso, fisioterapeutas e seus utentes. O estudo sustenta-se, assim, na consideração de que não há uma realidade “objectiva” sobre o seu objecto de estudo, mas há diferentes perspectivas em relação ao que é cuidar da saúde das pessoas.

O objecto de estudo é, deste modo, compreender significados. Pode julgar-se que sendo um trabalho sobre “concepções” incide sobre um domínio de especulação abstracta de conceitos. Como se verificará, contornou-se este eventual tipo de estudo porque se combateu a hipótese do “estudo de ideias” e em alternativa definiu-se como um “estudo de modos de experienciar”. Neste sentido, procurou-se que o estudo analisasse o modo como profissionais e leigos se relacionam com os conceitos centrais que os ligam, mas com base na sua experiência vivida em comum. Daí que se tivesse organizado teórica e metodologicamente o trabalho como um estudo fenomenológico.

4.1. Metodologia qualitativa

É sobejamente aceite que para compreender e responder às múltiplas facetas sociais e físicas da saúde e da doença, os métodos de investigação devem ser capazes de explorar a complexidade do comportamento humano para além do espectro dos dados quantitativos e dos modelos experimentais, apresentando-se a metodologia qualitativa como uma didáctica adequada para responder a questões relacionadas com as perspectivas dos indivíduos, o significado atribuído a uma experiência ou fenómeno particular, o impacto dos factores contextuais e com a complexidade das interacções.

A investigação qualitativa pretende compreender o mundo em que vivemos e o porquê das coisas serem como são. Preocupa-se com os aspectos sociais do mundo e procura responder a questões como: Que atitudes e opiniões são formadas pelas pessoas? Como é que as pessoas são afectadas pelos eventos que ocorrem à sua volta? Nos estudos qualitativos o foco de atenção está no significado e na experiência. O modo através do qual as pessoas interagem e conseqüentemente constroem o seu mundo social é variável e específico consoante o contexto. A ênfase neste tipo de investigação é na captura aprofundada de factos significativos do mundo social. A assunção inerente a este método de investigação denota a necessidade de compreender os indivíduos na sua totalidade e no seu contexto situacional.



Os dados qualitativos são descritivos, únicos a um contexto particular e desse modo não podem ser generalizados. A investigação qualitativa toma como ponto de partida o facto de que a realidade é socialmente construída por cada indivíduo e deve ser interpretada em vez de medida, sendo que a sua compreensão não pode ser separada do contexto. Consequentemente, não existem descrições padronizadas em estudos qualitativos pelo facto de cada um deles ser único, variando de acordo com as pessoas envolvidas, o foco de pesquisa específico e os acontecimentos que possam ocorrer. ⁽¹⁰⁻¹³⁾

Existem variados modos de efectuar um estudo de carácter qualitativo. No entanto todos eles têm em comum alguns pontos fundamentais, a saber: o contexto natural (isto é, não propositadamente forjado para o estudo investigacional como acontece, por exemplo, na investigação laboratorial) constitui a fonte dos dados; ocorre uma análise indutiva dos dados e com atenção às singularidades; o estudo focaliza-se nas perspectivas dos participantes e nos seus significados; o texto (a palavra) é o objecto de trabalho a partir do qual se efectua a análise empírica; o investigador exerce um papel crucial na produção de conhecimento; as relações entre investigador e participantes estão sempre presentes nos resultados da investigação. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

4.2. Método fenomenológico

Fundando-se o estudo numa abordagem fenomenológica, sustenta-se numa perspectiva teórica fenomenológica e consequentemente no método fenomenológico.

A fenomenologia descreve o significado da experiência vivida pelas pessoas em torno dos fenómenos relacionados com a sua existência. É uma corrente filosófica surgida com Edmund Husserl na segunda metade do séc. XIX na Alemanha, e que se desenvolveu durante o séc. XX, tendo como protagonistas maiores Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty. ^(17,18) A fenomenologia visa analisar a experiência vivida do fenómeno. O termo “fenómeno” em fenomenologia não tem o significado que o mesmo adquire no discurso da ciência (experimental). Enquanto neste discurso o fenómeno é o que aparece “à luz”, na fenomenologia o fenómeno é o que aparece “à sua própria luz”. Neste sentido, a abordagem fenomenológica procura investigar a experiência subjectiva sob a convicção de que a “verdade” acerca da realidade é baseada na experiência vivida das pessoas, isto é, o mundo é visto a partir da relação entre a interacção e a percepção dos fenómenos. Deste modo, o



fenómeno é percebido como o resultado da interpretação da experiência vivida das pessoas tal como é apresentada, e não o que se possa pensar, ler ou dizer acerca da mesma. Consequentemente não se pode afirmar que existe uma única realidade “objectiva”, mas realidades múltiplas, de acordo com as experiências humanas.

A fenomenologia aceita, na sua cadeia de compreensão dos fenómenos, os relatos verbais das pessoas, a sua forma de pensar e a experiência de vida a que se reportam. Nesta medida, na análise fenomenológica o investigador acede à vivência do fenómeno através dos relatos da experiência subjectiva das pessoas. Ao estudar um fenómeno que inclui realidades múltiplas, o investigador está, muitas vezes, directamente envolvido em todo o processo, desde a recolha de dados até à interpretação dos mesmos, tendo que se tomar em conta o papel crucial que para este efeito tem a interpretação do investigador.

Não existe uma única perspectiva de análise fenomenológica. Assim, a fenomenologia descritiva assenta numa tentativa de estudar “as essências dos fenómenos tal como eles aparecem na consciência”, enquanto que os investigadores hermenêuticos se focam em “dimensões existenciais” das pessoas, na tentativa de exploração do sentido atribuído ao *self*, espaço, tempo, incorporação e às relações com os outros de modo menos essencialista. A análise fenomenológica interpretativa apresenta ainda outra variante hermenêutica de carácter mais ideográfico, que se foca no “ser” cognitivo, linguístico, afectivo e físico das pessoas.⁽¹⁹⁾ Apesar da variação de perspectivas de análise, muitos investigadores fenomenológicos advogam a existência de procedimentos semelhantes em todas elas.^(15,16,18) Estes incluem a recolha de descrições aprofundadas de pessoas que experienciaram o fenómeno em estudo, a abstracção e sumarização dos significados chave dos relatos e a sua consequente utilização como base para a interpretação das características essenciais do fenómeno em estudo.

4.3. Amostra

A amostra na metodologia qualitativa não segue o critério de representatividade estatística porque o propósito do estudo que serve não é medir mas compreender, não é encontrar causalidades mas mostrar os significados humanos. Consequentemente, não utiliza análises estatísticas mas a interpretação das palavras.



Neste sentido, a amostra no método qualitativo é sempre pouco numerosa e orientada. Concretamente, no estudo realizado foram escolhidos quatro casos – dois fisioterapeutas e seus utentes com amputação – com base nos critérios de tipicidade e conveniência. Conforme diz Flick, ⁽¹⁴⁾ na selecção dos casos típicos, o “bom informante” deve possuir os conhecimentos necessários e a experiência do assunto ou objecto em questão, para responder às perguntas da entrevista. Deve, do mesmo modo, ter a capacidade de reflexão e articulação, tempo para ser interrogado e disposição para participar no estudo. Uma vez que todas estas condições se encontrem preenchidas, o indivíduo tem todas as possibilidades de integrar o estudo. A conveniência tem que ver com a facilidade de acesso. Nos casos deste estudo havia conhecimento pessoal de uma instituição e uma referência de outra instituição.

Foi ainda estabelecido como critério que teria que existir uma relação entre fisioterapeutas e utentes, pelo que a escolha dos utentes a participar no estudo foi deixada ao critério dos fisioterapeutas entrevistados. Assim, os informantes do estudo são dois fisioterapeutas que desenvolvem a sua prática em organizações de saúde diferentes, e duas pessoas portadoras de deficiência física permanente (amputação) sob o seu cuidado.

Atendendo à natureza fenomenológica do estudo, um critério-chave no recrutamento dos informantes é terem uma forte relação experiencial com o fenómeno em estudo, ou seja, com a *saúde/deficiência/incapacidade*. Por esta razão foram escolhidas pessoas com deficiência física permanente. Estas sofrem uma disrupção radical na sua identidade pessoal, visto que uma lesão corporal extensa representa uma agressão grave ao *self*, sendo o seu impacto sentido nas diferentes dimensões da pessoa – física, comportamental, psicossocial, económica, etc. – bem como, na relação com o seu contexto existencial e de vida. Tal facto acarreta obrigatoriamente alterações e ajustamentos na vida diária dos indivíduos, sendo necessária a reorganização de todos estes factores integrantes da esfera individual. Deste modo, conceitos como *saúde, doença, funcionalidade, deficiência e incapacidade* sofrem igualmente alterações consoante a condição de saúde das pessoas, sendo importante observar como as pessoas se sentem, avaliam e interpretam à luz desse mesmo contexto existencial e de vida. ^(20,21)

Finalmente, a escolha de pessoas com amputação justifica-se ainda na medida em que possibilita a análise do peso que os fisioterapeutas dão à condição biológica nas concepções em estudo.



4.4. Recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizadas a pesquisa documental e as entrevistas semi-estruturadas com abordagem fenomenológica, com recurso a dois tipos de entrevista – a entrevista narrativa e a entrevista episódica.

a) Pesquisa documental

No que concerne à pesquisa em livros e artigos, os critérios de inclusão dizem respeito à presença de informação pertinente sobre *saúde/doença, funcionalidade, deficiência física permanente, incapacidade, Fisioterapia e amputação*, podendo a mesma ser de carácter qualitativo ou quantitativo. Os *abstracts* foram o único critério de exclusão considerado.

A recolha de informação bibliográfica foi efectuada entre o período de Novembro de 2006 e Outubro de 2007, recorrendo à biblioteca da Universidade Atlântica, à base de dados da Organização Mundial de Saúde, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Hinari e Pedro, utilizando as seguintes palavras-chave:

- Health/Illness/Disease
- Impairment/Disability/Handicap
- Health classification schemes
- Functioning/Functionality
- Physiotherapy/Physical Therapy
- Amputation/Amputees

b) Entrevistas semi-estruturadas

Através da entrevista pode explorar-se o modo de pensar dos indivíduos e recolher relatos da sua experiência com o fenómeno em estudo. As entrevistas permitem capturar o detalhe das perspectivas e experiências dos indivíduos. As respostas pessoais espontâneas providenciam compreensão aprofundada do seu modo de pensar, processo de raciocínio clínico e da postura profissional que assumem. ⁽²²⁾



Os estudos fenomenológicos compatibilizam-se com entrevistas em profundidade e entrevistas semi-estruturadas. Optou-se por este último tipo de entrevista. Neste sentido, o guião foi formulado de modo suficientemente aberto para permitir aos informantes o relato do seu ponto de vista – a experiência do fenómeno. A entrevista contém uma estruturação mínima de perguntas de modo a que os informantes se centrem no fenómeno em estudo. Deste modo, as perguntas “geradoras” da entrevista foram “Que concepções de incapacidade?”, “Que concepções de saúde?”, estas por sua vez colocadas de uma forma especificada por outras perguntas não-genéricas, mas aferidas ao mundo vivido dos informantes no que concerne ao fenómeno em estudo.

Não existe um único tipo de entrevista fenomenológica e neste estudo foi adoptada a entrevista narrativa para os utentes e a episódica para os fisioterapeutas. Deste modo, na entrevista narrativa, a entrevista basicamente consiste numa narrativa ou história. No início de uma entrevista desta natureza, são colocadas questões geradoras da narrativa, reportadas ao tópico do estudo e que têm a intenção de estimular a narrativa do entrevistado

No que respeita à entrevista episódica é feita uma distinção entre conhecimento semântico – mais geral e baseado em conceitos e relações entre os mesmos – e conhecimento episódico – baseado em memórias de situações concretas ligadas a circunstâncias concretas. A entrevista episódica permite o confronto entre conceitos mais gerais com as narrativas que os entrevistados apresentam acerca da prática do quotidiano no que concerne à saúde. ⁽²³⁾

Assim sendo, foram efectuados diferentes guiões a aplicar a fisioterapeutas e utentes. Aos fisioterapeutas elaborou-se um guião de entrevista episódica, (Anexo1) pelo facto de possuírem conceitos mais estruturados pelo saber formalizado de que desfrutam e que por conseguinte lhes dá a possibilidade de apresentarem um discurso mais elaborado que descodifica os conceitos em análise; para os leigos elaborou-se um guião narrativo (Anexo2) por apresentarem concepções de senso comum, naturalmente mais difusas sobre esses mesmos conceitos.

4.5. Análise de informação

O processo de interpretação da análise fenomenológica é indutivo, partindo da análise descritiva ideográfica para a abstracção da análise nomotética.

A análise ideográfica consiste na análise e interpretação separada de cada uma das descrições recolhidas. O primeiro passo desta análise consiste na descrição do texto obtido a partir das entrevistas. A descrição das mesmas deve relatar e expressar a experiência consciente dos informantes do estudo. O segundo passo baseia-se na redução fenomenológica assente numa crítica reflexiva dos conteúdos das descrições recolhidas e é efectuado primeiramente pela manutenção da descrição na sua forma original, na qual o investigador destaca excertos narrativos – *epoché* – com fim a analisar a experiência vivida, não permitindo que os seus conceitos pessoais ou teóricos interfiram no rigor da descrição. Seguidamente inicia-se a identificação dos dados significativos do discurso dos informantes – unidades de análise. O terceiro passo é constituído pela interpretação fenomenológica, que expressa o esforço do investigador para chegar à totalidade do fenómeno. O resultado final traduz a interpretação ou especificação do significado existencial, isto é, o significado do fenómeno que o sujeito experiencia.

Na análise nomotética, procura-se integrar as unidades de significado em temas e categorias mais amplas, revelando a convergência de perspectivas acerca do objecto em estudo. ⁽¹⁵⁾

Atendendo a que o discurso dos leigos é mais “caótico”, recorreu-se ao método de análise fenomenológica de Colaizzi na interpretação de texto. ^(24,25) Já no caso dos fisioterapeutas, cujo discurso é mais formalizado, seguiu-se um método de interpretação orientado pelos objectivos do estudo na análise nomotética de texto.



IV. Revisão de literatura

1. A Fisioterapia nos cuidados de saúde

A Fisioterapia como profissão/grupo ocupacional, com a individualidade e identidade que tem na actualidade, surgiu do desenvolvimento da medicina científica Ocidental no final do séc. XIX, facto pelo qual apresenta um estatuto fortemente associado à profissão médica e aos modelos conceptuais que dominam a prestação de cuidados de saúde nas sociedades modernas. ⁽⁴⁾ De facto, se escolhermos os casos dos Estados Unidos (EUA) e Grã-Bretanha como países de referência para ilustrar o percurso histórico da Fisioterapia como profissão, encontramos em ambos a sua dependência histórica da profissão médica, esta mesma gerada com a autonomia e dominância de que hoje dispõe a partir do séc. XIX. ^(26,27)

Assim, nos EUA, a constituição da profissão da Fisioterapia como profissão “aliada” nos princípios do séc. XX nasceu de uma confluência de interesses entre a especialização médica em Medicina Física – gerada pelos esforços da Associação Americana de Electroterapia e Radiologia – e os Cirurgiões Ortopédicos. Estes dois grupos, procuraram, em apoio ao estabelecimento da sua especialidade no interior da profissão médica, associar ao seu trabalho um grupo de mulheres assistentes, instruídas em massagem e exercício correctivo. Durante a I Guerra Mundial os cirurgiões ortopédicos do Exército recrutaram este grupo de mulheres como ajudantes auxiliares na Divisão de Cirurgia Ortopédica do Exército. Porém, estas mulheres acabaram por ser transferidas para a recém-formada Divisão de Reconstituição Física onde passaram a ser designadas por “ajudantes de reconstrução”. Este serviço era dirigido por um médico da Associação Americana de Electroterapia e Radiologia. Este episódio militar gerou o primeiro movimento histórico de associação da massagem com a electroterapia num grupo de mulheres que passou a partilhar um corpo de aptidões similares que serviu como o “núcleo duro” funcional de uma nova ocupação. Apesar do ímpeto inicial para a formação das “ajudantes de reconstrução” provir de cirurgiões ortopédicos, partiu de um médico fisioterapeuta da Associação Americana de Electroterapia e Radiologia, a ideia da formação de uma organização que representasse estas “ajudantes”. Em 1921, sob liderança de Mary Macmillan, 30 ajudantes e 6 médicos constituíram uma associação nacional – a *Associação Americana de Mulheres Fisioterapeutas* (AWPTA) que no ano seguinte mudou o seu nome para *Associação Americana de Fisioterapia* (APA) – para preservar o papel dos fisioterapeutas, que até à altura tinham provado o seu valor na nova componente de

reabilitação dos cuidados de saúde, associação esta, que tem até à actualidade servido as funções de uma organização profissional, no que toca às necessidades dos seus membros. ⁽²⁸⁾

Na Grã-Bretanha, no séc. XIX, assistiu-se ao aparecimento de um trabalho relacionado ao exercício físico exercido por imigrantes suecas, empregadas pelos membros da profissão médica para efectuar “massagens médicas”. Esta migração de massagistas suecas levou a que mulheres britânicas abarcassem este trabalho como alternativa, ou adicionalmente ao trabalho de parteiras e de enfermagem, conduzindo em 1894-5 à formação da *Society of Trained Masseuses*, tornando-se em 1900, na *Incorporated Society of Trained Masseuses*. O estabelecimento da Fisioterapia foi altamente facilitado pela guerra de 1914-18, quando inúmeros feridos de guerra necessitaram de cuidados prolongados. Com o aumento das taxas de sobrevivência a lesões incapacitantes, os cirurgiões passaram a confiar às massagistas o trabalho de reabilitação. Este aumento de confiança por parte da profissão médica nas massagistas, que por esta altura já tinham alargado o seu espectro de técnicas e tratamentos, resultou no aumento do reconhecimento público da profissão. Em 1920, o nome da associação foi alterado para *Chartered Society of Massage and Medical Gymnastics*, passando em 1944 a denominar-se *Chartered Society of Physiotherapy*, que passou a ser a interlocutora institucional do Estado com a profissão, desempenhando esse papel até à actualidade.

Com o balanço da experiência americana e britânica, no séc. XX mostrou-se a constituição da Fisioterapia como grupo profissional a partir de um processo que envolveu a constituição de uma associação representativa do grupo, a elevação dos critérios de ingresso pela exigência dos níveis de formação/educação e o controlo do mercado de trabalho do grupo pelos seus representantes, isto é, no séc. XX a Fisioterapia nestes países desenvolveu-se consideravelmente no sentido da profissionalização. ⁽²⁹⁾

Em Portugal, antes de surgirem os primeiros fisioterapeutas, a actividade na área da Fisioterapia era desempenhada por outras ocupações, sendo que as referências mais antigas reportam a um Diário do Governo de 1901 (N.º 293 de 27/12/1901). De notar ainda, que durante 1903, os médicos reclamaram para si o título de fisioterapeuta, em consequência do Decreto-Lei n.º 28794, de Julho de 1938, que regulamentava o acesso a funções no âmbito da Fisioterapia, processo este, que apresenta analogia com o caso americano, onde nessa época, aquilo que hoje se designa como a especialidade médica de Medicina Física e de Reabilitação, detinha o nome de Fisioterapia. ⁽²⁷⁾

A atribuição oficial do título profissional de “fisioterapeuta” surge em 1966. Título a que passaram a ter acesso os diplomados pela Escola de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. O aparecimento dos primeiros fisioterapeutas decorreu da necessidade de formar adequadamente pessoal técnico especializado, para dar resposta às necessidades criadas pela guerra colonial. Na década de setenta, integrados na carreira de Técnicos Terapeutas (Decreto-Lei n.º 414/71), os profissionais passaram a sair das instituições e a envolverem-se no âmbito da prática privada. Em 1977, foi promulgado o Decreto-Lei n.º 87/77 de 30 de Dezembro, que criou a Carreira dos Técnicos Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica, onde se integraram os fisioterapeutas. No momento presente, mesmo depois da publicação do Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro, que permite ao fisioterapeuta assumir novas atitudes e responsabilidades, o controlo do processo de trabalho não está nas mãos do fisioterapeuta, visto o seu trabalho depender da profissão médica.⁽³⁰⁾

Como é que a Fisioterapia se reconhece actualmente como profissão?

Os meios fundamentais que integram a identidade da Fisioterapia encontram-se nas esferas de ordem política, educacional e do trabalho. Assim, nos países com maior grau de profissionalização o grupo dispõe de organizações representativas de diversa índole, que procuram ser interlocutores dos interesses dos membros da profissão junto do Estado e da sociedade, no sentido de obter o reconhecimento da sua capacidade em atender às necessidades de saúde da população, nos termos em que o próprio grupo as define. A Fisioterapia, como grupo ocupacional, na linha do que aconteceu com a profissão médica e com a profissão de enfermagem, tem desenvolvido uma reivindicação histórica para a concessão de uma autonomia no exercício da sua prática profissional consubstanciada em diferentes mecanismos de auto-regulação, através das quais encontra a viabilidade para assegurar a melhor qualidade na prestação dos seus serviços.

Neste sentido, a estratégia histórica da profissão (com poderes e capacidades distintas consoante o peso social que dispõe em cada país) articula o controlo do grupo nos domínios da educação e do trabalho, procurando que o Estado adopte legislação que lhe assegure o melhor posicionamento na divisão do trabalho e no mercado de serviços que presta. A valorização da formação/educação dos profissionais tem sido a estratégia seguida para valorização da profissão no mercado de trabalho. Daí que em todo o mundo a profissão concentre grande empenho nos requisitos que têm servido como fundadores de obtenção de

autonomia profissional, a saber: o desenvolvimento da profissão em torno de um corpo autónomo de conhecimentos obtidos numa formação/educação prolongada e articulado com um compromisso perante a sociedade expresso em códigos deontológicos, com vista a assegurar o trabalho com elevada competência e qualidade técnica e com um sentido ético salvaguardador da prossecução humanista do seu trabalho. ⁽³¹⁾ O estatuto da profissão decorre, por isso, deste quadro histórico-social que explica os conteúdos funcionais e a formalização jurídica naquilo que emerge como a natureza do trabalho profissional do grupo hoje em dia.

Em Portugal, a profissão tem descrito o seu conteúdo funcional no âmbito das profissões que integram a carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. De acordo com o Decreto -Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro – Capitulo II, sub capítulo I – artigo 5º, o fisioterapeuta “centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida”.

O desenvolvimento histórico da profissão conduziu à constituição, em 1951, da organização internacional que a representa a nível mundial, a *Confederação Mundial de Fisioterapia* (WCPT). De acordo com a mesma, a Fisioterapia é uma profissão de saúde praticada por fisioterapeutas qualificados e quando exigido pelo Estado ou pela legislação, apenas por fisioterapeutas registados e portadores de licença. Ainda segundo a WCPT, a Fisioterapia “providencia serviços a pessoas e populações para desenvolver, manter e/ou restaurar o máximo movimento e capacidade funcional ao longo de todo o ciclo de vida. Inclui a prestação de serviços em circunstâncias em que o movimento e a função se encontrem ameaçados pelo processo de envelhecimento, ou por dano ou doença. O movimento pleno e funcional está no centro do que significa ser saudável. A Fisioterapia tem o seu cerne na identificação e maximização do potencial de movimento, no seio das esferas da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e envolve a interacção entre fisioterapeutas, utentes, famílias e prestadores de cuidados nos processos de avaliação do potencial de movimento e no estabelecimento da concordância acerca dos objectivos, utilizando conhecimentos e aptidões únicos aos fisioterapeutas.” ⁽⁵⁾



Desta noção do que é a Fisioterapia, podemos concluir que:

- O fisioterapeuta é um profissional que se especializou no movimento humano com vista a promover a saúde e prevenir/tratar/reabilitar a doença, deficiência e incapacidade;

- O objectivo de trabalho da Fisioterapia é maximizar o potencial de movimento humano, porque “o movimento funcional e pleno está no centro do que significa ser saudável”.

Verifica-se assim, que a funcionalidade das pessoas encontra-se no cerne do pensamento e acção da Fisioterapia, na assunção de que funcionalidade significa saúde, sendo que estes dois conceitos constituem-se como referenciais centrais da profissão. Mas não são os únicos. Procurando responder à pergunta “o que é a Fisioterapia?”, três dos mais prestigiados académicos da Fisioterapia – Joy Higgs, Kathryn Refshauge e Elizabeth Ellis – fazem um levantamento de definições de Fisioterapia nos documentos das associações nacionais de maior relevo mundial – a americana, a australiana e a britânica – para concluírem que o papel da Fisioterapia inclui “a promoção da saúde (...) a prevenção de deficiências limitações funcionais e incapacidades nos indivíduos (...) e a prestação de intervenções para restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizar a função e recuperação, minimizar a incapacidade e potencializar a qualidade de vida nos indivíduos...”⁽⁵⁾

Pode igualmente concluir-se deste enunciado a centralidade que o corpo tem para o trabalho da Fisioterapia, constituindo a matéria de intervenção para atingir os objectivos mais “humanos” ligados à minimização da incapacidade e à potencialização da qualidade de vida. De acordo com a cadeia de objectivos que se apresentam para a Fisioterapia – corpo/indivíduo/pessoa/contexto – os conceitos de deficiência e incapacidade surgem igualmente como conceitos centrais.

Na procura de um desenvolvimento profissional que faça a profissão reflectir-se em torno destes conceitos, Rothstein afirma que a identidade da Fisioterapia não pode ter apenas por base patologias e deficiências, mas fundamentalmente as consequências incapacitadoras dessas anomalias. Nesta medida, salienta-se o facto de na Fisioterapia os objectivos serem frequentemente formulados em termos de mudança das deficiências – como seja o que



acontece quando se refere como objectivos a mudanças no desempenho muscular, de amplitude de movimentos ou o tónus muscular – esquecendo que estes aspectos podem não representar mudanças significativas para a vida das pessoas, pelo que advoga o retorno aos primórdios da constituição do grupo profissional em torno da procura em promover mudanças significativas na função do utente e a eliminar a sua incapacidade. ⁽⁸⁾

Importará, por isso, compreender como estes conceitos são entendidos na prática profissional, entendendo-se que para este efeito é não apenas necessário analisar o ponto de vista dos profissionais, mas se exige também conhecer o que as pessoas que recorrem aos profissionais pensam sobre estes conceitos.

2. Saúde/doença e dis/funcionalidade

“How we understand health depends on what we understand life to be for.”

(Hanson, 2001)

2.1. Modos de pensar a saúde/doença

Nas sociedades modernas, os conceitos ligados aos cuidados de saúde como sejam os de *saúde, doença, dis/funcionalidade, deficiência e incapacidade*, recebem as definições de maior autoridade nos meios profissionais dos cuidados de saúde, servindo deste modo para orientar os mesmos nas suas formas de pensar e de agir. Ainda assim, as definições institucionais não são completamente independentes das noções leigas que circulam no dia-a-dia entre os cidadãos em relação ao que é a *saúde, a doença, a deficiência e a incapacidade*.

Existem muitos modos de definir *saúde*, mas de uma forma sintética, estes podem ser divididos em dois tipos fundamentais. Por um lado, temos as definições institucionais e periciais, derivadas fundamentalmente de meios profissionais e académicos, por outro temos percepções populares de saúde provenientes de pessoas leigas que não estão profissionalmente relacionadas com os cuidados de saúde. (Anexo3) Estas percepções populares radicam em crenças leigas acerca da saúde, como são frequentemente chamadas, as quais não são menos importantes do que as definições oficiais, visto que influenciam o modo como as pessoas compreendem e respondem às questões relacionadas com a saúde. Elas coexistem em paralelo com as concepções institucionais acerca da saúde e chegam mesmo a influenciar as acções dos profissionais de saúde. ⁽²³⁾

2.1.1. Percepções leigas de saúde/doença

O modo de analisar a *saúde/doença* presente no pensamento médico constitui a referência conceptual da medicina moderna. As instituições de saúde, a sua organização e respectivas metodologias interventivas espelham este tipo de pensamento.

As pessoas leigas tem também modelos implícitos de *saúde/doença*, os quais lhes permitem dar sentido às alterações percebidas do estado de saúde e regular o seu



comportamento face às mesmas. Do ponto de vista subjectivo, as significações atribuídas pelas pessoas podem valer tanto ou mais do que as significações que derivam da ciência, pois as pessoas orientam e regulam os seus comportamentos com base nos seus modelos implícitos de *saúde/doença*. Assim, a forma como as pessoas reagem face a uma determinada doença pode ser melhor compreendida se conhecermos a sua representação ou as suas interpretações subjectivas sobre as alterações percebidas. ⁽³²⁾

Um dos estudos mais importantes sobre as concepções leigas de *saúde* foi efectuado em França, em 1973, por Claudine Herzlich, que entrevistou 80 pessoas da classe média que viviam em Paris e na região rural da Normandia. Este estudo foi baseado no argumento de que a *saúde*, como uma ideia que as pessoas têm, é uma representação social, ou seja, o modo através do qual as pessoas percebem e conhecem o mundo é parte constituinte de "sistemas de conhecimento" mais extensos, partilhados na sociedade.

De acordo com Herzlich, ^(32,33) as significações leigas de saúde foram classificadas em três categorias:

- 1) *Saúde no vácuo*, em que a saúde é concebida como ausência de doença, como algo que foi perdido com o aparecimento da mesma. Saúde é um facto, um acontecimento impessoal.
- 2) *Saúde como reserva*, vista como algo que se "tem" e que nos permite trabalhar e fazer a nossa vida e defender contra a doença ou recuperar dela. É uma capacidade biológica pessoal, no sentido em que as pessoas podem sentir a presença desta "reserva" em maior ou menor grau, em comparação com outras pessoas.
- 3) *Saúde como equilíbrio*, refere-se a um substrato de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal, do qual deriva um sentimento funcional de confiança, vigília, liberdade, energia e resistência. Este equilíbrio é algo que podemos perder e voltar a ganhar.

Comparando estas categorias conclui-se que, enquanto que a "reserva de saúde" se caracteriza por uma presença (de saúde), e a "saúde no vácuo" por uma ausência (de doença), o "equilíbrio" é contingente aos eventos do quotidiano.



Um dado interessante deste estudo refere-se ao facto de as pessoas não pensarem em termos de *saúde/doença* como estados e/ou processos opostos. Com efeito, à excepção da concepção “saúde no vácuo”, caracterizada pela ausência de doença, as outras concepções tem um conteúdo próprio e independente do das definições de doença, ou seja, a *saúde* e a *doença* não são concebidas com base uma na outra.

Em suma, este estudo sugere que as ideias das pessoas acerca da *saúde* são mais do que crenças, isto é, mais do que um conjunto de atitudes fixas acerca de algo. Não é uma entidade simples e inalterável. A *saúde*, nas percepções leigas é independente da doença, não podendo ser estudada como “o oposto de estar doente”, ou ser assumida como a condição de quem não possui um diagnóstico clínico.

Um estudo mais recente, ⁽³⁴⁾ efectuado por Mildred Blaxter, em 1990, no Reino Unido a uma amostra de 9000 pessoas com o objectivo de investigar relações entre o estilo de vida e o estado de saúde, permitiu recolher mais dados sobre concepções leigas de saúde, classificadas nas seguintes categorias:

- 1) *Saúde como não doente*. Saúde definida como ausência de doença, quer em termos de sintomas, quer em termos de visitas ao médico.
- 2) *Saúde como reserva*. A saúde caracteriza-se por robustez ou força física e resistência a ataques externo, a estados de fadiga e de doença.
- 3) *Saúde como comportamento ou estilo de vida*. Aplica-se mais aos outros do que ao próprio. As pessoas são consideradas saudáveis porque “olham por elas”, fazem exercício ou tomam certas precauções para evitar a doença.
- 4) *Saúde como forma física e como vitalidade*. A questão da forma foi citada principalmente pelas pessoas mais jovens e do sexo masculino. As mulheres referiam mais a “sensação de energia” que se relacionava frequentemente com a execução das tarefas domésticas.
- 5) *Saúde como bem-estar psicossocial*. Saúde definida em termos do bem-estar mental. A pessoa sente-se bem, em harmonia.



6) *Saúde como relacionamento social*. A ideia de saúde centra-se na alegria sentida pela companhia das outras pessoas.

7) *Saúde como meio para um fim ou como função*. Concepção da saúde como capacidade para a realização de tarefas.

Tal como verificado por Herzlich, também Blaxter observou que quando as pessoas falam sobre *saúde/doença*, as suas descrições raramente se situam tipicamente numa determinada categoria. Existem várias formas de conceber a *saúde* e as pessoas utilizam-nas em diferentes combinações, com maior ou menor variabilidade individual. Paradoxalmente, as pessoas que tem uma doença grave consideram-se frequentemente de boa saúde, referindo “tirando esta doença sou bastante saudável”.

Em suma, os dados destes estudos indicam que, em geral, as pessoas leigas não definem a saúde meramente como a ausência ou o oposto de doença. Pelo contrário, a saúde tende a ser definida num contexto mais amplo de relação da pessoa com o seu ambiente físico e social, nomeadamente, a sua ligação a áreas profissionais e de relacionamento interpessoal ou mesmo da relação da pessoa com o seu próprio corpo. ^(32,33)

2.1.2. Definições institucionais/periciais de saúde/doença

Do ponto de vista institucional, as definições de *saúde*, podendo ser formuladas com maior ou menor exaustividade, são marcadas por dois grandes critérios: primeiramente os que referenciam a *saúde* indirectamente – pela negativa – ou directamente – pela positiva, e em segundo lugar, os que adoptam uma visão mais restritiva – biológica – ou mais alargada – biológica, psicológica e social – do ser humano nesta condição.

Uma característica comum a todas as definições institucionais é a natureza abstracta do conceito de *saúde* que adoptam, procurando dar um sentido universal a esta condição no ser humano a partir da identificação de um conjunto de atributos. Com estas definições induz-se a unificar o significado do que é a saúde humana, e como tal, a gerar um entendimento universal deste conceito. Neste sentido, estas definições são adoptadas nos cuidados de saúde como a base de uma comunicação efectiva entre os profissionais e entre estes e os utentes.



Ao abrigo da **definição negativa** institucional, a *saúde* entende-se como a ausência de *doença-disease*, entendida esta como anormalidade corporal – anatómica, fisiológica, bioquímica e/ou psicológica. ^(35,36) Com o aparecimento da biomedicina (medicina baseada em princípios biológicos) este modo de compreender a *saúde* tornou-se muito frequente e relevante.

Deste modo, a definição negativa institucional sustenta-se na definição biomédica de *doença-disease*, sendo esta um fenómeno de definição e aplicação médica, que reside inteiramente no indivíduo e que pode ser descrito e medido. A *doença* é entendida como a presença de alguma patologia ou anormalidade em alguma parte do corpo. Não é afectada por diferenças culturais, mas absolutamente invariável. Os princípios fundamentais do modelo biomédico incluem a ideia de que todas as doenças são causadas por factores biologicamente identificáveis e que cada doença tem as suas próprias características universais no seio da espécie humana. Neste sentido, toda a *doença-disease* é específica, isto é, constitui uma entidade que se individualiza na especificidade dos sintomas, sinais, patologia e etiologia que a identificam, e, nesta medida, a fazem distinguir de todas as outras *doenças-diseases*. Assim sendo, do ponto de vista biomédico toda a doença é vista como um desvio do normal, estabelecido este no espectro das variáveis biológicas em que se decompõe o corpo humano, passíveis de serem medidas com base nos postulados da neutralidade científica – objectividade e neutralidade por parte do observador.

De acordo com esta abordagem, as pessoas são saudáveis enquanto não mostrarem sinais de anormalidade corporal (física e psíquica), independentemente do modo como se percebem e se sentem na sua condição. Deste modo, a *doença-disease* tem um estatuto independente da pessoa, sendo aquela o objecto de intervenção da biomedicina e não a pessoa em si mesma.

Pode, no entanto, compreender-se que a medicina não é livre de valores, tanto a nível teórico, nas próprias definições de *saúde* e *doença* que adoptam, bem como a nível prático e nas assunções que subscrevem e dirigem as respectivas práticas. As interpretações objectivas e científicas devidas ao modelo biomédico têm sido desafiadas através de críticas que enfatizam a sua falta de flexibilidade e as suas conseqüentes limitações como modelo explicativo. Um dos resultados das críticas ao modelo biomédico de doença foi a sugestão que as definições de *saúde* e *doença* não deveriam ser tratadas como objectivamente observáveis e

definidas, mas como um fenómeno dinâmico e socialmente construído, criado, recriado e negociado através da interacção no quotidiano. ⁽³⁷⁾

Particularmente, tem sido sugerido que a noção de anormalidade ou patologia implica que existem certas normas universais que são a base para julgar se o indivíduo está, ou não, doente. Normas que ditam como o corpo deve funcionar quando se encontra no seu estado saudável. Existem, no entanto, elevadas variações na anatomia e fisiologia humana. O avanço da ciência levou a que a assunção de que todas as doenças tem uma causa distinta teria que ser posta de parte, à medida que se tornou evidente que vários factores poderiam interagir, quer no seio quer externamente ao corpo dos indivíduos, para provocar a doença. ^(35,38)

A definição negativa de *saúde* é amplamente utilizada no campo institucional. Está subjacente, por exemplo, às estatísticas nacionais e às da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.). Nestas estatísticas as principais categorias utilizadas para a medição da saúde são os índices de mortalidade, morbidade, complicações, testes bioquímicos, condição física e sintomas. ⁽³⁹⁾

Também no campo biomédico esta definição negativa de *saúde* é a que foi enunciada pelo filósofo da medicina Christopher Boorse, que em textos clássicos expõe os fundamentos que sustentam a *saúde* como contrário da *doença*, à luz da assunção neutralista-objectivista da noção científica de *saúde/doença* biomédica. Assim, para Boorse, a “doença é um tipo de estado interno que é uma deficiência da capacidade funcional normal, uma redução de uma ou mais capacidades funcionais abaixo da eficiência típica, ou uma limitação na capacidade funcional causada por agentes ambientais e a saúde é a ausência de doença”. ⁽⁴⁰⁾

Importa aqui sublinhar que a definição de Boorse, como todas as definições biomédicas de *doença*, baseia-se no pressuposto de existir uma objectividade (biológica) no estabelecimento da fronteira do normal/patológico. Esta objectividade, será fornecida por critérios estatísticos e do ponto de vista linguístico projecta-se em expressões como “padrão” e “típico”, as quais produzem a ideia que funde o que é mais frequente com o que é normal, e o que é menos frequente com o que não é normal, independentemente de qualquer juízo de valor. A *saúde* é um estado natural de normalidade e a *doença* é um estado desviante patológico da condição humana. Com base nestas assumpções a definição biomédica de *doença* auto qualifica-se como neutralista, abstracta, universal e descritiva da doença.



As **definições positivas** de *saúde* adquirem também um lugar de relevo nas concepções desta condição nos tempos mais recentes. Todas elas sugerem que a *saúde* pode ser caracterizada pela presença de certas qualidades e/ou potencialidades, tendendo para a visão da *saúde* como um conceito multifactorial. ^(35,36)

Em 1948, a O.M.S. formaliza a definição de *saúde* de modo bastante diferente de qualquer uma das definições avançadas até à altura. Define *saúde* como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.” ⁽⁴¹⁾ Enquanto esta definição estabelece objectivos elevados a serem alcançados, tem sido criticada pelo seu idealismo, por especificar um estado de bem-estar que é impossível de alcançar.

Os críticos argumentam que a definição de *saúde* da O.M.S. é irrealista, e que ao incluir a palavra “completo” na definição, torna altamente imprevisível que alguém seja saudável por um período razoável de tempo. Parece também que “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” corresponde mais a um estado de felicidade do que de saúde. As palavras *saúde* e *felicidade* designam experiências de vida distintas, cujas relações não são fixas, nem constantes. Não distinguir *felicidade* de *saúde* implica que qualquer distúrbio por mínimo que seja, na felicidade, pode ser percebido como um problema de saúde. ^(35,42)

A definição fornecida pela O.M.S. é na realidade uma utopia, pois as adaptações do equilíbrio fisiológico às condições de risco permanente do ambiente são incompatíveis com um absoluto bem-estar de todo o organismo e das suas partes funcionais. Ainda assim, esta definição impulsionou outras tentativas semelhantes para clarificar a significação positiva do conceito de *saúde*. Este tipo de pensamento veio encorajar os peritos a pensar a *saúde* em termos mais multidimensionais, como algo relacionado com o amplo espectro de capacidades e qualidades humanas, decorrentes das relações das pessoas nos seus contextos físicos e sócio-culturais. ^(35,43)

Em 1972, o sociólogo Talcott Parsons veio formalizar a importância da dimensão social na noção de *saúde*. Parsons definiu a *saúde* como “o estado de capacidade óptima de uma pessoa para o desempenho efectivo dos papéis e funções para os quais foi socializada”. ⁽⁴⁴⁾ Este tipo de definição, que enfatiza a capacidade da pessoa para se enquadrar nas normas e

expectativas da sociedade é por vezes referido como a abordagem sociológica normativa de *saúde*. Esta definição tem sido criticada por ignorar a existência de vários níveis de saúde e por pressupor a sociedade como uma entidade estática, baseada numa homogeneidade de valores a que a pessoa se obriga a aderir sob pena de se “desviar”. Por outro lado define claramente a *saúde* como uma “capacidade óptima”, sendo que qualquer outra coisa não se qualifica obviamente como saúde. ^(35,45) No entanto, retira-se desta definição sociológica, à semelhança do que encontramos na definição biomédica de *saúde/doença*, que o critério de funcionalidade é adoptado para identificar estes conceitos.

Em 1974, Marc Lalonde, ministro canadiano da saúde, num célebre relatório reflectiu sobre as grandes mudanças históricas, políticas, sociais e económicas ocorridas nos países desenvolvidos. O reflexo destas mudanças na saúde era apontado em aspectos tanto quantitativos – acerca do dispêndio económico crescente na área da saúde, vivendo-se então em recessão – como qualitativos – reconhecendo-se que os cidadãos exigiam mais participação nas decisões que lhes diziam respeito, nomeadamente na área da saúde. Contrariando as noções mais restritivas de *saúde*, o Relatório Lalonde sustentava que a *saúde* é a resultante do que apelidou de “campo de saúde” e que compreende a biologia humana, o estilo de vida, o ambiente físico e social e a organização de cuidados de saúde. ^(46,47)

Na linha do Relatório Lalonde, em 1986, a O.M.S. expandiu e tornou mais objectivo o conceito de *saúde* através da Carta de Ottawa para a promoção da saúde providenciando um esquema estratégico para implementar a saúde a todos os domínios. Na base desta orientação estratégica, encontra-se a redefinição de *saúde* como “a extensão em que uma pessoa/grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações, satisfazer as necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o ambiente. A *saúde* é vista como um recurso para a vida diária e não como o objectivo da vida. É um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como, capacidades físicas”. Assim sendo, promover a saúde, segundo a carta de Ottawa, é visto como um “processo de capacitar – fornecer os meios e as oportunidades, tornar possível, prático, simples e dar poder legal, capacidade ou autorização – para as pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde, e para a melhorar”. ^(46,48,49)

Este modo de conceber a *saúde* como recurso, tendo uma acepção abrangente da pessoa nesta condição, isto é, envolvendo dimensões físicas, psíquicas e sociais, é também o que caracteriza uma das definições de *saúde* mais referenciadas nos meios académicos e

profissionais – a de Lennart Nordenfelt, professor de filosofia da medicina na Universidade sueca de Linköping. Nordenfelt, procurando situar a saúde no compósito multidimensional que a marca, procura concretizar o referente de qualidades que permite aceder à compreensão de *saúde*. Assim, naquilo que designou por uma “teoria de bem-estar da saúde”, Nordenfelt diz-nos que a pessoa é saudável se “se encontrar num estado corporal e mental que a capacita para realizar todos os seus objectivos vitais, dadas as circunstâncias geralmente aceites”.⁽⁵⁰⁾

Nordenfelt defende que os conceitos de *saúde/doença* pertencem primeiramente à pessoa, na sua totalidade e não apenas a partes singulares do corpo humano. Identifica dois fenómenos centrais intimamente relacionados com a *saúde/doença* que apresentam entre si uma relação causal empírica, a saber, (a) um sentimento de tranquilidade e bem-estar no caso da saúde e de dor e sofrimento no caso da doença, que por sua vez levam a (b) um sentimento de capacidade como indicador de saúde, ou de incapacidade, como indicador de doença. Para definir o que constitui os objectivos vitais, Nordenfelt assumiu que estes se formam pelas ocorrências necessárias e conjuntamente suficientes que permitam o alcance de uma vida minimamente aceitável, o que implica necessariamente objectivos que satisfaçam mais do que a mera sobrevivência humana. Nas suas palavras, “os objectivos vitais da pessoa são as condições suficientes e conjuntamente necessárias para a felicidade mínima a longo prazo”.⁽⁵¹⁾

Apesar de distintas nos pressupostos da sua constituição, ambas as teorias defendidas por Boorse e por Nordenfelt, como nota Svenaeus,⁽⁵²⁾ tendem a classificar as pessoas com algum tipo de limitação funcional como doentes.

Boorse defende que a *saúde* é a ausência de *doença*, sendo a *doença* caracterizada pela presença de uma patologia que causa uma disfunção biológica no seu portador. Deste modo, o organismo biológico de uma pessoa com uma limitação funcional apresenta sempre algum tipo de disfunção, sendo por isso classificada como doente. Esta teoria apresenta, no entanto, uma forma de distinção das pessoas com limitação funcional, das pessoas com outro tipo de doença, ao utilizar o argumento de que as pessoas com limitação funcional não sofrem de processos que interferem com o funcionamento biológico, mas de defeitos congénitos, deficiências ou lesões, ou seja, estados biológicos. Ainda assim, estes estados interferem com o funcionamento normal, levando a considerá-los igualmente como doentes.



Nordenfelt constrói a sua teoria alternativa baseando-se nas noções de capacidade, acção, objectivos e circunstâncias. Apesar de não associar a *saúde* ao cumprimento de uma norma interna biológica, Nordenfelt continua a referenciar a *saúde* numa norma, neste caso, aquela que capacita a pessoa para atingir os seus objectivos vitais, e estes estão associados ao que permite à pessoa atingir um estado de felicidade a longo prazo. A formulação abstracta da noção de *saúde* a partir da especificação de um critério que terá a capacidade para exprimir esta condição de um modo universal à espécie humana, preside à definição de Nordenfelt. Em função da propensão universalizadora do seu conceito de *saúde*, decorre da teoria de Nordenfelt, à semelhança do que acontece na teoria de Boorse, que as pessoas com algum tipo de limitação funcional são definidas como doentes, visto estas estarem incapacitadas de realizar os seus objectivos vitais, dadas as circunstâncias geralmente aceites, pois as pessoas com limitação funcional necessitam de circunstâncias e ajudas técnicas especiais, tais como, cadeiras de rodas, aparelhos auditivos, etc., para conseguirem alcançar os seus objectivos de vida. Assim sendo, apesar de ter em consideração a situação da pessoa com limitação funcional na sua totalidade, a ênfase que nesta teoria se coloca na capacidade intrínseca da pessoa, conduz à identificação dos modos sob os quais a pessoa está incapacitada e à sua designação automática como doente. ⁽⁵¹⁾

As teorias de Boorse e Nordenfelt assentam numa concepção abstracta e universal de *saúde* na espécie humana, e na medida em que as pessoas estão afectadas por disfunções, tal significa que se desviam de uma norma de saúde, seja porque estas disfunções violam a norma de funcionamento natural do organismo (Boorse), seja porque estas disfunções atingem a possibilidade da pessoa prosseguir, por si só, os seus objectivos vitais (Nordenfelt). Porém, sabemos que as pessoas respondem de modo muito diferenciado a essas disfunções biológicas, estando esta resposta dependente de um conjunto de factores pessoais e ambientais diversificados. Por exemplo, perante a deficiência biológica gerada por lesão ou acidente, há modos muito distintos das pessoas viverem com essa deficiência, e, assim, encontraremos pessoas que obtêm dispositivos tecnológicos que lhes permitem compensar essa limitação, e outras que não os têm. Como também existem pessoas que se isolam socialmente na sequência do acidente/lesão e outras que reorganizam a sua vida para viverem “normalmente” no quadro das limitações que têm.

Será então, conceptualmente aceitável, tratar do mesmo modo estas pessoas como “não saudáveis” por todas disporem de limitações funcionais provenientes de



doenças/deficiências? Ao abrigo das definições positivas e negativas que até agora expusemos, sim. Porém, encontraremos algumas definições de *saúde* periciais como as de René Dubos e David Seedhouse, que entendem a *saúde* colocando o modo de existir da pessoa no centro deste conceito, e neste sentido, permitem pensar a saúde humana de forma mais relativa e flexível.

Para Dubos, a *saúde* é a “expressão dos modos através dos quais a pessoa responde e se adapta aos desafios que encontra na sua vida quotidiana. E estes desafios não são apenas aqueles que emergem do mundo externo (físico e social), entendendo que os factores que mais competem com os ambientais, aqueles que mais comumente estão envolvidos nas causas das doenças, são os objectivos que a pessoa coloca a si mesma, frequentemente em relação com as necessidades biológicas”⁽⁵³⁾ Neste sentido, conclui Dubos: “a saúde e a doença não podem ser definidos meramente em termos de atributos anatómicos, fisiológicos ou mentais. A sua real medida está na capacidade da pessoa para funcionar de modo aceitável para si próprio e para o grupo do qual faz parte”.⁽⁵⁴⁾ Dubos enfatiza que o que identifica os seres humanos é a sua capacidade ilimitada para responder a inúmeros desafios e ambientes, de modo que será em vão que se possa definir um único modo de vida como sendo o “saudável”. É na vivência humana e em grupo que as pessoas se vão definindo como saudáveis, recusando, por isso, Dubos a possibilidade de fixar critérios absolutos para esta condição. Encontra, assim, na capacidade de adaptação plástica da pessoa (na relação com o grupo a que pertence) ao seu ambiente (sendo que este processo não é de “sujeição” da pessoa, porquanto ela é activa na criação das condições em que se operam estas adaptações) o critério formal identificador de *saúde* e de *doença*.⁽⁵⁵⁾

Assim, o ponto chave para muitas pessoas com limitações funcionais é que, enquanto estas não levam uma vida considerada normal do ponto de vista da maioria das pessoas, as suas vidas podem ser saudáveis, não só para si, como para os grupos a que pertencem (e porque não para os profissionais de saúde?), no sentido em que as pessoas conseguem modificar as suas capacidades, projectos e circunstâncias externas, de modo a “normalizar” a sua existência. À luz da definição de Dubos, estas serão pessoas com saúde.

A definição de *saúde* de Dubos associa esta condição à plenitude de vida da pessoa, ao articulá-la com a realização das aspirações da mesma, o que rompe o laço que nas definições negativas e positivas de *saúde* se faz em relação à *doença*. Esta ligação do conceito de *saúde*



às aspirações encontra-se também na definição de *saúde* de David Seedhouse. Para este filósofo da medicina, “o estado de saúde (ótimo) de uma pessoa é equivalente ao estado de um conjunto de condições que completam ou capacitam a pessoa para trabalhar de modo a alcançar os seus potenciais escolhidos (realistas) e biológicos. Algumas destas condições são de extrema importância para todas as pessoas. Outras são, até certo ponto, dependentes das capacidades e circunstâncias individuais”. Assim sendo, a *saúde* é constituída por um número de factores que ajudam as pessoas a alcançar o máximo potencial, sendo alguns comuns a todos (necessidades básicas de vida) e outros únicos a cada um. ⁽⁴⁵⁾ Seedhouse visualiza a *saúde* como uma noção individualizada, cuja ênfase se transforma consoante a pessoa que a constrói, com base nos potenciais específicos de cada uma delas.

Deste modo, existem duas ideias que decorrem necessariamente desta teoria, uma primeira que refere que um elevado nível de saúde pode coexistir com a doença e outra que diz que a *saúde* como conceito está para além dos cuidados médicos, e pode mesmo ser incompatível com certos aspectos da medicina. Neste sentido, a *saúde* engloba a vida das pessoas e todos os domínios que a constituem, onde as pessoas podem realizar as suas aspirações, ao invés de ser caracterizada como a mera ausência de doença, ou a capacidade de realizar determinadas tarefas consideradas “normais” para a espécie. A definição de saúde apresentada por Seedhouse coloca um desafio aos profissionais de saúde, na medida em que, de acordo com a sua teoria, o trabalho destes profissionais “consiste na remoção dos obstáculos ao alcance do potencial humano, e deste modo, é vista como uma actividade capacitadora”. ⁽⁶⁾

2.1.3. A fenomenologia da saúde/doença

O filósofo Friedrich Nietzsche dizia-nos, no final do séc. XIX, o seguinte sobre a *saúde*: “em nós não existe qualquer saúde, e todas as experiências que se fizeram para dar este nome a qualquer coisa malograram-se miseravelmente. Importa que se conheça o seu objectivo, o seu horizonte, as suas forças, os seus impulsos, os seus erros e sobretudo o ideal e os fantasmas da sua alma para determinar o que significa a saúde, mesmo para o seu *corpo*. Existem portanto inúmeras saúdes do corpo; e quanto mais se permitir ao indivíduo, a quem não podemos comparar-nos, que levante a cabeça, mais se desaprenderá o dogma da «igualdade dos homens», mais necessário será que os nossos médicos percam a noção de uma saúde normal, de uma dieta normal, de um curso normal da doença. Será só então que se



poderá reflectir na saúde e na doença da *alma* e colocar a virtude particular de cada um nesta saúde, que corre muito o risco de ser num o contrário do que sucede com outro”.⁽⁵⁶⁾

Nas palavras de Nietzsche, só na experiência vivida da própria pessoa se poderá encontrar a chave para o que é a *saúde* e a *doença*, e neste sentido podemos encontrar muitas experiências de vida que conduzem as pessoas a definir e redefinir o modo como se avaliam através destes conceitos, o que poderá contrariar os padrões correntes com que no mundo e no dia-a-dia as pessoas se classificam a si e aos outros, nesta condição. A vivência da saúde e da doença à luz daqueles que a experienciam nem sempre é coincidente com os rótulos periciais e sociais.

A filosofia fenomenológica que se desenvolveu no séc. XX, com Husserl, Heidegger e Merleau-Ponty, procura compreender o mundo para além do conhecimento científico, mostrando a importância que a experiência na consciência das pessoas assume para o modo como se identificam e constroem as suas trajetórias de vida na relação com os outros.⁽⁵⁷⁾ Sendo os conceitos de *saúde* e *doença* centrais na construção de identidade das pessoas, a filosofia fenomenológica exerceu uma influência significativa no modo como no final do séc. XX se veio a criticar os limites das concepções científicas de *saúde* e *doença* e que estão bem presentes nas definições abstractas institucionais.

À luz de uma filosofia fenomenológica desenvolvem-se concepções experienciais de *saúde* que entendem a saúde a partir dos desejos e concepções de bem-estar da própria pessoa, incorporados nas condições biográficas da mesma, isto é, no *self* da pessoa, em vez de residir em qualquer denominador comum à espécie humana que suporta uma norma universal, nesta medida, exterior à própria experiência da pessoa que vive a sua saúde/doença.

Nesta linha, estar doente significa que a pessoa ao “estar-no-mundo” reside fora de sua “casa”, porque a condição que experiencia lhe é ameaçadora, não lhe é familiar. Tal acontece quando a pessoa sente a sua corporalidade atingida, ou se sente desorientada e desesperada. A pessoa sente a sua saúde ameaçada por sentimentos de dor e desconforto ou pela percepção de mudança nos seus sentimentos e funcionamento habituais. No entanto, estes sentimentos não são obtidos à parte do mundo envolvente da pessoa, mas encontrados na interacção que estabelece com o mundo e no seguimento de processos interpretativos acerca dos eventos. Deste modo, a doença ocorre não apenas no corpo, mas na vida, no tempo, num local, e no



contexto da experiência vivida e do mundo social. O seu efeito faz-se sentir no corpo, por sua vez integrado no mundo. ⁽⁵⁸⁾ Esta abordagem fenomenológica de *doença* dá corpo à concepção de *doença-illness* em contraposição com a concepção de *doença-disease*. Nesta, a doença localiza-se no corpo e nas suas partes, na *doença-illness*, localiza-se na existência biográfica da pessoa. Assim, a *doença-illness* é a doença vivida, percebida pela pessoa, expressa no seu sofrimento. A *doença-illness* considera não só o corpo, mas a “pessoa-corpo” no contexto social e físico em que vive. ⁽⁵⁹⁾

A saúde é um modo de ajustamento harmonioso às circunstâncias da vida, um modo de existir que suporta a nossa compreensão dos eventos de forma familiar, sem despertar a nossa atenção para o assunto. Apenas na presença de uma doença/lesão é que reflectimos acerca da saúde e do que ela significa para nós, um sentimento de bem-estar, de plenitude. Na sequência de uma doença/lesão, as pessoas vêm a sua actividade limitada. No entanto, de acordo com a abordagem fenomenológica, a lesão é interpretada segundo a importância que as suas consequências têm para a totalidade do ser humano, no seu relacionamento com o grupo a que pertence, no mundo a que pertence, ao invés de ser apenas vista como uma lesão de uma parte constituinte do corpo que pode ser reparado, ou substituído, com vista a restabelecer a função que seria esperada. O ponto fundamental da fenomenologia refere que o que conta como familiaridade ou estranheza das pessoas é o “estar-no-mundo”. O fundamental não é apenas o mundo físico em que a pessoa se movimenta, mas o conjunto de significados e interpretações que a pessoa cria, através dos seus sentimentos, pensamentos e acções. Apesar de interrelacionadas entre si no “estar-no-mundo” da pessoa, o *self* e o mundo podem ser distinguidos como um sentimento de estranheza devido à experiência da doença, sempre acompanhado por uma alteração drástica nas estruturas de significado do *self*, e devido a mudanças nos padrões instrumentais externos.

A incorporação é uma parte vital do nosso “estar-no-mundo”. Isto significa que o corpo, ao ser vivido pela pessoa está envolvido no mundo e nas estruturas de significado que formam a relação entre ambos. A estranheza da experiência da doença não pode ser consistente com a ausência de qualquer um destes factores, porquanto estes não podem simplesmente ser adicionados uns aos outros, mas interrelacionam-se num todo, formando a estrutura necessária ao nosso “estar-no-mundo”. Assim sendo, no decorrer de uma doença/lesão extrema, como é o caso das pessoas com tetraplegia ou amputação de membros, a noção que a pessoa tem de si própria como pessoa saudável é possível se a pessoa conseguir



efectuar os ajustamentos necessários nos padrões de significado do seu *self*, de modo a compensar/superar a sua doença/lesão, ou seja, se a pessoa se sentir familiarizada com o seu “estar-no-mundo” de modo a conseguir alterar outras circunstâncias e a compreensão de si própria nesta “nova” situação. Apesar de possível, este processo de reinterpretação do corpo e do *self* na presença de uma doença crónica é mais difícil. Uma vez que o corpo vivido constitui-se como o centro do *self*, as componentes dos padrões de significado mais difíceis de substituir ou reinterpretar são aquelas que se relacionam com a incorporação, tendo em conta que as componentes que derivam do mundo externo são na sua grande maioria, facilmente substituíveis. Isto é, o processo de ajustamento a um “estar-no-mundo” familiar através de uma reinterpretação do *self* e da sua situação de vida, não depende apenas da pessoa em questão, mas também da severidade da condição. ⁽⁵²⁾

Deste modo, na presença de algum evento disruptivo, como é o caso das doenças crónicas, as pessoas passam por um processo de reinterpretação de si mesmas na relação com o mundo que habitam, sendo que com o passar do tempo, uma boa assistência e motivação para efectuar a mudança e reinterpretação do seu “estar-no-mundo”, as pessoas podem conseguir restabelecer a sua familiaridade com o mesmo.

Em suma, de acordo com a abordagem fenomenológica, ter saúde é viver bem, mesmo na presença de uma doença. ^(60,61) Quando saudável, a pessoa vê-se como uma totalidade e não como um conjunto de partes. É neste sentido que o filósofo Hans George Gadamer nos diz que na saúde “transparece uma espécie de bem-estar”, mas que a saúde “não é apenas um sentir-se, mas estar-aí, estar-no-mundo, é um estar-com-os-outros, um sentir-se satisfeito com os afazeres da vida e manter-se activo neles”. ⁽⁶²⁾

2.1.4. Modelos de referência de saúde/doença nos cuidados de saúde

As definições de saúde que acabámos de apresentar decorrem de grandes modelos de referência sobre a saúde e a doença que estão implícitos nas práticas dos profissionais de saúde.

Modelo biomédico

A concepção de *doença-disease* em que se baseia a definição negativa de saúde tem subjacente uma abordagem reducionista do que é a *saúde* e a *doença* e faz parte do que se denomina por modelo biomédico. Este modelo tem sido caracterizado num conjunto de pressupostos, ^(36,63,64) a saber: (1) a doença como desvio do normal; (2) a doença como uma entidade específica e universal; (3) o corpo humano entendido como máquina e a doença como ruptura do funcionamento da máquina; (4) a pessoa composta por um dualismo mente-corpo e (5) reducionismo na forma de abordagem da doença. O reducionismo biomédico combina-se com a assunção de que a pessoa pode ser tomada como uma matéria física – o corpo – e uma substância imaterial – a mente – estando a *physis* sujeita a leis naturais mecanicistas de funcionamento como acontece com a natureza. Esta divisão favorece, assim, a abordagem reducionista da doença. Denomina-se por reducionista por compreender não apenas a redução da pessoa ao seu organismo físico na *saúde* e na *doença*, mas porque tal redução está associada a uma visão reducionista da natureza de que o organismo da pessoa faz parte e que crê que o todo só pode ser compreendido se for dividido em partes – átomos, moléculas, células e genes – sendo estas as causas das propriedades que encontramos no todo, na medida em que este é explicado na relação de causalidade linear que vai das unidades elementares composicionais até ao todo. ⁽⁶⁵⁾

Deste modo, tratar da pessoa doente, no modelo biomédico, é tratar a disfunção biológica que reside no interior do seu organismo e que lhe causa a doença. Reparada a mesma devolve-se a saúde à pessoa.

Alguns autores ^(7,66) defendem que os fisioterapeutas trabalham predominantemente (embora não exclusivamente) sob a influência do modelo biomédico, uma vez que a sua tarefa passa por identificar o padrão característico de sinais e sintomas localizados no corpo físico, de modo a minimizar a sua acção ou mesmo eliminá-la. Este tipo de intervenção dirige-se ao



organismo, enfatizando o tratamento e a cura na utilização de tecnologia e recursos especializados numa luta constante contra a disfunção identificada no corpo individual. Não renegando os benefícios da biomedicina, é certo que esta abordagem se aplica mais facilmente a casos de doenças agudas do que a casos em que as situações assumem um carácter crónico, nas quais o modelo biomédico parece no mínimo parcialmente inapropriado, visto que o tratamento não leva à cura mas tem que estar orientado para promover o ajustamento da pessoa com a sua nova condição de vida.

Modelo biopsicossocial

Em 1977, o médico psiquiatra George Engel formulou uma abordagem apresentada como alternativa ao modelo biomédico, que reflecte a complexidade emergente e a multiplicidade de modos de compreensão acerca da *saúde* e da *doença* através da inclusão de factores biológicos, psicológicos e sociais – modelo biopsicossocial (M.B.P.S.). A perspectiva biopsicossocial envolve a apreciação de que a doença não se manifesta apenas em termos de fisiopatologia, mas que afecta simultaneamente vários níveis de funcionamento, desde a célula, aos órgãos, à pessoa, família e sociedade. Este modelo providenciou uma compreensão superior dos processos de doença como abrangente de múltiplos níveis de funcionamento, incluindo o efeito da relação profissional/utente, tendo sido aceite a nível académico e prático, por proporcionar uma compreensão mais abrangente das experiências das pessoas acerca da saúde e da doença.^(37,67,68) Por outro lado, o M.B.P.S. pode ser visto como uma estrutura mais alargada no seio da teoria dos sistemas. A implicação seria que as perspectivas biológicas, sociais e psicológicas que são parte do modelo, existem em complementaridade, afectando e sendo afectada por alterações em qualquer uma delas.

Os críticos deste modelo^(37,67) anotam que, apesar de promissor na consideração compreensiva dos factores que influenciam a saúde e a doença das pessoas, o M.B.P.S. apresenta limitações, na ausência de uma explicação plausível acerca da relação entre os factores considerados. O que se retira da apresentação do modelo é que apesar de sustentar uma abordagem multidimensional de *saúde* e *doença*, o foco de atenção encontra-se na dimensão biológica situada no interior do corpo, tentando aliar à mesma, dimensões psicossociais com o propósito manifesto de criar uma alternativa mais humanista ao modelo biomédico. Se o M.B.P.S. procura “responder à necessidade de alargar a abordagem da doença para incluir factores psicossociais”, fá-lo num quadro de justaposição simultânea



fragmentada (e não integrada) de diversos factores, atribuindo à localização biológica da anormalidade/disfunção, o cerne da condição da doença e reservando/instrumentalizando os factores psicológicos e sociais à finalidade de inflectirem/influenciarem o modo como a doença se manifesta. Como nos diz Engel, “a presença de defeitos bioquímicos define-se como uma condição necessária mas não suficiente para a *doença-illness*”, na medida em que “as condições de vida constituem variáveis significativas influenciando o tempo em que inicia a manifestação da doença e bem assim as variações que a mesma apresentará no seu curso”.⁽⁶⁹⁾

Em função da centralidade da dimensão biológica da doença, compreende-se, por isso, que Engel explicitamente declare que o M.B.P.S. tem como alvo corresponder à “função histórica do profissional médico para estabelecer se a pessoa que solicita ajuda está «doente» ou está «bem»”, o que o leva a concluir que “compete ao médico e não ao doente, a responsabilidade em estabelecer a natureza do problema e se o mesmo deve ser atendido no âmbito do referencial médico”.⁽⁷⁰⁾ Assim sendo, à luz deste modelo, permanece da inteira responsabilidade dos profissionais médicos o diagnóstico do problema de saúde, o que vem a reproduzir o estatuto de que a biomedicina dispõe nas sociedades no que respeita à legitimidade na validação da condição de saúde/doença das pessoas.

Modelo holista

Este modelo baseia-se no pressuposto de que a pessoa e o seu ambiente constituem uma unidade. Os factores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, pois só existem enquanto componentes de um todo. Conceber o ser humano e o seu ambiente como uma totalidade indivisível representa o oposto da doutrina reducionista e mecanicista, que aborda o ser humano isolando as partes do todo. Este grande quadro de pensamento surgiu pela primeira vez em 1926 no livro *Holism and Evolution*, de Jan Christian Smuts. A ideia subjacente ao conceito de holismo é, contudo, mais antiga. Basicamente, defende-se que um composto possui propriedades superiores às dos seus componentes, pelo próprio facto de ser um todo. Com efeito, holismo, derivado do Grego *hólos*, refere-se à ideia de totalidade, no sentido em que *o todo é mais que a soma das partes*.⁽³²⁾



Para o holismo o pensamento é feito com a mente, mas também com o corpo, espírito, emoções e ambiente. É um modo de pensamento fluido que transcende a razão lógica e as classificações rígidas, não se identificando com nenhum modo de pensamento linear e não podendo ser, por esse mesmo facto, logicamente explicado e replicado.

Podemos reconhecer a aplicabilidade do holismo nos cuidados de saúde de dois pontos de vista: ^(71,72)

- Um primeiro que salienta o corpo humano de modo sistémico, privilegiando o estado geral do organismo ao invés da condição de um órgão individual. Assim sendo, as partes são percebidas como componentes de um sistema mais amplo, cujas relações são inúmeras e determinadas pelas funções do todo. Desta perspectiva a condição de saúde/doença é vista como uma desordem geral do corpo, mesmo que a doença possa ser classificada em termos de lesões biológicas localizadas ou agentes etiológicos externos. O pensamento holista pode operar simplesmente através de processos sistémicos biológicos, ou pode ainda, tentar incorporar as emoções e a *psique* na tentativa de compreensão do todo. Assim sendo, a pessoa na sua totalidade desenvolve-se através das experiências individuais de saúde/doença, bem como, pelas características e orientações herdadas do seu ambiente familiar, tradicional e cultural, sendo que qualquer doença que afecte uma pessoa, não pode ser simplesmente incorporada em “esquemas taxonómicos reducionistas”.

- Um segundo ponto de vista foca-se nos efeitos do ambiente externo sobre o organismo. Isto revela um enfoque no ambiente físico e social no seio do qual as pessoas vivem e se relacionam. Assim, a abordagem holista envolve a atenção à pessoa em múltiplos relacionamentos, englobando não apenas as dimensões relativas à pessoa em si, mas também dimensões como a família, amigos, comunidade e ambiente.

Os defensores do holismo ^(71,72) reconhecem no entanto, que uma filosofia desta índole pode estar para além das capacidades e âmbito de prática de um único profissional, advogando que uma abordagem holista deveria compreender diversos profissionais, de modo a proporcionar uma abordagem interdisciplinar que compensasse a rigidez da maioria das categorias distintivas do pensamento biomédico.

2.2. Funcionalidade, deficiência e incapacidade nos cuidados de saúde

2.2.1. Saúde e dis/funcionalidade no pensamento pericial

A ideia de *saúde*, para além de estar ligada à de *doença* como o seu oposto, também se ancora à noção de *funcionalidade*, o que se verifica tanto nas definições leigas como nas periciais. Podem encontrar-se dois tipos de explicação para este facto:

- Uma primeira deriva da transformação do padrão de prevalência das doenças, assistindo-se do séc. XIX para o séc. XX, nos países desenvolvidos, à queda da prevalência das doenças infecciosas e a um aumento gradual da prevalência das doenças crónicas, ^(73,74) o que conduz ao maior relevo dos problemas que estão para além da biologia do corpo e consequentemente requerem o ajustamento da abordagem utilizada;

- Em segundo lugar, o conceito de *funcionalidade* aliado à *saúde* procura traduzir genericamente a ligação entre a capacitação oferecida pelo “hardware” psico-biológico do corpo com o “software” que, a partir dali, é utilizado pela pessoa na sua vida. Nestes termos, a *disfuncionalidade* exprime a ligação entre um problema que reside nesse “hardware” (doença, lesão, deficiência) com a limitação daí decorrente que a pessoa sofre na sua vida. Esta ligação encontra-se tanto nas definições periciais, onde, por exemplo, a saúde é vista como o contrário de doença e esta como um défice daquilo que faz parte do funcionamento do exemplar médio da espécie, ou a ideia popular de que a pessoa está doente por não poder responder às exigências dos papéis sociais a que está obrigada.

No campo pericial da saúde, a importância dada à funcionalidade decorre da tentativa de humanizar o tratamento da pessoa doente, não remetendo a intervenção para o estrito domínio da reparação interna e mecânica do corpo físico. Quando a Medicina Física de Reabilitação surgiu nos E.U.A., advogava que a medicina não se detinha apenas no corpo físico mas também na capacidade funcional deste para a vida. Dentro da própria profissão médica surgiu assim, uma especialidade que procurava responder à exigência da funcionalidade na saúde. ⁽⁷⁵⁾



Porém, à semelhança do que acontece com os conceitos de *saúde* e *doença*, o conceito de *funcionalidade* utilizado pelos profissionais de saúde está sujeito a diferentes significados. A que se referem os profissionais de saúde quando falam em *funcionalidade*?

Encontramos duas grandes acepções de *funcionalidade* do ser humano ligadas à *saúde* e que se relacionam com as definições e modelos de saúde atrás expostos:

- *Funcionalidade* assimilada à função biológica natural do organismo humano, e que está bem expressa na definição de Boorse;

- *Funcionalidade* ligada ao entendimento biopsicossocial do ser humano, o qual se encontra bem representado no pensamento de Nordenfelt.

A *funcionalidade* entendida como correspondendo à função natural biológica do corpo humano sustenta-se na linha de pensamento de Boorse, ⁽⁷⁶⁾ no seguimento da sua definição de *saúde* como a ausência de *doença*, e de *doença* como “um tipo de estado interno que é uma deficiência da capacidade funcional, (...), abaixo da eficiência típica da espécie”. Deste modo, Boorse defende igualmente que a *função* se relaciona com o resultado do trabalho de um órgão, sendo considerada função normal quando efectua uma contribuição típica para a sobrevivência do indivíduo ou da espécie, actualmente. ⁽⁷⁷⁾ Esta teoria fundamenta-se na ideia geral de que o saudável é o natural no sentido de ser o biologicamente normal. A normalidade funcional biológica retira-se de um critério estatístico sobre o funcionamento do organismo e está relacionada com os objectivos de sobrevivência e reprodução da espécie humana, isto é, do ser humano como *homo sapiens*. A título de exemplo: uma pessoa por força da diabetes é amputada de uma perna. De acordo com este modo de pensar, esta pessoa é definida como tendo uma disfuncionalidade pelo facto de ter uma deficiência biológica, que é a causa de não poder dispor da funcionalidade que é própria da espécie humana, ou seja, que é a causa da disfunção da mobilidade de que é portadora.

Verifica-se nesta definição, em similitude com a definição biomédica de *saúde*, que o conceito de *função* como função natural apresentado por Boorse é um conceito puramente científico-natural, uma vez que se baseia exclusivamente em factores biológicos e na sua função correspondente para determinar o bom funcionamento do organismo humano, ignorando quaisquer outros factores que possam concorrer para a individualidade humana.



Uma segunda forma de analisar o conceito de *função/funcionalidade* e que se relaciona com o modelo biopsicossocial é numa acepção mais complexa, na sua relação com a noção de finalidade ou mesmo de intencionalidade humana. Nesta acepção, a *função* define-se em termos dos propósitos humanos, o que obriga a referenciar não apenas o *homo sapiens*, mas também a *pessoa* a viver em contexto e numa teia de interações, isto é, a pessoa e o seu contexto de vida, físico e social no quadro do qual vai (re)formulando as suas aspirações e os seus objectivos.

A capacidade que o homem tem para encontrar funções distintas nos múltiplos componentes corporais depende em grande escala, não só das funções mais elementares desses constituintes, mas também dos objectivos e necessidades identificadas na relação do homem com o mundo. A função de um qualquer elemento encontra-se estreitamente apegada ao comportamento desse elemento e aos papéis que ele desempenha no seu contexto físico e social, constituído igualmente por diversos elementos. Consequentemente, não se pode tentar definir *função* separadamente da noção de interacção, sendo que para a sua explicação devem afluir o elemento considerado – a pessoa – em conjunto com outros elementos situados no contexto. ⁽⁷⁸⁾

Recordando a definição de *saúde* apresentada por Nordenfelt, ⁽⁵⁰⁾ a pessoa é saudável se tiver a “capacidade para realizar todos os seus objectivos vitais, dadas as circunstâncias geralmente aceites”. Assim sendo, a ideia de *saúde* encontra-se associada à de capacidade para a acção, tomando em consideração os factores que se situam extrinsecamente ao individuo, o que suporta a noção de *funcionalidade* com a finalidade da acção do ser humano sobre o mundo. Nordenfelt encontrou no que designou por “objectivos vitais” esta finalidade de acção dos homens, pelo que a funcionalidade humana ou a falta dela se descobre no facto do homem poder exercer ou não as acções entendidas como fazendo parte dos seus objectivos vitais. Para Nordenfelt, estes objectivos vitais não estão apenas ligados à sobrevivência da espécie mas referem-se àqueles que lhe asseguram bem-estar e felicidade, razão pela qual a funcionalidade humana não se avalia apenas ao nível do corpo físico, visto que do ser humano também fazem parte dimensões psicológicas, emocionais e sociais que o influenciam no modo como estabelece os seus objectivos vitais. Verifica-se nesta definição de *funcionalidade* de Nordenfelt a influência do modelo biopsicossocial da saúde, que passou a ser amplamente sustentado por vários grupos nos cuidados de saúde, nomeadamente na Fisioterapia. ^(37,67,79)



Comparando as definições de *função* e *funcionalidade* humana em Boorse e Nordenfelt verifica-se que em ambos, estas noções não são apenas um conjunto de propriedades mas estas estão relacionadas com a sua contribuição para a realização de finalidades atribuídas como fazendo parte do ser humano – em Boorse numa estrita dimensão biológica natural, em Nordenfelt numa multidimensionalidade biopsicossocial. Ainda assim, a definição de Nordenfelt não deixa de estar marcada pela forma de pensar o ser humano como decomposto em partes, onde podemos descobrir em cada uma delas o que é funcional e disfuncional, o que se encontra no cumprimento da norma que nesses três domínios é pressuposto assegurar o alcance dos objectivos vitais do homem. Existe assim um padrão normativo distribuído pelos três domínios que nos dá a explicação para a *funcionalidade* e *disfuncionalidade* do ser humano. Este padrão normativo está também alicerçado em normas colectivas que é suposto servirem para que os seres humanos atinjam os seus objectivos vitais. Assim, por exemplo, um ser humano para atingir os seus objectivos vitais necessita de assegurar tarefas relacionadas com a vida diária, o que lhe é possibilitado pela sua capacitação funcional física (mobilidade física), psicológica (motivação, auto-estima, etc.) e social (necessidade de relacionamento com os outros, etc.). Se o ser humano não realizar estas acções necessárias para atingir os seus objectivos vitais, mostra que perdeu funcionalidade nestes domínios, podendo ser rigorosamente definido com um défice funcional. Relembrando o exemplo atrás dado, se a pessoa com amputação é vista como portadora de disfuncionalidade ao nível biológico, à luz desta definição biopsicossocial continua a ser definida como disfuncional, não só pelo défice funcional corporal, mas também porque não realiza as actividades do seu quotidiano de acordo com o padrão normal da espécie e não tem a participação social esperada pelos papéis sociais a cumprir.

Apesar da definição de Nordenfelt procurar acolher a complexidade do ser humano e portanto, acolher a noção de *funcionalidade* ligada à de finalidade num compósito multidimensional da vida humana, mantém, no entanto, uma visão destes conceitos em termos de norma/desvio. A norma é construída em resultado da necessidade de fixar operacionalmente em termos universais e abstractos o que é o homem saudável e não saudável, o homem funcional e disfuncional, o que obriga a prescrever/estabilizar o que é o ser humano nesta condição de normalidade. Daqui que todas as definições biopsicossociais de *saúde* e de *funcionalidade* baseadas na relação norma/desvio procurem descrever universal e abstractamente as condições que fazem parte do homem como ser funcional ou disfuncional. Neste sentido, as definições biopsicossociais, à semelhança das definições biomédicas,



definem os conceitos de *disfuncionalidade*, *deficiência* e *incapacidade* por contraste a um padrão de normalidade, como se verifica numa “bíblia” do ensino da Fisioterapia que define a *incapacidade funcional* como “a impossibilidade de um indivíduo desempenhar normalmente uma acção ou actividade tal como é realizada pela maior parte das pessoas”,⁽⁸⁰⁾ assim como nas definições que seguidamente se irão expor nos modelos da O.M.S.

Esta abordagem de Nordenfelt é uma forma de formular a nível filosófico um movimento que se desenvolveu a partir do final dos anos 60 no mundo ocidental, e que visa entender e operacionalizar a intervenção dos profissionais de saúde na consideração mais abrangente do ser humano, integrando dimensões biopsicossociais.⁽³⁹⁾ Este movimento no campo dos cuidados de saúde passou a integrar nas suas acções instrumentos de avaliação das condições de saúde das pessoas, que se estenderam para além dos tradicionais parâmetros biomédicos. É no quadro deste movimento que ganha muita expressão a avaliação da condição de saúde com base na avaliação da capacidade funcional. Em 1971, Lawton⁽⁸¹⁾ refere que a *avaliação funcional* “é qualquer tentativa sistemática de medir objectivamente o nível no qual uma pessoa funciona, em qualquer uma das áreas da vida, tal como a saúde física, qualidade de auto-cuidado, qualidade da actividade no desempenho dos papéis sociais, estado intelectual, actividade social, atitude relativa ao mundo e ao próprio e o estado emocional”. De modo a enquadrar conceptualmente este novo foco funcional dos profissionais de saúde em geral e dos fisioterapeutas em particular, a já referida “bíblia”⁽⁸²⁾ refere que se delineiam três categorias principais de funcionamento (função) – a função física, a função psicológica e a função social. A função física refere-se às aptidões sensório-motoras necessárias ao desempenho das actividades de vida habituais e estas classificam-se em dois tipos: as *actividades básicas de vida diária*, isto é, as actividades diárias de auto-cuidados como sejam o comer, vestir, higiene e mobilidade física, e as *actividades instrumentais de vida diária*, ou seja, as actividades que exigem aptidões avançadas e que são consideradas vitais para uma vida individual independente na comunidade, como a capacidade para gerir a casa, contas, cozinhar e fazer as compras, conduzir, etc. Assim, a *funcionalidade* é conceptualizada em termos da capacidade de uma pessoa para desempenhar estas actividades, bem como pensar acerca das mesmas e planeá-las, no seio do seu ambiente (casa, instituição, comunidade), assumindo os papéis esperados pela sociedade.

Este movimento biopsicossocial nos cuidados de saúde inclui assim a funcionalidade no estatuto de saúde. Deste modo, *saúde* e *funcionalidade* fundem-se numa lógica em que a

norma/desvio dos parâmetros biomédicos do corpo humano se exterioriza numa norma/desvio comportamental desse corpo verificada em actividades funcionais. Atendendo a que o fisioterapeuta tradicionalmente se encontra mais envolvido com a avaliação e intervenção na função física não surpreenderá, como se refere na já citada “bíblia”, que “o fisioterapeuta fundamentalmente pense uma pessoa normal em termos de independência nas actividades de auto-cuidados, de competência e autonomia para a tomada de decisões e para ser uma pessoa produtiva”.⁽⁸⁰⁾

2.2.2. O modelo da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (I.C.I.D.H.)

Um momento crucial que revela a importância da funcionalidade na condição de saúde é dado em 1980 com a publicação pela O.M.S. do modelo do I.C.I.D.H., cujo estudo se iniciou na década de 70 do séc. XX, por um médico fisiatra, E. Grossiord, continuado posteriormente por um epidemiologista, P. Wood.⁽⁸³⁾ O modelo do I.C.I.D.H. procura fornecer aos profissionais instrumentos operacionais para intervir na melhoria da saúde das pessoas para além da *doença-disease*, sistematizando para o efeito outros conceitos igualmente presentes na gestão da saúde das pessoas, mais concretamente, os conceitos de *deficiência*, *incapacidade* e *desvantagem*. (Anexo 4a) Deste modo, o modelo I.C.I.D.H., articulando-se com o modelo da Classificação Internacional de Doenças, Décima edição (I.C.D.-10), da O.M.S., foi formulado para contemplar as consequências das doenças, independentemente do diagnóstico médico. Concebe as alterações no estado de saúde em quatro níveis de classificação descritos em termos de *doença*, *deficiência*, *incapacidade* e *desvantagem* delineando uma progressão de causalidade linear a partir da presença de uma condição patológica (doença, lesão ou trauma) para a desvantagem experienciada pela pessoa.^(39,84) Indica também uma seta da deficiência para a desvantagem, procurando exprimir que uma deficiência poderá conduzir directamente a uma desvantagem. (Anexo 4b) Porém, o propósito do I.C.I.D.H. concentra-se em identificar empiricamente problemas de saúde em termos de *deficiências*, *incapacidades* e *desvantagens*, sem haver necessidade de as reportar a uma causa patológica. Enquanto a *deficiência*, que ocorre ao nível orgânico se refere a “qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica”, a *incapacidade*, ocorrendo a nível pessoal relaciona-se com “actividades esperadas da pessoa ou do corpo como um todo, tal como são representadas por tarefas, aptidões e comportamentos”. A *incapacidade* é definida como “qualquer restrição ou perda

(resultante de uma deficiência ou trauma) de capacidade para desempenhar uma actividade de modo ou dentro dos limites considerados normais para um ser humano”, reconhecendo-se como um atributo da pessoa no seguimento de um relacionamento linear entre o aparecimento de uma deficiência e a presença da incapacidade. A presença de deficiências e incapacidades pode colocar os indivíduos em desvantagem ao limitar ou prevenir o alcance de seis papéis de sobrevivência importantes, os quais incluem orientação, independência física, mobilidade, ocupação, integração social e independência económica. ⁽⁸⁵⁾ Quando tal sucede, as consequências sociais negativas das deficiências em órgãos e do desempenho de actividades coloca os indivíduos em *desvantagem (handicap)*, sendo esta definida como “uma desvantagem para um dado indivíduo, que limita ou impede a concretização de um papel considerado normal para esse indivíduo”, dependendo das avaliações e expectativas que colocam a pessoa com incapacidade em desvantagem. (Anexo 4c) ^(39,86-90)

Assim, de acordo com este modelo, uma pessoa com amputação do membro inferior sofreu a perda de uma estrutura anatómica relativamente à norma do estado biomédico normal do organismo, possuindo deste modo, uma deficiência. Esta, por sua vez impossibilita a pessoa de realizar determinadas actividades consideradas normais, esperadas do corpo humano ou da pessoa, como seja, andar, que conseqüentemente irá colocar em desvantagem no desempenho dos papéis sociais habituais, como por exemplo, no seu emprego.

Ao conceber a *incapacidade* e a *desvantagem* como sendo causadas por uma *deficiência*, o I.C.I.D.H. evidencia a necessidade de intervenção e tratamento médicos adequados com fim de restaurar a *função*. Deste modo, enquanto que a intenção do modelo se focava no desenvolvimento de uma concepção médico-social de *funcionalidade* e *incapacidade*, acabou por direccionar-se para a formulação de uma compreensão reducionista das limitações como desvantagens sociais provenientes da presença de deficiências e incapacidades. Isto coloca a fonte da incapacidade primeiramente no mau funcionamento do corpo biológico, ao mesmo tempo que minimiza o efeito dos contextos social e ambiental, reproduzindo a noção biomédica de que *funcionalidade* corresponde ao “normal” e *incapacidade* ao “anormal” ou que a pessoa com incapacidade constitui o problema por se desviar das normas estandardizadas de medição biomédica. Em suma, a *deficiência*, a *incapacidade* e a *desvantagem* deveriam ser considerados aspectos ou atributos do estado de saúde das pessoas, apresentando, cada um deles, uma perspectiva diferente do mesmo problema relacionado com a saúde. ⁽⁸⁶⁾



De acordo com os críticos, ^(79,84,90) o I.C.I.D.H. apresenta sérias limitações. Primeiramente por se basear predominantemente no modelo médico, desvalorizando a presença de barreiras sociais e a sua influência na incapacidade, facto que se mostra insuficiente para o desenvolvimento de programas de reabilitação bem sucedidos, uma vez que, para minimizar ao máximo os efeitos da deficiência e da incapacidade, tais programas devem considerar os múltiplos factores ambientais em consonância com factores cognitivos, emocionais e motivacionais que concorrem para a formação das pessoas. Em segundo lugar, assume uma relação de causalidade linear entre os diferentes níveis, facto que na realidade pode não se confirmar, visto que as deficiências explicam apenas uma parte menor da variância verificada na incapacidade ou na desvantagem. O modelo tenta ainda simplificar a relação entre os conceitos admitindo uma progressão unidireccional pelos diversos níveis, mas ao fazê-lo de modo tão linear não considera as situações que podem na realidade ser mais complexas, isto é, uma pessoa pode possuir uma deficiência sem experienciar uma incapacidade ou dificuldade a nível pessoal. Admite ainda, segundo a sua organização unidireccional, que a incapacidade é irreversível. Por fim, exprime os conceitos que lhe dão forma numa visão negativa ao invés de utilizar termos positivos.

2.2.3 Modelo social de incapacidade

“If the physical and social world were adapted for wheelchair-users their disabilities would disappear and able-bodied people would become disabled”

(Finkelstein, 1981, citado por French, 1993)

O modelo médico, integrante fundamental do I.C.I.D.H., promove uma visão simplista da incapacidade. Neste sentido, uma corrente crítica foi surgindo, por forma a reverter a ênfase da causa da incapacidade, distanciando-se do biológico e aproximando-se da responsabilidade social, isto é, realçando as restrições impostas pelo ambiente físico e social, bem como as atitudes das instituições e organizações – modelo social. ^(91,92) Este modelo, ao invés de mobilizar recursos para a resolução de problemas identificados no organismo, re-direcciona os mesmos, através de mudanças nos ambientes físico, psicológico e político, com vista a tornar a sociedade menos incapacitante. Como Mark Oliver refere, “a dependência das pessoas com incapacidades é criada, não pelo efeito das limitações funcionais na sua capacidade de auto-cuidado, mas pelo facto de as suas vidas serem moldadas por uma

variedade de forças económicas, políticas e sociais que a produzem”.⁽⁹³⁾ A *incapacidade*, sob este ponto de vista deixa de se situar no mau funcionamento do corpo biológico e num estado de tragédia individual, passando a localizar-se exclusivamente num ambiente social opressivo e discriminatório. Consequentemente, as restrições impostas às pessoas com incapacidades não são entendidas como o resultado directo das suas deficiências, mas como o produto do ambiente social que falha na integração destas pessoas.^(74,86,94,95)

O modelo social surgiu do desejo por igualdade e justiça social por parte das pessoas com incapacidades, quando estas, pela partilha das suas experiências vieram a atribuir a fonte das suas preocupações às condições sociais procurando encontrar soluções políticas. Deste modo, os movimentos sociais visavam uma tentativa colectiva de alcançar interesses e objectivos comuns através de acções colectivas fora da esfera de instituições estabelecidas.

Na Grã-Bretanha, o ponto de viragem mais significativo para o movimento das pessoas incapacitadas foi a formação da União dos Deficientes Físicos Contra a Segregação (U.P.I.A.S.) em 1974. Esta associação travou uma luta para alterar a definição de *incapacidade* fundamentada numa tragédia individual para se focar no que referenciou como opressão social. Assim sendo, em 1976, a U.P.I.A.S. fornece definições de *deficiência* e *incapacidade* de modo distinto do verificado até ao momento (Anexo5), uma vez que quebra a relação de causalidade entre ambos os conceitos, modificando a noção de *incapacidade*, de atributo pessoal para uma relação entre a pessoa e o ambiente, centrando-se no ambiente que se torna determinante na identificação da origem da incapacidade.⁽⁹²⁾ Assim, numa versão inicial, a U.P.I.A.S. apresenta a definição de *deficiência* como “o defeito, a falta de parte ou totalidade de um membro, órgão ou mecanismo corporal”, redefinindo posteriormente o mesmo conceito como “a limitação funcional dentro do indivíduo, causada por deficiências físicas, mentais ou sensoriais”. No entanto, nesta última definição reconhece-se uma tautologia imediata pelo facto de a mesma conter o termo que se pretende definir, pelo que a primeira definição de deficiência deve igualmente ser incluída na abordagem ao conceito.^(85,89) Também numa versão inicial, a U.P.I.A.S. define *incapacidade* como “a desvantagem ou restrição da actividade causada por uma organização social contemporânea que toma pouca ou nenhuma consideração acerca das pessoas com deficiências e deste modo, os exclui da participação nas actividades sociais. A *incapacidade* é, deste modo, uma forma particular de opressão social”.^(96,97) Mais tarde, responsáveis daquele movimento cívico apresentaram uma nova definição de *incapacidade* como “a perda ou limitação de oportunidades de tomar



parte da vida normal da comunidade num nível igual às outras pessoas devido a barreiras físicas e sociais”. Esta evolução da conceptualização da incapacidade denota o propósito de oferecer uma noção de *incapacidade* como desligada da *deficiência*, visto que esta definição mais recente não refere qualquer tipo de deficiência ou limitação como verificado na primeira definição avançada. ^(85,89)

De notar que o conceito de *incapacidade* apresentado pela U.P.I.A.S. é análogo ao de *desvantagem* no modelo do I.C.I.D.H., no sentido que ambos os modelos apontam as desvantagens criadas pelo ambiente físico e social. Não se verifica, no entanto, no modelo social a noção de *incapacidade* do I.C.I.D.H. É possível que a noção de *deficiência* do modelo social seja paralelo à noção de *incapacidade* do I.C.I.D.H., no entanto, verificam-se algumas restrições numa interpretação desta índole, uma vez que o modelo social falha na inclusão de uma categoria referente às actividades a nível do funcionamento corporal. ⁽⁸⁵⁾

Comparando o modelo social e o I.C.I.D.H., verifica-se que enquanto no modelo do I.C.I.D.H. os factores extrínsecos são neutralizados pelos factores intrínsecos, no modelo social ocorre o inverso. Neste a *incapacidade* é vista como um problema localizado na sociedade, em vez de ser locado às pessoas portadoras de deficiência. Decorrente deste facto, as teorias e práticas tradicionais dos profissionais de saúde tornam-se parte do problema em questão, em vez de integrarem a solução do mesmo. Neste sentido, o modelo social pretende transmitir aos profissionais de saúde a mensagem que os serviços de reabilitação devem ser direccionados para a sociedade que incapacita as pessoas com deficiências físicas, o que implicaria a alteração radical das formas de pensar e agir dos profissionais de saúde. ^(4,92,97)

Os princípios do modelo social passaram a influenciar as perspectivas políticas e profissionais sobre a incapacidade desde a década de 80. ⁽⁹⁸⁾ Porém, como assinalam os críticos, o modelo social não deixa de apresentar uma visão redutora da *incapacidade*, uma vez que alguns dos problemas mais profundos experienciados pelas pessoas com determinadas deficiências são difíceis, senão impossíveis de resolver pela manipulação social e física do ambiente. ⁽⁹⁴⁾ A título de exemplo, a presença de uma doença neuromuscular degenerativa pode levar à falta de capacidade crescente de uma pessoa para desempenhar inúmeras actividades. Neste caso, a incapacidade verifica-se não por motivos de opressão social, mas por força da deficiência causada pelo avanço progressivo da condição que afecta a pessoa.



Como anota a crítica ao modelo social, apesar da opressão social experienciada pelas pessoas com incapacidades ser evidente, conceptualizar a *incapacidade* exclusivamente em termos de opressão social parece profundamente limitado.⁽⁹⁴⁾ As incapacidades verificadas nas sociedades modernas emergem de doenças crónicas, a maioria delas de desenvolvimento lento e progressivo. Por outro lado, todas as pessoas, em algum momento da sua vida vêem-se confrontadas com alguma incapacidade. Assim sendo, como chama a atenção Gareth Williams, a incapacidade é uma categoria teoricamente aberta a todas as pessoas, e à medida que as populações envelhecem um fim provável para todos os indivíduos.⁽⁹³⁾

A crítica a fazer a este modelo refere ainda que apesar da natureza socialmente construída da incorporação das experiências pessoais, fenomenologicamente a incapacidade está impreterivelmente relacionada, a algum nível, com a dor ou o desconforto sentido no corpo, e esta é uma dimensão da qualidade opressiva da doença crónica e da incapacidade para um grande número de pessoas.⁽⁹⁹⁾ Uma visão baseada na ortodoxia do modelo social poderá facilmente reduzir a complexidade das respostas individuais e sociais a uma visão unidimensional da *incapacidade*. Deste modo, a desconsideração que o modelo social vota a deficiência está na origem de um dos seus pontos mais críticos. Como Lisa Crow afirma, “uma deficiência pode restringir as actividades de uma pessoa de tal modo que as restrições do mundo exterior se tornam irrelevantes.”⁽¹⁰⁰⁾ Tal facto sugere a necessidade do modelo social reconhecer as diferenças entre deficiências, de modo a capturar a natureza multifacetada das mudanças no corpo e no *self* da pessoa na interacção com os factores sociais, o que é contrariado pela sua tendência para omitir a diferença em favor do papel totalitário e unificador da opressão social.

É importante salientar que estas críticas não invalidam a utilidade e as vantagens da aplicabilidade dos princípios do modelo social, mas como Lisa Crow refere “integrar todos os factores externos e internos no modelo social é vital se queremos compreender totalmente a equação incapacidade-deficiência. Isto não prejudica de modo algum o modelo social, nem deveria enfraquecer o nosso desejo de mudança... a incapacidade é ainda socialmente criada, ainda inaceitável, e ainda presente para ser alterada, mas integrar a deficiência na equação dá-nos a melhor rota para a criação de um mundo que nos inclua a todos”.⁽¹⁰¹⁾

2.2.4. O modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (I.C.F.)

As críticas e limites apontados ao I.C.I.D.H. repercutiram-se na O.M.S. que, no início da década de 90, nomeou um grupo de peritos para efectuar a revisão daquele esquema classificativo, processo este que culminou com a aprovação em 2001 do modelo I.C.I.D.H.-2/I.C.F. da O.M.S. ^(87,89,102) As mudanças que se assinalam neste novo modelo decorrem do facto deste considerar todos os níveis de *funcionalidade* e *incapacidade* como derivados de uma condição de saúde e dentro dos contextos definidos pelos factores ambientais e as características pessoais de cada indivíduo, ou seja, pela inclusão dos factores contextuais.

O I.C.F. procurou superar o modelo do I.C.I.D.H. O I.C.F. não classifica as pessoas, mas descreve “a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde”, ⁽¹⁰³⁾ em detrimento da classificação de “consequências da doença” observada no I.C.I.D.H., dando-se deste modo uma evolução significativa no modo de ver a *funcionalidade* e a *incapacidade*, uma vez que a ênfase é colocada nas potencialidades da pessoa com deficiência e não nas incapacidades e limitações ou desvantagens. ⁽¹⁰⁴⁾ Este modelo baseia-se na procura de uma síntese entre os modelos médico e social. Deste modo, segundo o I.C.F., é necessária a utilização do modelo biopsicossocial (M.B.P.S.) para se obter a integração das várias perspectivas de *funcionalidade* e conseqüentemente uma visão coerente das diferentes perspectivas da *saúde*: biológica, psicológica e social.

Este modelo compreende a saúde e as condições de saúde, sob duas grandes vertentes que se relacionam entre si, a *funcionalidade* e a *incapacidade*, sendo que cada uma das dimensões é conceptualizada como uma interacção entre factores intrínsecos e aqueles pertencentes ao ambiente físico e social dos indivíduos no quadro de um esquema classificativo apresentado formalmente no Anexo 6a, e que organiza a informação sobre a saúde e os estados relacionados com a saúde em duas partes, em que cada uma compreende duas componentes separadas nos seguintes termos:

Parte 1: cobre o funcionamento e a incapacidade e inclui as componentes (a) Funções do corpo e estruturas do corpo e (b) Actividades e participação;



Parte 2: cobre os factores contextuais e inclui as componentes (a) Factores ambientais e (b) Factores pessoais.

Por sua vez, para operacionalizar a aplicação do modelo foram também definidos “qualificadores” que visam a medição da magnitude (1) do funcionamento ou incapacidade num determinado domínio, ou (2) da extensão em que um factor ambiental é um facilitador ou uma barreira. Os constructos destes qualificadores são os seguintes: para as funções do corpo as *funções fisiológicas*, para as estruturas do corpo as *estruturas anatómicas*, para as actividades a *capacidade* que descreve a capacidade individual para executar uma tarefa ou uma acção num ambiente uniforme ou padronizado, e para a participação o *desempenho* que descreve o que um indivíduo faz no seu ambiente corrente. ⁽¹⁰³⁾

Explicando este esquema classificativo na sua comparação com o modelo da O.M.S. que veio substituir (I.C.I.D.H.), verifica-se que neste modelo, o primeiro constructo refere-se à *doença-disease*, traduzida pelas doenças ou perturbações identificadas no corpo biológico, enquanto naquele modelo (I.C.F.), os conceitos de perturbação e doença foram incluídos sob a alçada do termo *condição de saúde*, por sua vez descrita como “uma alteração ou atributo do estado de saúde de uma pessoa que pode levar a eventos stressantes, interferências com as actividades diárias ou contacto com serviços de saúde”. O segundo constructo do I.C.I.D.H. refere-se à *deficiência*, verificada igualmente no I.C.F. e caracterizada como “problemas nas estruturas e funções corporais como um desvio significativo ou perda”. As premissas subjacentes ao M.B.P.S. levam a supor que cada dimensão do processo de incapacitação está associada a intervenções específicas e respostas sociais. Deste modo, no que respeita à *deficiência*, a resposta mais adequada seria de carácter médico ou no âmbito das intervenções de reabilitação, e neste sentido, o modelo biomédico figura a representação exacta da incapacitação, nesta forma de manifestação. No que concerne ao terceiro constructo, no I.C.I.D.H. é apresentado pelo conceito de *incapacidade* já exposto, e no I.C.F. pelo conceito de *actividades*, constituído este pelo “desempenho de uma tarefa ou acção por uma pessoa”. Ao nível da pessoa com limitação de actividades, identificadas na avaliação do desempenho paralelamente ao ambiente estandardizado, as respostas apropriadas poderiam ser fornecidas, por um lado, através de intervenções de reabilitação e por outro, numa tentativa de compensação das limitações através da introdução de ajudas técnicas apropriadas. A *desvantagem* apresenta-se como o quarto constructo do I.C.I.D.H., sendo reformulada no I.C.F. como *participação*, isto é, “o envolvimento de uma pessoa em situações da vida,

relativamente às condições de saúde, estruturas e funções corporais, actividades e factores contextuais”. Neste sentido, uma vez que os ambientes físico e social são tidos em conta, a intervenção incluiria a remoção de barreiras ambientais com vista a uma participação plena. O quinto constructo verifica-se apenas no I.C.F. e reporta-se ao conceito de *factores contextuais* que representam o enquadramento de vida de uma pessoa, englobando factores pessoais característicos de cada pessoa e factores ambientais sob a forma dos aspectos físicos, sociais e atitudinais dos ambientes que rodeiam as pessoas. (Anexo 6b) ^(85,89,90)

No I.C.F., o termo *incapacidade* é um termo genérico utilizado para designar problemas, como deficiências, limitações na actividade ou restrições na participação, reflectindo a interacção complexa entre estes e os factores pessoais e externos com que a pessoa vive, e o termo *funcionalidade* revela aspectos não problemáticos da saúde e das condições de saúde. Daqui que ao comparar-se o I.C.F. com o I.C.I.D.H. se afirme que a incapacidade com este novo modelo deixou de ser um atributo individual de actividades limitadas para passar a ser o aspecto negativo do funcionamento. ⁽¹⁰⁵⁾ Apesar de não fornecer a clarificação da origem da incapacidade na relação entre a pessoa e o ambiente, o I.C.F. procura contemplar a noção que era reivindicada pelo modelo social, ou seja, que a incapacidade traduz um problema nesta mesma relação.

De acordo com os críticos, ^(79,84) a adopção do M.B.P.S. para sustentar o sistema classificativo do I.C.F. foi no sentido de “providenciar uma visão coerente acerca das diversas dimensões de saúde, nos níveis biológico, individual e social”. No entanto, como referido anteriormente, uma abordagem baseada nos pressupostos do M.B.P.S. não providencia uma noção integrada das condições de saúde das pessoas, mas sim o estudo das componentes biológicas justapostas a parâmetros sociais e psicológicos. Numa tentativa de conciliar ambos os modelos, médico e social, o I.C.F. clama que as limitações da incapacidade se relacionam na interacção entre a biologia, os factores pessoais e os aspectos ambientais mais vastos. No entanto, o I.C.F., não esconde a centralidade que aqui ocupam as estruturas e funções do corpo e a deficiência. Tal facto nota-se a vários níveis. A classificação de deficiência permanece puramente descritiva e científica, suportando o argumento de Imrie, quando este refere que “o I.C.F. apenas serviu para reafirmar os princípios do primeiro sistema classificativo da O.M.S.”, ⁽⁷⁹⁾ vendo a deficiência ao nível das estruturas e funções corporais como uma diferença corporal biológica pré-social. São também as estruturas e funções do corpo que recebem um tratamento desenvolvido, estando exaustivamente operacionalizadas

em qualificadores com códigos numéricos para serem objecto de medição, ⁽¹⁰⁶⁾ em contraste com a amálgama das actividades/participação em 9 domínios que visam medir a capacidade e o desempenho das pessoas num ambiente uniforme.

O I.C.F. assenta na assunção de que *funcionamento* e a *incapacitação* humana são aspectos equitativos da saúde, porque deixa de ser vista na oposição norma/desvio ou saúde/morbilidade. ⁽⁸⁵⁾ Não poderá, no entanto, deixar de se considerar que no I.C.F. persiste a visão que *funcionalidade* e *incapacidade* são entidades que se opõem, não como variáveis absolutas discretas, mas como pólos de um contínuo. Por outro lado, *funcionalidade* e *incapacidade* não se especificam apenas em dimensões biológicas, mas também extra-biológicas (actividades e participação mediadas pela influência de factores contextuais). De facto, apesar das noções de capacidade e desempenho não se limitarem a uma base estritamente biológica do corpo físico, verifica-se que, em todos os domínios, permanece a referência a um padrão de normalidade, através do qual se categoriza o que as pessoas devem ou não ser capazes de efectuar para serem classificadas no eixo funcionalidade-incapacidade. Neste sentido, o I.C.F. refere que “as limitações ou restrições são avaliadas em comparação com um padrão populacional geralmente aceite, sendo que este padrão ou norma corresponde à capacidade ou desempenho de uma pessoa sem a mesma condição de saúde (doença, perturbação ou lesão, etc.). A limitação ou restrição encontrada mede a discordância entre a capacidade e o desempenho observados e esperados”. ⁽¹⁰³⁾

O I.C.F. é uma procura de operacionalização das concepções de saúde positivas biopsicossociais. A crítica que Nordenfelt fez ao título do I.C.F. (Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde) por induzir a pensar que se tem que classificar a *funcionalidade* e a *incapacidade* para posteriormente classificar a *saúde* só vem exprimir algo que consta do propósito do I.C.F.: é que é um instrumento que visa a classificação da *saúde* através da *funcionalidade* (ou falta dela). Usando a terminologia do I.C.F., pode afirmar-se que a *funcionalidade* é o qualificador da *saúde*, porque no I.C.F., funde-se a noção de *funcionalidade* com a de *saúde*, e neste sentido, o conceito de *disfuncionalidade* (*incapacidade*) é equivalente à falta de saúde. No I.C.F. a *saúde* é classificada num contínuo, que vai de um pólo positivo – a *funcionalidade* – que está ligada a uma norma biopsicossocial (as normas das funções fisiológicas e anatómicas, as normas de capacitação funcional do corpo no seu ajustamento às actividades da vida diária e as normas do desempenho desse mesmo corpo de acordo com as exigências dos papéis sociais) até um pólo negativo – a



disfuncionalidade ou falta de saúde – e que corresponde ao desvio dessas mesmas normas. Ao atender-se à observação de Nordenfelt que “na maior parte das teorias de saúde e de má saúde, o funcionamento e a incapacidade são ingredientes centrais da saúde e não devem estar separados” ⁽¹⁰⁵⁾ conclui-se que o I.C.F. vem dar um contributo muito importante a estas correntes dominantes sobre a saúde, ao permitir a operacionalização do conceito abstracto que é a *saúde*. Mas também se pode concluir que ao fazê-lo, o I.C.F. não consegue capturar toda a riqueza da experiência vivida humana na condição de saúde/doença que ao assentar em padrões abstractos universais normativos poderá dar a garantia de tratar o maior número de pessoas, mas que não captura a extrema diversidade das situações humanas. Se a noção de *funcionalidade* baseada numa cultura que representa o “homem normal” fundamentalmente na acção serve de garantia para a concretização de um conceito positivo como o de *saúde*, também se pode considerar que o homem não é só acção, mas também pensamento, e sentimentos, e que estes elementos poderão ser decisivos na experiência vivida da saúde e da doença.

O I.C.F. incorpora ainda nos princípios que lhe dão forma, o princípio da universalidade, providenciando a linguagem e estrutura essenciais para o desenvolvimento de estudos de investigação acerca das consequências das condições de saúde na população humana. De acordo com este entendimento, o I.C.F. apresenta variadas vertentes que exemplificam a perspectiva universalista, tais como: a) o esquema classificativo do I.C.F. é uma classificação do funcionamento humano e não apenas de aspectos relacionados com as pessoas com incapacidades; b) todos os itens integrantes do esquema (deficiências, actividades e participação) têm aplicabilidade a pessoas de todas as idades, de qualquer parte do mundo; c) os itens são independentes uns dos outros, no sentido em que não se assume que a presença de uma deficiência conduz inevitavelmente à presença de limitações nas actividades, e por sua vez, restrições ao nível da participação.

No entanto, este desejo de universalidade apresentado pelo I.C.F. implica que o mesmo possa ser utilizado em qualquer contexto, sem considerar o significado das suas componentes para as pessoas com deficiência/incapacidade. O que explica que Nordenfelt, ao comentar o I.C.F., diga que “a vontade está ausente na teoria do I.C.F.”. ⁽¹⁰⁷⁾ O Índice de Barthel, por exemplo, utilizado para medir o estatuto de saúde e que poderá ser associado à medição das actividades no âmbito do I.C.F., inclui apenas a constatação da capacidade da pessoa para andar uma distância de 50m, sem ter em consideração o facto de a pessoa querer



ou necessitar de andar. Com base nos fundamentos das ciências biomédicas, a ênfase nas abordagens convencionais nos cuidados de saúde encontra-se fixada em muitas definições e instrumentos de medição universais, aplicadas por profissionais qualificados para o efeito, sem referência à perspectiva das pessoas, aos papéis que ocupam, aos relacionamentos em que estão envolvidos, às suas circunstâncias de vida, ou ao ambiente mais amplo de barreiras, atitudes e poder. ⁽⁹³⁾ De resto, numa discreta nota de rodapé, o I.C.F. vem esclarecer que a medição da participação, como envolvimento numa situação de vida, deve ser reportada a um ambiente estandardizado e distinguida da experiência subjectiva do envolvimento. Assim, os factores ambientais, que servem para assinalar um elemento de mudança neste último modelo da O.M.S., acabam por ser neutralizados porque ao serem fixados num padrão uniforme de referência normativa parecem servir, não para explicar como podem determinar a incapacidade da pessoa, mas para mostrar o que a pessoa necessita de fazer para gerir a sua vida diária com a “funcionalidade”. E como anota Nordenfelt, a necessidade de fixar o ambiente serve para mostrar que o problema da funcionalidade reside na (in)capacidade intrínseca da pessoa. ⁽¹⁰⁷⁾ Assim sendo, apesar da pertinência das vantagens de universalizar os esquemas classificativos, a universalização apresenta igualmente aspectos negativos, visto que possibilita a supressão das diferenças individuais.

Uma última crítica a este esquema classificativo refere-se à ausência de expressões acerca dos sentimentos subjectivos das pessoas no âmbito dos factores pessoais do I.C.F. (Anexo 6c) ^(108,109) Tais factores, caso fossem contemplados, seriam agrupados entre outros factores pessoais, tais como a “raça”, género, e estratégias de *coping*, ou seja, características que envolvem aspectos do passado das pessoas e que, de acordo com o I.C.F. “não estão relacionados com a condição de saúde”, ⁽¹⁰³⁾ mas que afectam o nível de funcionalidade. Enquanto esta expressão fundamental da experiência vivida das pessoas é reconhecida como relevante pelo sistema classificativo do I.C.F., é colocada numa categoria periférica sem codificação.

Deste modo, recordando o que foi referido anteriormente acerca da incorporação, como parte vital do nosso “estar-no-mundo”, é justo afirmar que ao seguir o esquema classificativo do I.C.F., cuja ênfase se situa na categorização dos aspectos biológicos e extra biológicos estandardizados em normas abstractas e universais de incapacidade, tendemos a perder a “pessoa”, sendo mais provável cuidar da pessoa com incapacidade como alguém com uma condição codificável, do que cuidar de um ser humano que experiencia essa condição.

3. A deficiência física permanente

Organizou-se o estudo de modo a testar a análise crítica dos conceitos centrais nos cuidados de saúde numa condição que surgisse em pessoas que constituem uma clientela significativa da Fisioterapia. Neste sentido, seleccionou-se para fazer parte da vertente empírica deste trabalho, a condição de *deficiência física permanente*.

Este termo de *deficiência física permanente* é utilizado na linguagem administrativa com aplicação nos estudos de saúde pública e como todos os nomes deste tipo, tem um propósito classificativo que identifica pessoas com um problema de saúde, não só individual, mas também público, na medida em que são objecto de políticas sociais. Importa, por isso, clarificar quem são estas pessoas que socialmente são nomeadas como tendo uma *deficiência física*. Para este efeito, começar-se-á por descrever a dimensão epidemiológica deste problema de saúde, para aprofundar seguidamente a natureza desta condição de saúde, de modo a enquadrar o estudo empírico que foi realizado.

3.1. Epidemiologia das deficiências em Portugal

Em 1994, o Inquérito Nacional às Incapacidades Deficiências e Desvantagens (I.N.I.D.D.) do Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (S.N.R.I.P.D.), realizado por amostragem, apurou que a população com deficiência representava 9,16% do total da população. No âmbito do recenseamento, em 2001 existiam 634 408 pessoas com deficiências, numa população residente de 10,3 milhões de pessoas, o que indica que 6,13% da população tinha uma deficiência.

Será que num período aproximado de sete anos, se assistiu a uma redução da prevalência de deficiências em Portugal? Não existem estudos que permitam a obtenção de uma resposta, no entanto, os dados apurados em 1994 relativamente à taxa de pessoas com deficiências obtida é aquela que tem um valor aproximado do valor apurado noutros países da União Europeia e ainda dos valores que, a nível internacional, se estimam para a população com deficiência. ⁽¹¹⁰⁻¹¹²⁾ Por outro lado, a variância encontrada pode ser explicada por força do método de recolha de informação, visto que os valores apurados relativamente à deficiência se baseiam na percepção dos inquiridos sobre a causa das suas incapacidades e não num método avaliativo directo, externo aos indivíduos.



Assim sendo, segundo o I.N.I.D.D., a população distribui-se quanto às causas das deficiências da seguinte forma (por ordem decrescente): doença comum (39,3%); outras origens (15,9%), hereditariedade (11,6%), senilidade (7,8%), parto (5,0%), gravidez (4,3%), acidentes domésticos (3,1%), doença profissional (2,2%), outros acidentes (2,2%) e guerra (1,5%).⁽¹¹³⁾ (Anexo 7) Foram ainda adoptados para os propósitos do inquérito, cinco grandes agrupamentos de deficiências (Anexo 8), que incluem deficiências psíquicas, sensoriais, físicas, mistas e nenhuma deficiência em especial, verificando-se valores mais expressivos no grupo das deficiências físicas, (58%) relativamente às restantes categorias, em todos os grupos etários (deficiências sensoriais 22,3%, deficiências psíquicas 12,9%, nenhuma em especial 4,3% e deficiências mistas 2,5%). Por outro lado, a proporção das deficiências físicas no grupo dos 3 aos 5 anos assume um valor 5 vezes superior ao das restantes deficiências. (Anexo 9)^(112,113)

A categoria das deficiências físicas inclui deficiências ao nível dos órgãos internos (função mecânica e motora dos órgãos internos, função cardiovascular e respiratória, gastrointestinal, urinária, reprodutora, ou outra deficiência dos órgãos internos). São, ainda, incluídas no grupo das deficiências físicas, as deficiências músculo-esqueléticas e estéticas da região da cabeça e do tronco, bem como as deficiências dos membros superiores e inferiores (défice funcional, ausência e malformação ou deformação).

De um modo geral, as deficiências físicas constituem o cenário mais negativo, assumindo os valores mais altos encontrados no conjunto deste inquérito, por referência aos grupos de idade considerados.⁽¹¹²⁾



3.2. Deficiência e incapacidade como termos classificativos

Conceitos diferentes prejudicam deficientes

Viseu. Idália Moniz defende a existência de “uma melhor leitura da deficiência em Portugal”

A secretária de Estado adjunta e da Reabilitação defendeu ontem em Viseu a uniformização urgente dos critérios para avaliar as pessoas com deficiência, que actualmente variam consoante os serviços. “Nunca tivemos tantos modelos, grelhas e modos para poder avaliar uma pessoa com deficiência”, disse Idália Moniz, no seminário “Plataforma para a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais”. Nos vários serviços há “conceitos muito diferentes”, que, por vezes, “chocam entre si”, sendo “os principais prejudicados, aqueles que deveriam ser o objecto primordial da intervenção: as pessoas com deficiência e suas famílias. É urgente uniformizar”, frisou, e “tal deve ser feito à luz de uma classificação internacional”.

Diário de Notícias, 26 de Junho de 2007

No capítulo anterior foram apresentadas as definições que os termos *deficiência* e *incapacidade* recebem em modelos que foram operacionalizados para intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos fisioterapeutas.

Porém, os termos *deficiência* e *incapacidade* não são apenas utilizados em espaço profissional. Principalmente o termo *deficiência* faz parte de uma linguagem de senso comum e é abundantemente referido em textos legais em Portugal. Comparativamente ao que acontece nos cuidados de saúde, os termos *deficiência* e *incapacidade* são utilizados indiferenciadamente, tanto no domínio jurídico como no dia-a-dia, procurando nomear um mesmo grupo de pessoas. Por outro lado, na sua aplicação político-social, o termo *deficiência* é utilizado com significados divergentes como atesta a notícia escolhida para abrir este capítulo.

Com base nos modelos periciais adoptados nos cuidados de saúde, o poder político procurou verter em textos legais, categorias de deficiências de que as pessoas são portadoras e nestes sistemas classificativos está sempre presente uma dicotomia característica do pensamento ocidental – a dicotomia mente (o psíquico) / corpo (o físico). Isto é, nestes textos legais, apoiados tecnicamente nos modelos do campo da saúde, autonomiza-se uma condição de deficiência – a *deficiência física*.

Dos modelos gerados nos cuidados de saúde conclui-se que nos mesmos:

a) Distingue-se a *deficiência* da *incapacidade*.

b) Reporta-se a *deficiência* a uma significação mais estável associada a uma anormalidade estrutural ou funcional biológica do organismo humano.

c) Significa-se a *incapacidade* de um modo mais variável, seja entendida como um *output* ao nível da pessoa, de uma condição disfuncional do corpo (I.C.I.D.H.), seja como uma condição genérica referenciadora de uma disfuncionalidade biopsicossocial da pessoa (I.C.F.), seja como uma condição social opressiva que atinge a pessoa (modelo social).

Porém, na acepção jurídica, o termo *deficiência* é mais amplo, incluindo aspectos directamente relacionados com a incapacidade que as pessoas podem experienciar, bem como com a vida social que pode seguir. De acordo com o artigo 2.º, n.º1, da Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Lei n.º9/89, de 2 de Maio, “considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivos de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica susceptível de provocar restrições de capacidade, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores sócio-culturais dominantes”.⁽⁹⁸⁾

Como se pode constatar, aquele diploma legal não utiliza o conceito de *deficiência* na sua vertente técnica profissional. O conceito de *deficiência* acolhido no texto legal é suficientemente flexível para abarcar os três termos da primeira classificação da O.M.S. – *deficiência, incapacidade e desvantagem*.

Apesar da distinção de significados para a *deficiência* consoante o espaço classificativo que utiliza este termo, pode encontrar-se um fundamento comum a que se recorre em ambos os espaços – o de saúde e o político-jurídico-administrativo – e que tornam inteligível a proximidade entre *deficiência* e *incapacidade*. De facto, no que concerne à relação entre *deficiência* e *incapacidade*, verifica-se a possibilidade de revelar a importância destes dois conceitos sob 3 grandes formas que vão de encontro aos modelos de saúde/doença atrás expostos.



- A primeira encontra-se ligada ao modelo reducionista, sendo que a pessoa que tem uma deficiência física permanente é uma pessoa que adquire automaticamente uma incapacidade funcional em muitos domínios, causada por essa mesma deficiência.

- Uma segunda visão (biopsicossocial) é dada pelo modelo I.C.F. Neste, a deficiência física por si só não assegura a presença da incapacidade. É necessário também analisar a integração da pessoa no seu meio, bem como os factores que concorrem para a funcionalidade da pessoa.

Porém, tem que se ter presente que existe um entendimento e uma prática profissional correntes, no sentido de assumir que a deficiência em geral e a deficiência física em particular, atinge a pessoa no seu todo e a sua funcionalidade, e em função da natureza biológica da deficiência, a chave do processo de reabilitação da pessoa está na sua reabilitação médico-funcional. Pode concluir-se que tanto numa versão como na outra essencializa-se a pessoa na posse de certos atributos, sendo que se não os possuir se torna em “não pessoa”, porque passa a não ser um exemplar típico da espécie. Neste entendimento, o desenvolvimento das relações interpessoais que atribui normalidade à pessoa exige uma disponibilidade física da mesma, isto é, a garantia de um mínimo de capacidade de locomoção, pelo que se supõe que as melhorias alcançadas a nível da mobilidade irão reflectir-se directamente no aumento do potencial de reabilitação a nível psicossocial.

Em Portugal e no que concerne aos tipos de reabilitação, a incapacidade de locomoção (redução ou a incapacidade grave de realização de actividades relacionadas com a deslocação, quer do próprio quer dos objectos) é alvo, principalmente, de reabilitação médico-funcional (cerca de 81% das situações), verificando-se valores muito baixos nos outros meios de reabilitação previstos pela lei, como a reabilitação profissional e psicossocial.⁽⁹⁸⁾

3.3. A experiência da pessoa com incapacidade

Pode, no entanto, olhar-se a deficiência de modo mais dinâmico e de acordo com uma terceira forma mais holista. Neste caso, a deficiência física pode não constituir um marco na vida da pessoa, mas a pessoa pode reestruturar-se no seu “Eu” com a deficiência e inclusivamente “normalizá-la” no seu quadro de vida, mesmo no caso de possuir deficiências físicas mais severas como transparece no nome de *deficiência física permanente*. No campo

das ciências sociais, dois autores ⁽¹¹⁴⁾ ofereceram uma tipologia que procura traduzir este lado dinâmico de experiência das pessoas com doença crónica (onde se incluem as pessoas com deficiência física permanente), na qual se articula a gestão que a pessoa faz da sua vida com a sua condição de saúde. (Anexo10)

A deficiência e a incapacidade em similitude com a saúde e a doença são experienciadas e pensadas pela pessoa em referência à sociedade na qual se encontra inserida ou excluída, consoante o ajustamento que efectua entre a sociedade e a sua condição de saúde. Esta tipologia abrange duas relações, a partir das quais se pode formular o ajustamento à condição: ⁽¹¹⁴⁾

- A primeira situa-se entre o indivíduo e a sociedade, expressa na integração ou afastamento da pessoa das actividades sociais;

- A segunda é referente ao modo de incorporação da doença pela pessoa, revelado na relação da pessoa com a sua condição.

O relacionamento dos pólos de ambas as premissas descritas permite a formulação de um esquema analítico de avaliação da adaptação da pessoa à sua condição, tanto entre pessoas distintas, como numa mesma pessoa ao longo do tempo, na gestão da deficiência responsável pela disrupção da sua identidade. São eles:

a) Acomodação – caracterizada pela integração da doença na vida da pessoa através da modificação dos objectivos estabelecidos. A deficiência não assume um papel central na vida da pessoa, sendo que esta, não lutando contra a mesma, reestrutura o seu padrão de normalidade, redefinindo os seus objectivos vitais.

b) Ganhos secundários – a inactividade relativa expressa pela presença da doença torna-se o contexto para o alcance de outras actividades recompensantes. A pessoa procura tirar o melhor partido da deficiência através da sua incorporação em todo o tipo de estruturas sociais que atribuem benefícios materiais e emocionais à pessoa com deficiência.

c) Activo-negação – caracterizada por uma tentativa de luta contra a doença, expressa na retenção das actividades sociais e na minimização dos sintomas e/ou implicações da

condição. A deficiência abate-se sobre a pessoa como uma condição trágica e a pessoa deixa de se reconhecer como pessoa, respondendo pelo isolamento social.

d) Resignação – a perda de actividade social é acompanhada por um sentido de espanto pela doença, ficando sujeito às suas vicissitudes. A pessoa não aceita a deficiência, encarando-a como um acontecimento trágico na vida, uma anormalidade. Verifica-se um afastamento daquilo que a pessoa era, sendo que a forma de responder é em tentar superar-se através de uma participação social intensa.

O ajustamento de uma dada pessoa pode ser descrito como um balanço das modalidades apresentadas. Este balanço tem a finalidade de representar o estilo de vida que a pessoa atinge, no qual se verifica a resolução dos sintomas e da sua vida social com a condição.

Assim sendo, enquanto nos modelos profissionais (biomédico ou biopsicossocial) se verifica sempre a presença de uma norma/desvio abstracta, na perspectiva experiencial é a pessoa que define a norma, pelo que os conceitos não são definidos *à priori* das experiências pessoais, mas no decorrer da vivência das condições de saúde, razão pela qual os conceitos em estudo podem ser definidos de várias formas. Do ponto de vista experiencial, não se pode assumir *à priori* e fora das significações dadas pelos próprios que a funcionalidade é equivalente a saúde e a falta dela, à falta de saúde.

Na adopção de uma perspectiva experiencial pode concluir-se que “todas as pessoas são saudáveis em alguma parte da sua vida, apesar de não serem saudáveis noutras”.⁽¹¹⁵⁾ Neste sentido, uma pessoa com amputação de um membro inferior poderá não ter a sua saúde física totalmente conservada, mas nas suas vertentes mental e emocional poderá ter uma saúde excelente, ou seja, as pessoas podem ver-se como saudáveis mesmo na presença de uma doença, deficiência ou incapacidade.

3.4. O trabalho da Fisioterapia em pessoas com amputação

Com a amputação, a pessoa vê-se confrontada com grandes alterações da sua capacidade funcional, bem como desafios de adaptação a uma condição potencialmente incapacitante. O fisioterapeuta desempenha um papel fundamental no que concerne à



reeducação funcional, acompanhando o utente em todas as etapas do programa de reabilitação, desde o período pré e pós-operatório, até à educação pré e pós-protésica e, se necessário, em cuidados de manutenção das funções músculo-esqueléticas. Neste sentido, a intervenção do fisioterapeuta revela-se de extrema importância no acompanhamento do processo dinâmico, progressivo, educativo de restauração da pessoa, a sua reintegração à família, comunidade e sociedade.

No que respeita às fases de reabilitação dos amputados, cada uma das fases contém itens de avaliação e objectivos de tratamento específicos. (Anexo 11) Uma reabilitação óptima da pessoa amputada inicia-se, se possível, antes da amputação de modo a potencializar a recuperação funcional, a acelerar a protetização e o retorno às actividades, e deve ser providenciada por uma equipa especializada. A comunicação entre os membros da equipa, o utente e os membros da sua família é essencial e deve providenciar à equipa informação necessária ao desenvolvimento de um plano de tratamento desde a amputação até ao processo de alta. A equipa deve fornecer informações ao utente acerca do que este pode esperar após a cirurgia e acerca do processo de reabilitação, tomando em atenção o estado físico, o nível de amputação, a cognição, o estilo de vida pré-morbido e o nível sócio-económico, preparando o utente com expectativas realistas a curto e longo prazo. Para a prescrição do tratamento vários factores são tidos em conta pelos profissionais de saúde, tais como a presença de múltiplas afecções, independência funcional, autonomia, idade avançada, etiologia e nível de amputação, tempo de evolução entre amputação e início da reabilitação. Devido a tais factores, é fundamental um trabalho multidisciplinar, que vise o desenvolvimento e a participação activa do utente no seu tratamento. ^(116,117)

De acordo com a literatura do ensino da Fisioterapia, na fase pré operatória, o fisioterapeuta foca-se primeiramente com o estado físico e psicológico do utente, a situação social, o ambiente familiar e as ajudas disponíveis. Após um diagnóstico efectuado pelo médico, equaciona as complicações que daí podem advir de modo a formular um programa de intervenção adequado ^(118,119)

Após a amputação, verifica-se frequentemente a dificuldade da pessoa em conceber-se na sua nova condição, pois a deficiência física com que se depara altera radicalmente a sua imagem corporal. Para que a reintegração corporal ocorra, a pessoa deve aceitar a sua perda física, condição necessária para o sucesso do programa de reabilitação. Nesta fase, a literatura



refere que a intervenção do fisioterapeuta inclui a educação para o correcto posicionamento no leito, dessensibilização do coto, exercícios de mobilização activa e activo-assistida, exercícios isométricos, utilização de meios de contenção, exercícios de propriocepção, exercícios com os restantes membros e treino de marcha. Os objectivos a alcançar englobam cicatrização do coto, redução do edema, mobilidade no leito, prevenção de contracturas articulares do membro residual ou outro membro, manutenção das amplitudes de movimento, manutenção ou aumento da força muscular, do equilíbrio, transferências e deambulação. (Anexo 12) ^(116,118,119)

No entanto, os meios de intervenção e os objectivos apresentados são de carácter genérico, tendo posteriormente que ser equacionada a sua aplicação de acordo com as necessidades apresentadas pelas pessoas que recorrem à Fisioterapia, em consonância com as exigências das suas condições de vida. Neste sentido, o fisioterapeuta tem que ter a capacidade de moldar a sua intervenção, para desta forma corresponder às diversas necessidades e expectativas que os utentes podem apresentar.

De uma maneira geral, pode sistematizar-se a intervenção do fisioterapeuta de duas formas distintas. Uma primeira que toma como ponto de partida o que fazer com que fim. Esta abordagem vê o corpo como um todo, sendo que a atenção se direcciona para fora do mesmo, em direcção a uma finalidade. A prática funcional torna-se assim o ponto forte da intervenção, maximizada pelo desempenho em contexto, devendo ser integrada em actividades e padrões amplos de movimento. Uma segunda forma de abordagem foca-se inicialmente no modo de executar o trabalho (como fazer as tarefas), a atenção é direccionada para o corpo em si mesmo, com ênfase no processo. O corpo é visto como um conjunto de partes que podem ser manipuladas e utilizadas. ⁽¹⁾

Este segundo modo de pensar pode, no entanto, levar ao aparecimento de dois pontos adversos. Uma vez que o pensamento subjacente ao modo de abordagem apresentado é baseado num conjunto de saberes abstractos, parte sempre do saber para a pessoa, ou seja, do conhecimento do fisioterapeuta para a condição do utente. O fim do trabalho do fisioterapeuta é a maximização da função. Assim, uma vez que a pessoa apresenta uma condição que pode limitar esse objectivo, uma consequência de tal modo de pensamento/acção seria a consideração da pessoa como um “caso perdido”. Uma outra consequência será a de exigir objectivos que a pessoa poderá sentir que são inalcançáveis mas em relação aos quais se



pressiona a pessoa por os mesmos corresponderem à norma que assegura a funcionalidade, e neste sentido a inserção da pessoa nas regras tidas como “normais” na sociedade.

Pode então deduzir-se que uma aplicação consistente com os princípios subjacentes a cada um dos modos de abordagem apresentados levaria a práticas clínicas distintas por parte dos fisioterapeutas, parecendo provável que essas diferentes práticas conduzissem a diversas atitudes por parte das pessoas, relativamente ao seu corpo, processo de reabilitação e ajustamento à nova condição de vida. Deste modo, os fisioterapeutas, no trabalho que desenvolvem com as pessoas com incapacidades deveriam ser capazes de interligar ambos os modelos de prática, e de alterar o foco de atenção da melhoria dos problemas correntes para estratégias a longo prazo de modo a potencializar a melhoria geral de vida das pessoas com incapacidades. ^(2,3)



V. Estudo qualitativo – resultados

Todos os informantes do estudo, bem como as instituições a que estão referenciados são expostos com nomes fictícios, de modo a garantir o seu anonimato. Foi recolhida a autorização para efectuar o estudo nas instituições junto dos representantes do serviço de Fisioterapia de cada uma delas (Anexo 13) e todos os informantes preencheram previamente à realização da entrevista um termo de consentimento informado, conforme o exemplar em anexo. (Anexo 14)

1. A experiência vivida das pessoas com amputação

1.1. Sra. Adelaide

Fiz a entrevista à Sra. Adelaide no dia 03/10/2007 em sua casa, conforme combinado previamente. A Sra., tinha referido morar num segundo andar, no entanto quando lá cheguei, constatei que esse segundo andar era apenas na teoria, uma vez que para chegar à porta do prédio se tinha que subir um lance de escadas, e já dentro do prédio tinha que se subir outro lance igual para chegar ao rés-do-chão. Fiquei a conhecer a Sra. nesse dia visto que nunca a tinha contactado antes a não ser no telefonema que lhe fiz a marcar a entrevista. Desde logo, pareceu-me uma pessoa bastante conversadora e bem disposta. A Sra. tem 71 anos de idade, e foi submetida a uma amputação transfemural há cerca de 5 anos atrás. A entrevista foi longa, tendo a Sra. Adelaide exposto com detalhe muitos aspectos da sua vida relacionados com o processo pré e pós-amputação. (Anexo 15)

a) Análise ideográfica – Identificação das unidades de significado

Unidades de significado	Excertos narrativos
Ponto de partida do problema: erro terapêutico.	...um dia no meu trabalho com o cano do aspirador bati precisamente no sitio onde me doía (...) fui ao hospital e aquilo tinha aberto uma coisinha muito pequenininha, e fui ao hospital e a médica que estava lá receitou-me um gel para pôr, que tirava a dor (...) não se podia pôr em cima de feridas... daí para cá, foi uma coisa que não há explicação...
Diagnóstico. Solução terapêutica: cirurgia.	...contei aquela parte de abrir aquela fresta pequenininha e depois a partir daí começou a descalar (...) fui ao hospital e o médico disse-me “Isto é uma úlcera varicosa” (...) o médico disse que tinha que se fazer uma cirurgia vascular...



Esperança de resolução do problema com cirurgia.	...pensei “ponho um bypass depois isto cura e eu depois eu começo a andar já como deve de ser, já as dores já...” e fui nessa conversa...
Atribuição de ludíbrio cirúrgico. Indignação e raiva (face ao cirurgião).	Fui operada e depois de ter sido operada, passado 24h, o bypass, que ele não me meteu bypass nenhum, não sei o que é que ele fez, foi-se embora... se a ferida estava negra (...) eu ia-lhe indo à cara, e estou tão arrependida de não lhe ter dado (...) “Agora aí a única coisa a fazer é amputar a perna” (médico) (...) bem... eu disse-lhe todas e mais algumas...
Cirurgia desencadeou a situação.	Foi a minha matação toda foi ter feito aquela cirurgia vascular. Isso foi a minha matação toda...
Dificuldade em viver a situação.	Isto só visto, contado é um bocado difícil (...) Não foi nada fácil...
Atribuição de novo erro médico-cirúrgico.	...senão tinha-lhe dito logo “mas é que esta cicatrização que está aqui, a cicatriz que está aqui, não era aqui que ela devia de estar, a cicatriz devia de estar era aqui assim”...
Expectativa negativa com hospitais.	...mandei aqui uma “palhaça”, estendi-me ao comprido (...) “outra vez hospital, hospital não” (...) Então comecei a olhar para aquilo tudo e o ambiente era totalmente diferente do outro hospital...
Tristeza no internamento hospitalar. Conforto emocional das enfermeiras.	...aquilo começou-me a tocar (...) não quero nada, só quero que e deixem, ao menos deixem-me chorar, nem chorar posso, deixem-me chorar, não estou a maçar ninguém, a fazer barulho a ninguém (...)
Afligida por novo problema de saúde. Atribuição de incompetência médica.	...depois apareceu-me aqui (...) herpes (...) fui ao hospital, uma parva de uma médica qualquer (...) se fui para lá assim, ainda vim de lá pior...
Saliência dos afectos recebidos da fisioterapeuta.	...como é que eu me posso esquecer daquela gente, algum dia na vida? Não dá, não dá...não dá nem por mais uma, o carinho, a ternura, não há nada que pague, nada, nada, nada, nada de nada neste mundo.
Amputação como problema. Isolamento social. Barreiras físicas.	Ainda continua a ser, pode dizer-se que muitas vezes não aguento a prótese, para sair de casa não posso sair de casa porque não consigo, não tenho ninguém que me desça, não tenho elevador, não tenho coisíssima absolutamente nenhuma, tem sido um problema muito grande, tem sido um problema muito grande...
Impacto na vida.	A minha vida afectou-me muito...
Pessoa muito activa.	Andava sempre de um lado para o outro, então, algum dia na vida eu parava? (...) nem sabia estar parada.
Mudança radical na vida habitual.	Senti mas... foi radical...
Impacto psicológico – medo – como barreira à	...eu tenho medo, tenho medo de andar, tenho medo de ir à rua (...) não tenho ninguém que vá comigo, lá tinha a terapeuta ao meu lado e a terapeuta ia comigo, eu ia



mobibilidade. Relacionado com a falta de apoio social. Valorização do trabalho técnico da fisioterapeuta.	para lá a andar e vinha para cá a andar, mas ela levava o carro do apoio...
Censura da intervenção profissional.	...depois de ter caído é que foi a desgraça toda, depois de ter caído aquilo ficou gravado para sempre, e depois a trapalhada que me fizeram de não me ter posto uma prótese em condições para eu poder andar, ter estado 3 anos sem andar...
Valorização da execução das actividades sem ajuda.	Faço tudo, tudo, tudo, tudo, tudo...
Isolamento familiar.	A minha sobrinha vive aqui comigo é a mesma coisa que não viva cá ninguém (...) Ela vai lá para a vida dela e eu fico aqui sozinha como que seja uma cadela...
Más experiências de vida.	Eu sou muito portuguesa (...) não era, mas a vida ensinou-me assim...
Adaptação à vida. Isolamento social.	...mesmo assim eu faço (...) tem que ser, uma pessoa não tem ninguém, tem que ser mesmo.
Apoio da vizinha.	...a minha vizinha do segundo andar é impecável (...) traz-me as coisas da rua...
Desalento com a condição. Valorização negativa da amputação na sua relação com a vida vivida, anterior e actual.	...é uma coisa que põe uma pessoa muito... em baixo (...) parece que um objecto que anda aí assim... sem poder fazer certo e determinado número de coisas, sem poder fazer a vida que estava habituada a fazer, sente-se, sente-se, sente-se muito...
Isolamento social. Valorização pessoal.	...nunca tive ninguém, que me perguntasse “precisas de um psicólogo, precisas disto ou daquilo”, foi sempre tudo, tudo o que tenho passado, bom ou mau, tem sido tudo da minha cabeça, tem sido tudo por mim...
Fé. Comparação com os outros.	Com um bocado de fé (...) A olhar para trás e pensar assim “ainda há pessoas pior que eu, em circunstâncias bem piores que eu”.
Oscilação de estados de ânimo.	...não tem sido nada fácil, um dia pior, outro dia vai mais ou menos, outro dia um bocadinho melhor...
Alteração do relacionamento com os outros. Sentimento de marginalização. Ignorada pelas pessoas depois da amputação. Ignorada pela família. Sofrimento pelo	Passaram... (a olhar de forma diferente) (...) muitas delas deixaram de me conhecer (...) inclusivamente família, que ainda são piores que os de fora, são piores que os de fora, mas de longe, mas de longe (...) Afecta muito e de que maneira...



abandono familiar.	
Fisioterapia com objectivo de começar a andar e melhorar a condição corporal. Amizade desenvolvida pela fisioterapeuta.	Para conseguir pôr a prótese para começar a andar, para desprender os movimentos. (...) A minha amiga terapeuta punha-me a andar de gatas, isso é que me custava...
Adesão activa à Fisioterapia.	Ela é que me dizia, portanto, vamos fazer assim, vamos fazer assado, o que é que acha, e eu disse-lhe “vamos experimentar”, experimentava...
Valorização do trabalho técnico da fisioterapeuta.	...nunca nenhuma delas me tinha feito aquele exercício da bola, nem pôr sacos no chão para dar o passo (...) nem o do escadote (...) nunca ninguém me tinha feito esse exercício também, só aquela terapeuta.
Valorização da fisioterapia na melhoria da realização de actividades e da sensação corporal.	...depois da Fisioterapia eu ando com o andarilho, eu vou à varanda com o andarilho, estendo roupa e apanho roupa e essas vidas todas (...) para me pôr de pé sentia (...) o corpo com um peso (...) e agora não (...) plenamente à vontade, faço a minha vida toda completamente à vontade.
Valorização da ajuda e do acompanhamento da fisioterapeuta.	...mas graças à terapeuta que me ajudou imenso. Ela trabalhava aqui comigo...
Deficiência não entendida como doença. Saúde como ausência de doença.	Considero porque eu nunca tive doença nenhuma.
Sentido de integridade do <i>self</i> apesar da incapacidade.	...num sentido mais, mais incapacitada, é, mas noutra sentido, não, sou a mesma pessoa, precisamente a mesma pessoa, a mesma vida que tinha, a mesma vivacidade, tenho na mesma
Valorização pessoal pela adaptação à vida com a amputação.	...depois de eu me ter visto nas condições em que eu me vi, que isto me fosse afectar muito mais do que aquilo que me tem afectado, mas felizmente... aprendi que tenho que viver com aquilo que tenho, tenho que viver nestas condições.



b) Análise nomotética – Construção de temas e categorias de análise

Temas	Categorias
Comparação vida anterior activa/vida actual/Impacto da amputação. Valorização negativa da amputação/valorização pessoal/adaptação. Deficiência não identificada como doença. Saúde como ausência de doença.	Relação do “Eu” com o problema de saúde
Valorização pessoal na comparação com os outros. Marginalização social. Sofrimento pelo abandono familiar. Barreiras físicas.	Relação do “Eu” com o problema de saúde e com os outros
Esperança/indignação e raiva. Expectativa negativa/censura da medicina. Valorização do apoio emocional dos profissionais de saúde. Valorização das competências técnicas da fisioterapeuta.	Relação do “Eu” com os cuidados de saúde
Oscilação de estados de ânimo. . Tristeza. . Desalento. . Fé. Medo como barreira.	Sentimentos transmitidos ao longo do processo

1.2. Sr. Machado

Conheci o Sr. Machado no dia 02/10/2007, quando me dirigi ao ginásio de Fisioterapia da instituição hospitalar em que se encontrava, para efectuar a entrevista à Fisioterapeuta. O Sr. foi apenas confrontado com o pedido de conceder a entrevista momentos antes da mesma ocorrer. Pedido este apresentado pela fisioterapeuta, prontamente aceite pelo Sr. Machado que desde logo mostrou a maior disponibilidade para o efeito. A entrevista foi realizada numa das salas do ginásio de Fisioterapia, onde no momento se encontravam duas outras pessoas a fazer Fisioterapia, com o respectivo fisioterapeuta. (Anexo 16) O Sr. tem 64 anos e foi submetido a uma amputação transfemural há sensivelmente 2 anos e meio.



a) Análise ideográfica – Identificação das unidades de significado

Unidades de significado	Excertos narrativos
Apoio social.	...fui para casa de uma pessoa conhecida durante dois meses, para tentar recuperar (...), regressei à minha casa ao fim de 3 meses...
Execução de actividades sem ajuda. Apoio familiar.	Moro sozinho (...) a maioria das coisas faço eu (...) a minha filha que trata, o meu filho dá assistência (...) tentamos dividir, precisamente, o mal pelas aldeias, sem prejudicar nenhum...
Rotina.	...entramos praticamente na rotina (...) É esta a rotina até agora. (...) Pronto e a rotina é esta... é esta a rotina (...) as rotinas são sempre as mesmas...
Evita a introspecção.	...Eu nunca quis pensar muito nela, porque se uma pessoa começa a pensar, isto pode dar mau resultado, então não se pensa...
Referência do pai à boa adaptação. Comparação com os outros.	...tive um exemplo muito grande, que foi o meu pai (...) adaptei-me bem à situação (...) são tudo maus exemplos para mim, mas ao mesmo tempo dá-me uma capacidade de enfrentar a situação doutra maneira que os outros não tem...
Dificuldade motora. Barreiras físicas. Percepção positiva da adaptação.	...há uma dificuldade motora (...) tem dificuldades enormes (...) lá no Cacém tem feito obstáculos de toda a maneira e feito (...) mas isso é um problema que se vai ultrapassando no dia-a-dia...
Conformação com a situação.	...encaro isto como uma coisa comum, aconteceu, aconteceu, pronto...
Atitude positiva perante a adaptação.	...tentar ultrapassar o melhor possível...
Atribuição causal da amputação a factores extrínsecos à responsabilidade individual: natureza e acaso.	...não é bem natural, bem natural, mas vamos lá, 75% é natural, os outros 5% são uma casualidade...
Comparação da execução de actividades antes e depois. Valorização pessoal na execução de actividades sem ajuda/esperança.	...no querer sair das escadas (...) eu passava a ferro, agora não posso passar a ferro, mas já hei-de conseguir... (...) lavei roupa, faço comer, mudo a cama...
Vida activa.	Empregado de escritório (...) Trabalhava mais em casa...
Interiorização antecipada da amputação.	Eu quando saí do hospital, saí sem a dita cuja, que aceitei (...) eu já tinha mais ou menos mentalizado quando entrei para o hospital (...) Só havia uma hipótese, e ou era



Aceitação da condição.	abaixo do joelho, ou era por cima do joelho, portanto a partir daí eu já sabia que ia ser cortado...
Aspiração pela ajuda dos outros.	...estou sempre é com o pensamento, quando é que eu posso ir para a rua para começar a comer qualquer coisa nas tascas. Já estou farto de comer feito por mim, tenho que começar a comer feito pelos outros.
Adaptação à prótese.	...tem que haver rectificações...
Fisioterapia como ginástica especial.	...ando para esticar o cabedal, já há muito tempo que não fazia ginástica (...) a ginástica da prótese é muito diferente...
Boa adaptação a tecnologias de apoio.	...para mim não foi difícil a adaptação às canadianas (...) da parte da adaptação à prótese tenho tido sempre...
Capacidades adaptativas percebidas e valorizadas.	...a gente não repara quando tem duas pernas, e também não repara quando tem uma perna, só repara quando tem a prótese, que é a questão, precisamente dos degraus (...) os degraus tem rebordo, então a biqueira da prótese bate no rebordo (...) tenho que arranjar uma maneira quando for a sério, de subir e descer os degraus de minha casa (...) Ou vai de lado, ou tenho que arranjar uma maneira, porque eu na rua não fico...
Avaliações com base numa redução de expectativas.	6º andar, com elevador até ao 5º... (...) Menos-mal que é só um...
Padronização da Fisioterapia. Regime de auto-gestão terapêutica.	...já sei os movimentos que hei-de fazer, os exercícios que hei-de fazer. Quando chego aqui já sei, olha vou para aqui e faço isto, tanto tempo aqui, tanto tempo acolá, controlo os tempos e faço... (...) agora já é automático...
Reconhecimento das competências técnicas da fisioterapeuta.	...ela sabe o que é que eu devo fazer, diz-me o que é que eu tenho que fazer. Eu sei o que é que ela quer que eu faça, e pronto, faço...
Valorização do trabalho técnico. Desvalorização das competências pessoais próprias. Interiorização submissa à autoridade da fisioterapeuta.	...reduziu uma grande parte delas. Se eu não tivesse as explicações, ou a maneira de explicar para fazer isto tudo, eu sozinho não ia lá (...) fui aprendendo aqui, foi aqui que me foi ensinado (...) há uma colaboração da parte da terapeuta sobre o assunto. Há coisas que corrige e que tem razão (...) não é por nossa auto-recriação que a gente vai lá. Elas já sabem de antemão os erros que a gente comete, então apontam-nos e nós temos que chegar à conclusão que elas estão certas. Então é não fazer asneira e sim fazer correctamente. Porque é melhor, para ela, ela não nos chateia mais, porque vê que estamos a fazer bem e nós aprendemos, e está tudo bem.
Processo que levou à amputação identificado como doença. Deficiência não entendida como doença. Saúde como ausência de doença.	...tirando isto da parte deste problema que eu tive, sem dúvida nenhuma (...) até hoje não sei o que é uma dor de cabeça. Acha que isto não é saúde?



Manutenção da integridade do <i>self</i> .	Continuo absolutamente na mesma (...) Não desejo mal a ninguém (...) Não chateio os outros (...) Estou em paz e sereno, já trabalhei (...) estou no descanso...
--	---

b) Análise nomotética – Construção de temas e categorias de análise

Temas	Categorias
<p>Rotina.</p> <p>Atribuição causal da amputação a factores extrínsecos à responsabilidade individual: natureza e acaso/aceitação da condição.</p> <p>Interiorização antecipada da amputação.</p> <p>Comparação da execução de actividades antes e depois da amputação.</p> <p>Referência do pai na boa adaptação.</p> <p>Percepção positiva da adaptação/Atitude positiva perante a adaptação.</p> <p>Dificuldade motora/Execução de actividades sem ajuda.</p> <p>Valorização pessoal na execução de actividades sem ajuda.</p> <p>Adaptação à prótese/ Capacidades adaptativas percebidas e valorizadas.</p> <p>Processo que levou à amputação identificado como doença.</p> <p>Deficiência não entendida como doença.</p> <p>Saúde como ausência de doença.</p> <p>Manutenção da integridade do <i>self</i>.</p>	<p>Relação do “Eu” com o problema de saúde</p>
<p>Apoio social/familiar.</p> <p>Barreiras físicas.</p> <p>Comparação com os outros.</p> <p>Aspiração pela ajuda dos outros.</p>	<p>Relação do “Eu” com o problema de saúde e com os outros</p>
<p>Fisioterapia com ginástica especial.</p> <p>Boa adaptação a tecnologias de apoio.</p> <p>Padronização da Fisioterapia.</p> <p>Regime de auto-gestão terapêutica.</p> <p>Reconhecimento das competências técnicas da fisioterapeuta.</p> <p>Valorização do trabalho técnico.</p> <p>Desvalorização das competências pessoais próprias.</p> <p>Interiorização submissa à autoridade da fisioterapeuta.</p>	<p>Relação do “Eu” com os cuidados de saúde</p>
<p>Evita a introspecção.</p> <p>Conformação com a situação.</p> <p>Avaliações com base numa redução de expectativas.</p> <p>Esperança.</p>	<p>Sentimentos transmitidos ao longo do processo</p>

2. O “olhar” dos fisioterapeutas sobre os seus utentes com amputação

Conheci a fisioterapeuta (Ft.) Aurora num estágio que efectuei no primeiro ano do curso, e que repeti posteriormente, no terceiro ano do mesmo. Dirigi-me à instituição hospitalar onde trabalha com o intuito de pedir autorização para realizar uma entrevista, pedido aceite de imediato. A entrevista foi realizada no dia 28/09/2007, na esplanada de um café perto da residência da fisioterapeuta. (Anexo 17)

Conheci a fisioterapeuta Natália em Julho de 2007, altura em que me dirigi à instituição hospitalar onde trabalha, para pedir autorização para a realização de duas entrevistas. Fui recebida com a maior simpatia pela coordenadora do serviço de Fisioterapia que de imediato me indicou a fisioterapeuta com quem poderia falar. Entreguei-lhe os dados referentes ao estudo, ficando acordado que lhe telefonaria para combinar a entrevista. A entrevista foi realizada no dia 02/10/2007 (Anexo 18), na mesma sala onde decorreu a entrevista ao Sr. Machado, ocupada no momento pelas mesmas pessoas referidas anteriormente.

a) Identificação dos problemas dos utentes

Ambas as fisioterapeutas abordam a identificação dos problemas dos seus utentes de modo similar, apontando as deficiências biológicas do corpo e referindo os domínios de independência (limitada) que os utentes apresentam na sua vida e nas suas competências adaptativas face à condição física que apresentam.

“...ele tem diabetes, por isso é que foi amputado (...) a outra perna também está com alguma deficiência circulatória (...) este senhor é muito independente (...) tem algumas dificuldades... é um senhor que vive num 6º andar (...) adaptou-se logo muito bem às canadianas” Ft. Natália

“...o único problema que para o objectivo que nós estipulámos, era mesmo o flexo da anca, porque era o único problema, ou seja, digamos que era a única limitação que poderia causar alguns problemas no uso da prótese (...) é uma pessoa muito independente nas suas actividades da vida diária, em termos de transferências...” Ft. Aurora



b) Fundamentos da acção terapêutica

Ambas as fisioterapeutas referem a observação (externa) da condição dos utentes como fonte de informação para a sua intervenção, mas uma delas caracteriza essa observação em relação a características normativas de estruturas e funções do corpo.

“...nós quando o doente chega, pronto olhamos para ele (...) como é que o doente se apresenta, se vem de cadeira de rodas, se vem de canadianas, se vem de canadianas, se tem uma marcha com dificuldade ou não (...) vamos analisar se há limitações articulares, como é que está a força, a força no geral, no couro, no membro inferior, nos membros superiores...” Ft. Natália

Quando inquiridas sobre o impacto da condição na vida dos seus utentes, uma das fisioterapeutas faz uma estimativa pessoal sobre este impacto, revelando não ter obtido informação desta dimensão junto do utente, enquanto que a outra demonstra ter recolhido a devida informação junto da própria

“...o problema principal dele acho que é mesmo sair de casa...” Ft. Natália

“Isto pelo que ela me disse, não é? Foi a experiência dela...” Ft. Aurora

No que concerne aos objectivos estabelecidos, estes são descritos relativamente à melhoria de condições disfuncionais do corpo, mas enquanto num dos casos a fisioterapeuta refere objectivos genéricos e estandardizados a aplicar numa situação de amputação, no outro caso são reportados como oriundos de uma parceria terapêutica que permitiu localizar a particularidade de um problema adjacente – a dor.

“...aumento ou manutenção da força muscular e das amplitudes articulares, correcção da marcha e... depois fazemos treino com prótese provisória... para o doente... continuar a ter um padrão (...) não esquecer a dissociação de cinturas...” Ft. Natália

“Os objectivos estabelecidos foram, a redução inicial do flexo (...) na altura, ela queixava-se de uma dor (...) por isso foi mesmo a redução dessa dor (...) tivemos também que estipular objectivos para promover o fortalecimento do couro...” Ft. Aurora

A respeito da recolha de informação acerca dos contextos de vida dos utentes ambas as fisioterapeutas afirmam recolher dados neste domínio, com fim de apoiar a definição da



intervenção. Num caso a fisioterapeuta refere ainda que esta recolha tem por objectivo conhecer os próprios objectivos do utente, no sentido de orientar a intervenção.

“...nós perguntamos sempre aos doentes se vivem sozinhos, ou com quem é que vivem para sabermos também... o que é que temos que fazer com eles aqui...” Ft. Natália

“...faz parte da nossa intervenção. Conhecer a pessoa fora do hospital, o que é que ela faz (...) onde é que vive (...) acessibilidades (...) para sabermos o que é que estamos ali a fazer e quais são os objectivos que temos que estipular (...) é uma conversa que eu tenho com o utente para saber qual é a vida dele e quais são os objectivos dele, para irmos ao alcance disso.” Ft. Aurora

Quando questionadas acerca da base que guia a intervenção, a fisioterapeuta Natália referiu seguir uma intervenção estandardizada baseada num protocolo de intervenção, enquanto a fisioterapeuta Aurora faz uma primeira relação entre o estado do utente e os objectivos do mesmo partilhando posteriormente com o utente a informação que retira da comparação entre a condição física apresentada e a possibilidade de alcançar os objectivos desejados pelo utente.

“...Nós temos um protocolo... de amputados (...) nas várias fases...” Ft. Natália

“ [Baseio-me] Sobretudo no estado do utente, naquilo a que ele se propõe. (...) Quais são os objectivos dele em termos de recuperação. Depois, os sinais, digamos clínicos que me são apresentados, e se realmente vamos conseguir esses objectivos. Acho que em primeiro lugar a ter em consideração é aquilo que a pessoa quer, está disposta a fazer para atingir determinados objectivos” Ft. Aurora

No seguimento da questão acerca da informação relevante relativa aos utentes, uma das fisioterapeutas reportou-se apenas a informações relativas à resposta do utente ao tratamento. A outra fisioterapeuta tenta fazer um levantamento da informação respeitante à utente, bem como à sua trajectória até ao presente.

“...a avaliação que fiz (...) do Sr., das suas... capacidades... o que é que ele faz e não faz em termos de tratamento (...) em que fase do tratamento é que ele estava (...) quais são os exercícios que ele faz neste momento e porquê. O tratamento quase.” Ft. Natália

“Toda a informação que foi transmitida a mim, não só pela Sra., como pela colega que a acompanhou (...) o historial dela (...) e toda a informação em termos de reabilitação...” Ft. Aurora



c) Relação terapêutica

Ambas as fisioterapeutas referem uma boa relação com os utentes, sendo que uma delas justifica este facto com a sua prestação da informação ao utente, enquanto a outra fisioterapeuta refere a formação de laços afectivos e um trabalho conjunto entre profissional e utente.

“É boa (...) nunca tivemos nenhum... conflito (...) eu sempre lhe tentei também explicar a necessidade de... dos exercícios.” Ft. Natália

“...criámos alguma empatia, sempre delineámos objectivos em comum, trabalhámos sempre juntas (...) foi um bom relacionamento entre profissional-utente, passou um bocadinho mais além porque se cria sempre uma certa amizade...” Ft. Aurora

Ambas as fisioterapeutas relatam a correspondência dos utentes às suas expectativas, existindo num dos relatos alusão à motivação da utente como um aspecto de relevo.

“Sim, sim, completamente...” Ft. Natália

“A Sra. correspondeu muito (...) É uma pessoa com muita força de vontade, muito lutadora e sempre pronta para trabalhar (...) e para alcançar o seu máximo objectivo que era ser o mais independente.”
Ft. Aurora

Ao serem questionadas acerca da correspondência da intervenção às expectativas dos utentes, uma fisioterapeuta não se quis pronunciar em relação à satisfação do utente, a outra fisioterapeuta referiu que apesar de não terem conseguido (fisioterapeuta e utente) eliminar o problema físico, a utente conseguiu atingir as competências adaptativas e funcionais que tinham planeado.

“...se calhar é uma pergunta para lhe fazer a ele (...) pelo menos (...) nunca se queixou” Ft. Natália

“...eu acho que sim (...) nós não conseguimos reduzir o flexo, o máximo possível (...) Na altura em que lhe foi dada alta da Fisioterapia, ela estava tal e qual como nós tínhamos planeado, portanto penso que correu bem.” Ft. Aurora



d) Relevância da intervenção na condição de saúde

Quando colocada a questão “*Atribui mais ou menos importância à Fisioterapia uma vez que a condição é irreversível?*”, uma fisioterapeuta referiu importância similar para ambas as situações, reversível e irreversível, uma vez que a pessoa necessita de ensino por parte da fisioterapeuta de modo a assegurar determinados cuidados. A outra fisioterapeuta iniciou a resposta por esclarecer o que identificava como condição irreversível distinguindo-a da condição alvo da intervenção da Fisioterapia, referindo posteriormente que a Fisioterapia, embora importante não é o único tipo de intervenção.

“...acho que nunca pensei nisso (...) uma situação sendo reversível também precisa de (...) certos ensinamentos, de certos cuidados nossos e... e eles também porque... vão viver assim para sempre...” Ft. Natália

“Condição irreversível... A pessoa não volta a ter perna (...) Eles querem é voltar a ser independentes, a ter a vida que tinha anteriormente (...) A Fisioterapia é muito importante. Não é a única coisa (...) Às vezes poderá haver a necessidade de algum acompanhamento psicológico (...) mas é muito importante a Fisioterapia, juntamente com a força de vontade do utente.” Ft. Aurora

e) Deficiência física permanente e incapacidade

Interrogadas acerca da relação entre a condição irreversível e a irreversibilidade ou não da incapacidade, uma das fisioterapeutas exprimiu que a incapacidade é uma condição irreversível, mas que tem a possibilidade de ser atenuada consoante o estadio etário dos doentes. A outra fisioterapeuta retorquiu com a identificação da irreversibilidade na condição estritamente física, revelando a aceitação da imagem corporal como ponto de partida para o estabelecimento de objectivos distintos por cada pessoa, sendo essa a condição alvo da intervenção da fisioterapeuta. Deste modo, relaciona a incapacidade com a condição física e com a integração da imagem corporal e com utilização de tecnologias de apoio.

“...a incapacidade às vezes também depende um bocadinho do tipo de doente (...) um doente de 80 anos, se calhar tem mais dificuldade (...) uma pessoa mais nova não (...) a incapacidade... não é... reversível, mas é... sei lá, atenuável.” Ft. Natália

“A condição física é irreversível. (...) Nós temos que ver qual é a condição pretendida pelo doente (...) às vezes é mais importante, se calhar até mesmo a condição psicológica do que propriamente a



condição física (...) a partir do momento em que eles aceitam a nova imagem corporal, cada um deles vai estabelecer prioridades e objectivos completamente diferentes (...) e isso tem a ver com cada um, e essa é a condição que eu pego (...) sem ser física, é a negação ou a não-aceitação da nova imagem corporal (...) mas sim vai voltar a poder usar uma prótese, logo a incapacidade deixa de ser irreversível.” Ft. Aurora

f) Saúde

Foi ainda pedido às fisioterapeutas que dessem a sua opinião acerca do utente ser ou não uma pessoa saudável, ao que uma das fisioterapeutas, baseando-se em aspectos estritamente biológicos respondeu que não, enquanto a outra fisioterapeuta classificou a utente como saudável, salientando as vertentes psicológica e comportamental para o efeito.

“Ele não é uma pessoa saudável. Tem diabetes, tem aquele problema no membro remanescente, no outro membro... por isso eu acho que ele não é uma pessoa saudável.” Ft. Natália

“Sim, sim, muito. Muito saudável, pelo menos psicologicamente é uma pessoa muito saudável, com uma força de vontade incrível, mas em termos alimentares também me pareceu uma pessoa muito saudável, com alguns cuidados, por isso de uma maneira geral acho que é uma pessoa saudável.” Ft. Aurora

g) A natureza/finalidade da Fisioterapia

Quando confrontadas com a citação de que “o fisioterapeuta é um profissional da incapacidade”, ambas as fisioterapeutas afirmaram não concordar, mas enquanto uma delas refere não concordar, visto que o trabalho do fisioterapeuta não se resume apenas a intervir na incapacidade mas também na educação e prevenção, a outra fisioterapeuta discorda porque apresenta o trabalho da Fisioterapia não a partir da condição negativa, mas a partir da condição positiva biopsicossocial (a capacidade).

“...não trabalha só ao nível da incapacidade, trabalha também ao nível da prevenção e do ensino (...) deveria até ter um papel mais activo na área da prevenção do que eu acho que tem.” Ft. Natália

“...nós promovemos é a capacidade, não só física, como também muitas das vezes psicológica, estão ambas ligadas certo, não podemos dissociar uma da outra, e daí para a frente, social também...” Ft. Aurora



Dentro do mesmo propósito de falarem sobre o que é a Fisioterapia do seu ponto de vista, foi pedido às fisioterapeutas que comentassem a citação “os profissionais de saúde não dão esperança, o que dão é funcionalidade, autonomia e independência”. A fisioterapeuta Natália afirmou que os profissionais de saúde dão esperança com base na capacitação técnica que dispõem e que permite aos utentes atingirem aqueles objectivos, enquanto que a outra fisioterapeuta refutou a afirmação dizendo que é parte essencial da intervenção dar esperança aos utentes, mas que o sucesso do plano de intervenção parte de um trabalho conjunto entre profissional e utente.

“ [Os fisioterapeutas] Dão esperança dando funcionalidade, autonomia e independência e... acho que dão esperança no sentido em que as pessoas ao terem esta autonomia, vão conseguir fazer coisas que se calhar achavam até que nunca mais iriam conseguir fazer (...) nós nunca... dizemos que achamos que eles vão conseguir fazer coisas que nós próprios achamos que não vão conseguir fazer (...) às vezes são muito negativos e acham que nunca vão conseguir e... então nós temos que combater um bocado isso...” Ft. Natália

“...promovemos funcionalidade (...) nós não damos nada a ninguém, nós promovemos autonomia e independência (...) mas também damos esperança (...) não somos nenhuns santos... não somos, nem ninguém faz milagres, mas temos que dar esperança (...) nós não estamos a trabalhar com um caso clínico, estamos a trabalhar para um todo (...) temos que ser realistas, mas temos que voltar a dar esperança às pessoas.” Ft. Aurora



VI. Discussão

Das informações recolhidas nas entrevistas, é possível identificar nas fisioterapeutas duas formas distintas de pensar e conseqüentemente duas formas de agir perante os casos das pessoas que trataram. Apesar de inicialmente ambas as fisioterapeutas exprimirem ideias similares acerca da identificação dos problemas dos seus utentes, baseadas em aspectos biológicos do corpo humano e em aspectos de independência funcional e adaptação derivados dessas mesmas características biológicas, ao longo da análise das entrevistas verifica-se um afastamento cada vez mais marcado no seu discurso, que se reflecte no que expressam relativamente à sua prática clínica.

Por seu turno verificou-se ainda que as expectativas das pessoas com amputação, não só em relação ao trabalho da Fisioterapia, mas em relação à sua vivência com o problema de saúde é diferente, em resultado do modo como o “Eu” de cada um se revê na vida com a condição que adquiriu.

A discussão salientará estes aspectos.

a) Objecto de intervenção da Fisioterapia

Sobre quem incide a intervenção das fisioterapeutas? O organismo, o indivíduo ou a pessoa no seu contexto?

No caso da fisioterapeuta Natália pode afirmar-se que a fisioterapeuta não ultrapassa a dimensão da deficiência na sua abordagem, e neste sentido desmente a referência que Carrie Hall faz quando refere que o enfoque do fisioterapeuta na estrita abordagem da deficiência faz parte do passado. ⁽⁹⁾ Deste modo, pode concluir-se que o objecto de intervenção da fisioterapeuta é o organismo onde reside a deficiência, facto que se conjuga com a perspectiva biomédica, uma vez que as preocupações traduzidas ao longo da entrevista se circunscrevem a aspectos do corpo físico. Isto verifica-se por exemplo quando a fisioterapeuta efectua uma listagem dos objectivos de intervenção, apresentando uma série de objectivos genéricos previstos para uma condição de amputação, facto este que se justifica posteriormente quando a fisioterapeuta revela a existência de um protocolo de intervenção que inclui etapas bem definidas a aplicar nas fases de recuperação pós-cirúrgica.



“ [Objectivos estabelecidos para este Sr.?] ...aumento ou manutenção da força muscular e das amplitudes articulares...” / “...temos um protocolo de amputados (...) nas várias fases...” / “...no internamento é essencialmente o ensino de posturas (...) há muita tendência para joelhos e ancas ficarem com flexo...” Ft. Natália

Toda a informação relevante transmitida sobre o Sr. Machado, refere-se exclusivamente à esfera das componentes estruturais e funcionais do corpo físico, sem qualquer referência a aspectos directamente relacionados com a vida do utente, o que vem apoiar a afirmação de Rothstein quando este refere que as medidas de força muscular e amplitudes articulares são simples medidas de deficiência que reflectem a função de órgãos, não reflectindo necessariamente os sintomas das pessoas ou a sua capacidade para viver uma vida útil. ⁽⁸⁾ A fisioterapeuta chega inclusivamente a colocar como sujeito da acção partes corporais com deficiência ao invés de pessoas com problemas. Como refere ainda Rothstein, este modo de abordagem levado ao extremo poderá colocar os fisioterapeutas sob o risco de se focarem não nas deficiências em si, mas apenas nas medidas que reflectem a presença de tais deficiências, sob a falsa pretensão que a alteração dessas medidas assegurará resultados clínicos significativos.

No caso da fisioterapeuta Aurora verifica-se uma tentativa de tratar a pessoa como um “todo”, havendo mesmo referência a essa forma de abordagem. No entanto, ao longo do seu discurso verifica-se uma forma de falar e agir perante os utentes enquadrada com uma abordagem multidimensional da pessoa – biopsicossocial. Pode desta forma afirmar-se que o objecto de trabalho da fisioterapeuta Aurora é a deficiência e a incapacidade, no sentido em que são descritos no modelo do I.C.I.D.H., sendo que a fisioterapeuta actua sobre o organismo biológico, mas também na pessoa funcional, na consideração de que a acção nessas duas vertentes trará repercussões a nível da sua vida social. Verifica-se ainda a atribuição de um peso considerável aos relatos pessoais da utente na forma de abordar a incapacidade...

“...em primeiro lugar a ter em consideração é aquilo que a pessoa quer...” / “...nós promovemos é a capacidade, não só física, como também muitas das vezes psicológica, estão ambas ligadas, certo, não podemos dissociar uma da outra, e daí para a frente, social também...” / “...não estamos a trabalhar com um caso clínico, estamos a trabalhar para um todo...” Ft. Aurora



Como afirma Guccione,⁽⁸²⁾ o objectivo máximo de qualquer programa de reabilitação é o retorno das pessoas a um estilo de vida, o mais normal e integral possível ou, alternativamente, à manutenção ou maximização da função remanescente. Esta afirmação permite assim, a comparação entre um modo de abordagem limitado às deficiências e às medições que traduzem essas deficiências para um estilo de abordagem mais positivo que se foca primeiramente na pessoa, abordagem esta que parece fazer parte do trabalho desenvolvido pela fisioterapeuta Aurora.

“...nós não conseguimos reduzir o flexo o máximo possível (...) A partir do momento em que ela consegue andar sozinha, ter uma marcha funcional com canadianas e com a prótese, sem qualquer tipo de ajuda, penso que esse é o meu objectivo principal” Ft. Aurora

O relato desta fisioterapeuta vem ainda suportar a afirmação de Rothstein quando este menciona que um objectivo deve estar relacionado com a função da pessoa que procura tratamento. A capacidade da pessoa para deambular ou participar em actividades recreativas e a capacidade da pessoa para completar actividades diárias representam objectivos legítimos e significativos.⁽⁸⁾

b) Fundamentos e finalidade da Fisioterapia

Como já referido inicialmente, verifica-se a adesão de ambas as fisioterapeutas a um modelo de carácter científico na invocação da observação como fundamento da recolha de informação, e que é sustentada na assunção da separação técnico (o que sabe) e utente (o que não sabe), e por isso necessita de ser “observado”. No entanto, ao longo da entrevista verifica-se que enquanto a fisioterapeuta Natália se mantém fiel a este modo de abordagem, a fisioterapeuta Aurora não se foca exclusivamente num modelo mecanicista, mas complementa a sua abordagem com outras vertentes que considera igualmente ou mais importantes. Daí que, quando confrontadas com a citação “os profissionais de saúde não dão esperança, o que dão é funcionalidade, autonomia e independência”, a fisioterapeuta Natália revele não incluir a esperança nas “armas” terapêuticas da Fisioterapia, mas refere que este é um *output* que surgirá do sucesso decorrente da aplicação dos saberes técnicos da Fisioterapia.

“Dão esperança dando funcionalidade, autonomia e independência e... acho que dão esperança no sentido em que as pessoas ao terem esta autonomia, vão conseguir fazer coisas que se calhar achavam até que nunca mais iriam conseguir fazer” Ft. Natália



Pelo contrário, a fisioterapeuta Aurora recusa a considerar que o fisioterapeuta é que “cura” ou que dá funcionalidade, mas que cria condições/promove a recuperação. Neste processo, entende que cabe no arsenal terapêutico não apenas a capacitação técnica para atender ao problema, mas que também é essencial no mesmo, a *esperança*, o que confirma o detectado em toda a entrevista realizada junto da própria e da sua utente, isto é, a importância que a fisioterapeuta atribui à relação terapêutica e a factores motivacionais como determinantes do sucesso da intervenção.

“Nós não damos nada a ninguém, nós promovemos autonomia e independência sem dúvida alguma. Isto também parte do doente (...) se o doente trabalhar para... consegue ter isso tudo (...) Mas também damos esperança (...) Temos que ser realistas, mas temos que voltar a dar esperança às pessoas...” Ft. Aurora

Como constitui propósito do estudo analisar concepções e abordagens de referência utilizadas pela Fisioterapia, visou-se compreender o lugar que a *incapacidade* tem naquelas formas de abordagem, porquanto, como se apontou na revisão de literatura, personalidades de referência na Fisioterapia advogam a incapacidade como um elemento central da identidade da profissão. ^(8,9,31) Nesta matéria, foi efectuada uma inquirição mergulhada em aspectos práticos da intervenção, mas colocou-se igualmente uma questão, de modo a indagar o conceito em abstracto: *“Como comenta a citação de que o fisioterapeuta é um profissional da incapacidade?”*

De modo muito coerente com as suas respostas em toda a entrevista, a fisioterapeuta Natália enuncia o que os documentos formais da profissão dizem sobre a mesma (ver a este respeito o ponto 1. e mais concretamente a enunciação de Joy Higgs, Kathryn Refshauge e Elizabeth Ellis descrita na revisão de literatura), isto é, há um modelo profissional científico que a fisioterapeuta Natália sustenta, de modo a apresentar o domínio do saber da profissão.

“...o fisioterapeuta não... não trabalha só ao nível da incapacidade, trabalha também ao nível da prevenção, do ensino... não é só quando as pessoas já estão doentes...” Ft. Natália

De modo igualmente concordante, a fisioterapeuta Aurora traduz uma perspectiva positiva congruente com uma abordagem biopsicossocial, não limitando a concepção de incapacidade a uma vertente física, mas dando relevo às vertentes psicológica e social numa



perspectiva de promoção da capacidade, identificando-se a sua resposta inteiramente com as ideias transmitidas pelo I.C.F.

“Recuperamos determinadas incapacidades, mas não poderemos ser vistos como profissionais da incapacidade (...) nós promovemos é a capacidade, não só física, como também muitas das vezes psicológica, estão ambas ligadas certo, não podemos dissociar uma da outra, e daí para a frente, social também...” Ft. Aurora

c) Consideração da experiência subjectiva

No caso da fisioterapeuta Natália é possível afirmar que a relação estabelecida entre profissional e utente é uma relação hierárquica, uma vez que se verifica ao longo de toda a entrevista a ausência de consideração pelas opiniões do respectivo utente, e mesmo a ausência de procura das mesmas. Embora a fisioterapeuta refira recolher a informação respeitante aos factores contextuais, esta informação, se utilizada, é-o apenas no sentido de apoiar os procedimentos protocolares aplicados pela fisioterapeuta no que respeita à restauração das capacidades funcionais físicas. De facto, ao analisar o relato do Sr. Machado no que concerne à Fisioterapia verifica-se a desigualdade desta relação terapêutica, notando-se a submissão e a passividade do utente relativamente às competências técnicas da fisioterapeuta, sendo talvez por isso que a fisioterapeuta se refere ao Sr. como uma pessoa muito acessível.

“ [A intervenção correspondeu às expectativas do Sr.?] ...se calhar é uma pergunta para lhe fazer a ele...”/ “...nós perguntamos sempre aos doentes se vivem sozinhos (...) para sabermos também... o que é que temos que fazer com eles aqui...” Ft. Natália

“...ela sabe o que é que eu tenho que fazer, diz-me o que é que eu tenho que fazer. Eu sei o que ela quer que eu faça, e pronto, faço... (...) Elas já sabem de antemão os erros que a gente comete, então apontam-nos e nós temos que chegar à conclusão que elas estão certas. Então é não fazer asneira e sim fazer correctamente. Porque é melhor, para ela, ela não nos chateia mais, porque vê que estamos a fazer bem e nós aprendemos, e está tudo bem.” Sr. Machado

“...o Sr. também é uma pessoa bastante acessível...” Ft. Natália

A ausência de informações respeitante a este domínio é ainda inteiramente denunciada quando na comparação das duas entrevistas, se verifica a discrepância de informação relativa aos acessos da residência do Sr. Machado.



“...é um senhor que vive num 6º andar e... para descer os degraus às vezes, como não tem elevador, é uma dificuldade...” Ft. Natália

“ [Mora num 6º andar não é?] 6º andar com elevador até ao 5º (...) Menos-mal que é só um” Sr. Machado

No caso da fisioterapeuta Aurora, verifica-se indubitavelmente o estabelecimento de uma relação de partilha entre profissional e utente, com referências constantes a dois sujeitos de acção – fisioterapeuta e utente. Verifica-se no discurso da fisioterapeuta a referência sempre presente às informações transmitidas pela utente, às necessidades e à própria experiência vivida da utente. Como referenciais da relação terapêutica, a fisioterapeuta refere a empatia, o trabalho conjunto, não só no estabelecimento de objectivos como também no trabalho prático ao longo de todo o processo de reabilitação. Nas palavras da Sra. Adelaide encontra-se a corroboração das afirmações da fisioterapeuta, com todo o agrado que isso provocou.

“...isto pelo que ela me disse (...) foi a experiência dela...” / “...tivemos também que estipular objectivos para promover o fortalecimento do coto...” / “...é uma conversa que eu tenho com o utente para saber quais são os objectivos dele, para irmos ao alcance disso...” / “...nós não conseguimos reduzir o flexo o máximo possível (...) na altura em que lhe foi dada alta da Fisioterapia, ela estava tal e qual como nós tínhamos planeado...” / “...criámos alguma empatia (...) sempre delineámos objectivos em comum (...) trabalhámos sempre juntas para aquele objectivo (...) foi um bom relacionamento entre profissional e utente, passou um bocadinho mais além porque se cria sempre uma certa amizade com alguns utentes...” Ft. Aurora

“Ela é que me dizia, portanto, vamos fazer assim, vamos fazer assado, o que é que acha, e eu disse-lhe “vamos experimentar”, experimentava...” / “[Correspondeu às expectativas da terapeuta?] Ela pelo menos diz que sim.” / “Como é que eu me posso esquecer daquela gente (...) o carinho, a ternura, não há nada que pague...” Sra. Adelaide

d) Deficiência, incapacidade e sua relação

Segundo a perspectiva da fisioterapeuta Natália, a incapacidade deriva directamente da presença de uma deficiência biológica. A incapacidade é conceptualizada estritamente em termos de factores intrínsecos – físicos – do organismo, e nesse sentido chega à conclusão que a irreversibilidade da deficiência determina a irreversibilidade da incapacidade, podendo esta



sofrer algumas modificações em função da etapa do ciclo de vida em que a pessoa se situa. A incapacidade é entendida como um atributo pessoal, directamente relacionada com o estado físico da pessoa na relação com um referencial de capacidade para a acção.

[Se a condição é irreversível, a incapacidade também o é?]

“Se a condição... Não... a incapacidade às vezes também depende um bocadinho do tipo de doente, não é? Se for um doente de 80 anos, se calhar tem mais dificuldade em deambular ou até em fazer às vezes transferências, se for uma pessoa mais nova não, quer dizer, a incapacidade... não é... reversível, mas é... sei lá, atenuável.” Ft. Natália

A fisioterapeuta Aurora recusa considerar a sua intervenção estritamente ao nível da deficiência, ao recusar qualificar a condição como irreversível, visto que a *condição* (termo ambíguo propositadamente colocado na pergunta) não se confina somente ao corpo físico, mas diz também respeito a situações de vida experienciadas pelas pessoas. Nesta medida, valoriza o trabalho da Fisioterapia no sentido de agir de modo a facilitar o restabelecimento funcional da pessoa numa dada situação de vida. Para não recusar a qualidade de *irreversibilidade*, a fisioterapeuta Aurora mostra que pensa a incapacidade com alguma autonomia em relação à deficiência e sujeita a um “determinismo” fraco da deficiência. A razão deve-se ao facto de pensar a incapacidade não apenas em termos de factores intrínsecos, mas também de factores extrínsecos ao corpo físico, como a adaptação a tecnologias de apoio. Nos factores intrínsecos considera para além da componente física de adaptação às estruturas e funções corporais, a importância da componente psicológica na adaptação à nova imagem corporal. Verifica-se assim, a existência de uma concepção de incapacidade mais abrangente que admite a variabilidade da incapacidade independentemente da irreversibilidade da deficiência física e que estará dependente de factores intrínsecos psicológicos da pessoa, e de factores extrínsecos que poderão ser manipulados de modo a reduzir essa incapacidade. Ainda assim a incapacidade é vista com um atributo pessoal, uma vez que depende de factores que residem na própria pessoa. Mesmo no que concerne aos factores externos de assistência técnica, estes pressupõem uma adaptação intrínseca por parte da pessoa.

“Condição irreversível... boa. A pessoa não volta a ter perna, não é (...) A condição física é irreversível (...) Eles querem é voltar a ser independentes e ter a vida que tinham anteriormente (...) [A incapacidade] ...sem ser física, é a negação não-aceitação da nova imagem corporal (...) ela



não vai voltar a ter uma perna, mas sim vai voltar a poder usar uma prótese, logo a incapacidade deixa de ser irreversível...” Ft. Aurora

e) Saúde, doença e funcionalidade

O desenvolvimento do I.C.F. teve como propósito, entre outros, proporcionar uma base científica reportada a componentes de saúde, relegando a etiologia das doenças para uma componente de carácter neutro na classificação.⁽¹⁰³⁾ De acordo com a fisioterapeuta Natália a saúde é entendida como uma categoria absoluta, classificada como a ausência de *doença-disease*. A saúde é definida como a ausência de aspectos físicos disfuncionais do corpo humano, sendo que na presença de uma anormalidade estrutural e funcional do corpo humano – deficiência – a pessoa é definida como não saudável. Pode, desta forma afirmar-se que a fisioterapeuta Natália define a saúde estritamente ao abrigo da definição negativa institucional – biomédica. Apesar de se identificar nos relatos da fisioterapeuta Natália, a referência ao conceito de independência reportado à realização de actividades no lar, este conceito é apenas invocado para justificar a ausência de problemas de maior relevo na capacidade adaptativa do utente, derivados da doença. De acordo com esta fisioterapeuta os conceitos de *saúde* e *funcionalidade* não se confundem, pois a verificação da presença da *doença-disease* é suficiente e por si só decisiva para qualificar a pessoa como doente. Pode, deste modo, considerar-se que a fisioterapeuta Natália se insere incontestavelmente num estado “pré-I.C.F.”

“...este senhor é muito independente, ele já há muito tempo que anda de canadianas (...) claro que tem algumas dificuldades (...) o problema principal dele acho que é mesmo sair de casa (...) lá em casa ele é completamente independente...” / “Ele não é uma pessoa saudável... tem diabetes, tem aquele problema no membro remanescente, no outro membro... por isso eu acho que ele não é uma pessoa saudável.” Ft. Natália

Segundo a fisioterapeuta Aurora, a saúde define-se de modo mais multidimensional, podendo coexistir com deficiências verificadas a nível das estruturas e funções corporais. A saúde é um compósito de factores físicos, psicológicos e comportamentais, podendo situar-se, como diz Blaxter,⁽²⁹⁾ na categoria de saúde como comportamento ou estilo de vida caracterizada pela tomada de precauções de forma a evitar a doença.



“Muito saudável, pelo menos psicologicamente é uma pessoa muito saudável, com uma força de vontade incrível, mas em termos alimentares também me pareceu uma pessoa muito saudável...” Ft. Aurora

Verifica-se ainda no discurso desta fisioterapeuta a ligação estabelecida entre saúde e funcionalidade através da utilização do conceito de independência, entendido como a capacidade para realizar determinadas actividades, sendo que a fisioterapeuta não refere apenas que a pessoa é independente mas também que quer ser independente e que luta por isso. Existe por isso a demarcação de um perfil psicológico normativo que a fisioterapeuta reconhece na utente e que a faz valorizar a mesma.

Pode deste modo afirmar-se que a fisioterapeuta, adoptando uma concepção positiva de saúde de acordo com uma abordagem biopsicossocial considera a influência dos factores contextuais na relação com o indivíduo. No entanto, esta relação é sempre entendida como sujeita ao ajustamento da pessoa a normas psicológicas de adaptação e a normas sociais do contexto externo. A fisioterapeuta Aurora tem presente uma norma psicológica extremamente firme no que concerne à pessoa funcional – na adaptação da pessoa ao corpo – e a aceitação passa pelo facto de a pessoa, mesmo na posse de uma limitação funcional, continuar a aspirar à maximização da função, o que vem evocar as palavras de Nordenfelt ⁽¹⁰⁷⁾ quando este exprime que a incapacidade é definida na pessoa, não apenas pelas limitações funcionais, mas também por uma componente de motivação para a acção.

“...ela é uma pessoa muito independente nas suas actividades de vida diária, em termos de transferências (...) Eles querem é voltar a ser independentes, a ter a vida que tinham anteriormente, isto quando as pessoas aceitam a situação (...) no caso da Sra. que aceitou perfeitamente. (...) A Sra. correspondeu muito [ao plano de intervenção], é uma pessoa com muita força de vontade, muito lutadora e sempre pronta para trabalhar, trabalhar, trabalhar e para alcançar o seu máximo objectivo que era ser o mais independente...” Ft. Aurora

As pessoas com amputação percebem-se ambas como pessoas saudáveis e fundamentam esta auto-percepção invocando o facto de não terem doenças e nesta medida, partilham de uma concepção de saúde vista como a ausência de doença, e que foi amplamente verificada nos estudos já mencionados de Herzlich e Blaxter. ⁽³²⁻³⁴⁾ A questão que então se coloca é a seguinte: como se explica que o Sr. Machado partilhando com a sua fisioterapeuta dessa concepção negativa de saúde, tire uma conclusão oposta à da fisioterapeuta? Como se



explica que a Sra. Adelaide, não se baseado numa concepção positiva de saúde como acontece com a sua fisioterapeuta, retire, no entanto, a mesma conclusão que esta, isto é, que é uma pessoa saudável? Encontra-se a explicação para este aparente paradoxo nestes factos:

- No caso do Sr. Machado, ele apenas tem em conta o passado e neste releva o facto de limitar o processo de doença àquele que conduziu à amputação da perna, não entendendo a deficiência que adquiriu como uma doença, mas pelo contrário, como a resolução da doença.

“...tirando isto da parte deste problema que eu tive, sem dúvida nenhuma...” Sr. Machado

- No caso da Sra. Adelaide, a saúde é vista como uma reserva, uma vez que é algo que caracteriza como a vivacidade diária que apresenta, e que de acordo com Herzlich, ^(32,33) é algo que se “tem” e que nos permite trabalhar, fazer a nossa vida e defender contra a doença e recuperar dela.

“Considero porque eu nunca tive doença nenhuma...” / “...a mesma vida que tinha, a mesma vivacidade, tenho na mesma, há um dia ou outro que estou um bocadinho mais em baixo, mas depois, a vida volta outra vez ao normal.” Sra. Adelaide

f) Relação do “Eu” com o problema de saúde e com os “outros”

Como referido anteriormente, a forma como as pessoas reagem face a uma determinada doença pode ser melhor compreendida se conhecermos a sua representação ou as suas interpretações subjectivas sobre as alterações percebidas. ⁽³³⁾ A deficiência e a incapacidade são igualmente experienciadas e pensadas em referência à sociedade na qual a pessoa se encontra inserida ou excluída, consoante o ajustamento que efectua entre as exigências sociais e a sua condição de saúde. ⁽¹¹⁴⁾ Deste modo, compreender a experiência da doença e da incapacidade conduz a conhecer o passado percebido, o presente vivido e o futuro projectado.

No caso da Sra. Adelaide, o processo que levou à amputação é atribuído a uma sucessão de erros médicos, sendo a amputação vista como a consequência última de todos esses erros, pelo que a Sra. expressa ao longo de toda a entrevista sentimentos de indignação e raiva no que concerne a este aspecto dos cuidados de saúde.



A Sra. Adelaide apresenta uma percepção negativa de todo o processo que levou à amputação, aliada a um sentimento negativo de isolamento social, não apenas das pessoas com que lidava diariamente, mas também por parte dos familiares mais próximos, aspecto responsável pelo forte sofrimento emocional que exprime. Na Sra. Adelaide, a incapacidade ressalta como uma relação entre si e o meio, uma vez que ela se reconhece e valoriza como uma pessoa vivaz, recordando com nostalgia a sua vida antes da amputação. Deste modo, a incapacidade sobressai nesta Sra. porque ela se auto-reconhece com uma vivacidade que não pode aplicar na prática, por um lado devido às percepções negativas que tem das limitações funcionais sentidas no desempenho de actividades, por outro pela falta de apoio social.

De acordo com a tipologia de ajustamento às doenças crónicas apresentada por Radley e Green, ⁽¹¹⁴⁾ pode constatar-se a Sra. Adelaide, apesar de valorizar negativamente a amputação, pelas dificuldades que daí advém, tenta adaptar-se à amputação através de uma redefinição normativa da sua condição – *Self* complementar à doença.

“ [Ultrapassei os períodos mais baixos] A olhar para trás e a pensar assim: ainda há pessoas piores que eu, em circunstâncias bem piores que eu.” / “...felizmente aprendi que tenho que viver com aquilo que tenho, tenho que viver nestas condições.” Sra. Adelaide

No que concerne à sua participação social, esta foi radicalmente diminuída, não por razões de falta de motivação para tal, mas pelas limitações funcionais sentidas, pelas barreiras impostas pelo meio físico, bem como, pela falta de apoios sociais – Participação social perdida.

“...não posso sair de casa porque não consigo, não tenho ninguém que me desça, não tenho elevador, não tenho coisíssima absolutamente nenhuma” Sra. Adelaide

Deste modo, pode afirmar-se que a Sra. Adelaide efectuou uma integração da condição na sua vida através da modificação de objectivos, isto é, através da reestruturação do padrão de normalidade, o que se enquadra no tipo de *acomodação* do modelo de adaptação exposto na revisão de literatura. No entanto, uma vez que a participação social é retida por forças maioritariamente externas, a perda de actividade social é acompanhada por um sentido de espanto pela amputação, ficando sujeita às suas vicissitudes. Verifica-se um afastamento daquilo que a pessoa era, sendo que a forma de resposta é numa tentativa de superar-se



através de uma afirmação pela maximização de todas as actividades ao seu alcance no seu quotidiano e pela vontade de ampliar esta independência.

“ Faço tudo, tudo, tudo, tudo, tudo (...) assim que me levanto da cama começo logo a magiar: tenho que ir fazer isto e aquilo (...) [A fisioterapeuta] é que me dizia, portanto, vamos fazer assim (...) o que é que acha, e eu disse-lhe: vamos experimentar, experimentava...” Sra. Adelaide

No caso do Sr. Machado, o que levou à amputação foi um problema de índole biológica, reconhecida como doença, pelo que a amputação é vista como um “mal necessário” para a resolução do problema de saúde apresentado.

No Sr. Machado a incapacidade encontra-se somente ligada à dificuldade na realização de actividades, podendo ser igualmente entendida como um atributo pessoal. O Sr. não apresenta uma percepção negativa da incapacidade pois dentro da estratégia adaptativa que interiorizou, estabelece objectivos de baixo nível, de forma a não avaliar negativamente as suas limitações, ajustando-se na inactividade. Interiorizou a submissão a uma norma, não se verificando deste modo uma ruptura/insatisfação entre os seus desejos e essa mesma norma.

Ainda de acordo com a tipologia apresentada por Radley e Green, ⁽¹¹⁴⁾ verifica-se no Sr. Machado a integração da amputação na sua vida através de uma estratégia de redução de expectativas – *Self* complementar à doença.

“...encaro isto como uma coisa comum (...) é tentar ultrapassar o melhor possível” Sr. Machado

No entanto, denota-se um afastamento da participação social, não por motivos de incapacidade, mas por motivos de falta de motivação – Participação social perdida.

“...de vez em quando venho, dou um saltinho até cá abaixo, mas às vezes também me permito, me dou ao luxo de uma ‘calanzicezinha’.” Sr. Machado

Pode assim afirmar-se que o Sr. Machado efectuou a integração da condição na sua vida. No entanto, a participação social é retida também por falta de motivação para maximizar as interacções sociais, o que sustenta a sua inclusão no modelo de Radley e Green, ⁽¹¹⁴⁾ mais polarizada no tipo dos *ganhos secundários* do que na *acomodação*, isto é, a sua inacção é



vivida positivamente ao contrário do que acontece com a Sra. Adelaide. Paradoxalmente a incapacidade do Sr. Machado atenua-se por força da experiência subjectivamente vivida como positiva da inacção.

VII. Conclusão

Verifica-se ao longo do desenvolvimento histórico do grupo profissional da Fisioterapia a procura constante da alteração do seu estatuto de trabalho a partir da valorização estratégica do ensino, com intuito de adquirir maiores conhecimentos e competências com a finalidade de conseguir o melhor posicionamento no mercado de trabalho. Assim sendo, o propósito deste estudo é apresentar um momento decisivo na formação da profissão, momento em que a mesma se pode pensar e repensar relativamente ao que a constitui e aos caminhos que pretende seguir.

Para esse efeito torna-se necessária a existência de estudos científicos e empíricos que analisem a prática da própria profissão (1) na interrelação com as pessoas que cuidam, ao invés de fechada sobre si própria e (2) que vá para lá dos *clichés* e dos pensamentos bem intencionados. Consequentemente, o trabalho exposto procurou efectuar um estudo empírico sobre práticas adoptadas pelos profissionais de saúde – fisioterapeutas – e sobre o modo como essas práticas se articulam com conhecimentos estratégicos, sem, no entanto, procurar fazer julgamentos de valor sobre essas práticas.

Do estudo efectuado foi possível observar dois perfis de abordagem distintos, um primeiro reconhecido na fisioterapeuta Natália e que se encontra muito relacionado com o modelo reducionista biomédico; e um segundo perfil identificado na fisioterapeuta Aurora, através da utilização de uma abordagem mais ampla, biopsicossocial. Ainda assim, foram também encontrados aspectos de abordagem comum entre as fisioterapeutas e que a literatura tem apontado como sendo muito correntes na prática da Fisioterapia, apesar da adesão cada vez mais marcada a abordagens multidimensionais e que dão relevo ao impacto social da incapacidade. Estes aspectos comuns reportam-se a uma abordagem individualista dos utentes através de uma intervenção que os exclui do seu contexto de vida, e mesmo quando este é considerado, é-o no sentido de fixar normas a que os utentes têm que se sujeitar, sob pena de se desviarem do que é o “ser humano normal”.

A informação recolhida permite simultaneamente mostrar que apesar das formas de abordagem diferirem nos casos estudados, os mesmos exprimem níveis de ajustamento entre profissionais e utentes que explicam a satisfação mútua que foi igualmente apreendida neste estudo. De facto, pode concluir-se em função da satisfação dos utentes, que a relação entre a



fisioterapeuta Natália e o Sr. Machado e a relação entre a fisioterapeuta Aurora e a Sra. Adelaide, foram relações ajustadas e neste sentido harmoniosas, muito embora se tenha observado que são francamente distintas. A justificação de tal ocorrência assenta no facto de se ter obtido em ambas as relações o mesmo nível de compreensão e de expectativas mútuas quanto ao trabalho da Fisioterapia, embora num caso se situe num nível baixo (fisioterapeuta Natália e Sr. Machado) e no outro num nível mais elevado (fisioterapeuta Aurora e Sra. Adelaide). No relacionamento verificado entre a fisioterapeuta Natália e o Sr. Machado, a fisioterapeuta baseia a sua intervenção numa abordagem restrita a componentes do domínio biológico, com o propósito elementar de restabelecer o funcionamento de partes corporais, o que se enquadra com o baixo nível de expectativas e motivação para a actividade, apresentadas pelo Sr. Machado, daí que este valorize positivamente o trabalho da Fisioterapia. Já no caso da fisioterapeuta Aurora, esta vê a pessoa numa perspectiva mais alargada e valoriza grandemente o ponto de vista dos utentes, a sua motivação e os seus objectivos. Deste modo, pode afirmar-se que a Sra. Adelaide encontrou na fisioterapeuta um “porto de abrigo” ao estabelecer com a fisioterapeuta um relacionamento de alta intensidade e elevado apoio, principalmente emocional, valorizando igualmente como positivo o trabalho da Fisioterapia.

A conclusão que se pode retirar dos dados analisados assemelha-se à conclusão que Raman e Levi ⁽²⁾ tiraram quando analisaram a documentação que guia a prática da Fisioterapia nos Estados Unidos, concluindo que, embora a incapacidade possa ser causada por factores individuais e ambientais, ela é entendida para os fisioterapeutas como um problema essencialmente individual. Similarmente, o presente trabalho corrobora inteiramente a conclusão daquele estudo ao ter verificado que as intervenções da Fisioterapia são pensadas e “desenhadas” para apoiar os indivíduos na conformação às normas existentes, sejam estas de natureza biológica, psicológica ou social.

Neste ponto, entende-se que a Fisioterapia necessita de alargar os seus horizontes e pensar as intervenções a médio e longo prazo numa relação criativa com as formas subjectivas das pessoas experienciarem o problema que as atinge e nesta medida ter a capacidade de mudar de paradigma, ou seja, de modificar o seu ponto de vista desde uma abordagem baseada em modelos científico-experimentais até uma abordagem de compreensão das experiências vividas das pessoas com quem trabalham e deste modo actuar sob um paradigma experiencial/fenomenológico. Todavia, uma abordagem de carácter holista consegue apenas



ser obtida emergindo na experiência de vida das pessoas, pois somente a partir destas é que se consegue obter a integridade da pessoa provida de um sentido existencial que lhe dá unidade e lhe projecta um futuro.

Pode assim concluir-se que os fisioterapeutas não se devem contentar com a auto-invocação de tratarem das pessoas no seu todo, mas devem tentar testar na prática se realmente o fazem. Do mesmo modo, não devem convencer-se, pelo simples facto de o modelo biopsicossocial ser uma “moda”, que o seguem no desenvolvimento do seu trabalho.



VIII. Agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização deste trabalho. Em especial, ao professor Artur Valentim pelo apoio e dedicação incansáveis, bem como pela amizade e compreensão demonstradas ao longo de toda esta jornada.



IX. Referências bibliográficas

1. Jorgensen P. Concepts of body and health in physiotherapy: the meaning of the social/cultural aspects of life. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2000;16;105-15.
2. Raman S, Levi SJ. Concepts of disablement in documents guiding physical therapy practice. *Disability and Rehabilitation*. 2002;24(15):790-7.
3. Grundén I, Ottosson T. Making sense of the body: physiotherapist's way of talking about body and learning. In: Fridlund B, Hildingh C, editors. *Qualitative research methods in the service of health*. Lund: Studentlitteratur; 2002. p. 116-29.
4. Roberts P. Theoretical models of physiotherapy. *Physiotherapy*. 1994;80(6):361-6.
5. Higgs J, Refshauge K, Ellis E. Portrait of the physiotherapy profession. *Journal of Interprofessional Care*. 2001;15(1):79-89.
6. Sim J. The concept of health. *Physiotherapy*. 1990;76(7):423-27.
7. Pratt JW. Towards a philosophy of physiotherapy. *Physiotherapy*. 1989;75(2):114-20.
8. Rothstein JM. Disability and our identity. *Physical therapy*. 1994;74:6-9
9. Hall C. Introdução ao exercício terapêutico e ao modelo de incapacitação modificado. In: Hall C, Brody LT, editores. *Exercício terapêutico na busca da função*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 1-8.
10. Carpenter C. Conducting qualitative research in physiotherapy. A methodological example. *Physiotherapy*. 1997;83(10):547-52.
11. Jensen GM. Qualitative methods in physical therapy research: a form of disciplined inquiry. *Physical therapy*. 1989;69(6):76-84.



12. Johnson R, Waterfield J. Making words count: the value of qualitative research. *Physiotherapy Research International*. 2004;9(3):121–31.
13. Silverman D. *Doing qualitative research. A practical handbook*. London: Sage publications; 2000.
14. Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor; 2002. p. 71.
15. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research designs: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
16. Finlay L. ‘Going Exploring’: the nature of qualitative research. In: Finlay L, Ballinger C, editors. *Qualitative research for allied health professionals: challenging choices*. Great Britain: John Wiley & Sons, Ltd; 2006. p. 3-8.
17. Shepard K, Jensen GM, Schmoll BJ, Hack LM, Gwyer J. Alternative approaches to research in physical therapy: Positivism and phenomenology. *Physical Therapy*. 1993;73(2):88-101.
18. Chamberlain K, Camic P, Yardley L. Qualitative analysis of experience: grounded theory and case studies. In: Marks DF, Yardley L, editors. *Research methods for clinical and health psychology*. London: Sage Publications; 2004. p. 69-89.
19. Finlay L. Mapping methodology. In: Finlay L, Ballinger C, editors. *Qualitative research for allied health professionals: challenging choices*. Great Britain: John Wiley & Sons, Ltd; 2006. p. 9-29.
20. Seymour W. *Remaking the body. Rehabilitation and change*. London: Routledge; 1998.
21. Psychosocial and functional aspects of chronic illness and disability. In: Falvo DR. *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1999. p. 1-22.



22. Wilkinson S, Joffe H, Yardley L. Qualitative data collection: interviews and focus groups. In: Marks DF, Yardley L, editors. Research methods for clinical and health psychology. London: Sage Publications; 2004. p. 39-55.
23. Flick U. Qualitative research as social transformation. In: Murray M, editor. Critical health psychology. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2004.
24. Moreira DA. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson; 2002.
25. Smith JA, Jarman M, Osborn M. Doing interpretative phenomenological analysis. In: Murray M, Chamberlain K, editors. Qualitative health psychology: theories and methods. London: Sage Publications; 1999. p. 218-40.
26. Freidson E. Profession of medicine – a study of the sociology of applied knowledge. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
27. Gritzer G. Occupational specialization in medicine: knowledge and market explanations. In: Roth JA, editor. Research in the Sociology of Health Care. Vol. 2 Changing structure of health service occupations. Greenwich: Jai Press; 1982. p. 251-83.
28. Swisher LL, Page CG. Professionalism in physical therapy: history, practice and development. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005.
29. Jones RJ. Professionalization. In: Jones RJ, editor. Management in physiotherapy. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1991. p. 11-7.
30. Vital E, Baltazar C, Gavinho C, Mendes I. O processo de profissionalização dos fisioterapeutas portugueses. Revista Portuguesa de Fisioterapia. 2006;1(2):2-13.
31. Helders PJM, Engelbert RHH, Van Dernet J, Gulmans VAM. Physiotherapy quo vadis: towards an evidence-based, diagnosis-related, functional approach. Advances in Physiotherapy. 1999;1:3-7.



32. Reis JC. O sorriso de hipócrates: A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega; 1998.
33. Radley A. Making sense of illness: The social psychology of health and disease. London: Sage Publications; 1994.
34. Blaxter M. Health & lifestyles. London: Routledge; 1990.
35. Aggleton P. Health. London: Routledge; 1990.
36. Blaxter M. Health. Cambridge: Polity Press; 2004.
37. Cooper N, Stevenson C, Hale G. The biopsychosocial model. In: Cooper N, Stevenson C, Hale G, editors. Integrating perspectives on health. Buckingham: Open University Press; 1996. p. 1-17
38. Dubos R. Mirage of health. Utopias, progress and biological change. 2nd ed. New Brunswick: Rutgers University Press; 1996.
39. Bowling A. Measuring health: A review of quality of life measurement scales. 3rd ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.
40. Boorse C. A rebuttal on health. In: Humber J, Almeder R, editors. What is disease? Totowa, NJ: Humana Press; 1997.
41. WHO. Constitution of the World Health Organization. In: Caplan AL, Engelhardt HT, McCartney JJ, editors. Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives. London: Addison-Wesley; 1981. p. 83.
42. Üstün B, Jakob R. Re-defining 'Health'. Bulletin of the World Health Organization. 2005;83:802.
43. Ferreira FAG. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Caloute Gulbenkian; 1990.



44. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of american values and social structure. In: Caplan AL, Engelhardt HT, McCartney JJ, editors. Concepts of health and disease: Interdisciplinary perspectives. London: Addison-Wesley; 1981. p. 69.
45. Seedhouse D. Health: the foundations for achievement. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2001. p. 84
46. Ribeiro JLP. Psicologia e saúde. Lisboa: ISPA; 1998.
47. Naidoo J, Wills J. Health promotion. In: Naidoo J, Wills J, editors. Health studies: an introduction. Basingstoke: Palgrave; 2001. p. 274-307.
48. Garcia P, McCarthy M. Measuring health. A step in the development of city health profiles. Copenhagen: WHO– Regional Office for Europe; 2000.
49. World Health Organization; Health and Welfare Canadá; Canadian Public Health Association. Ottawa charter for health promotion. Ottawa: WHO; 1986. p. 1.
50. Nordenfelt L. Health, science, and ordinary language. Amsterdam: Rodopi; 2001. p. 9.
51. Nordenfelt L. Idem. p. 67.
52. Svenaeus F. A phenomenological analysis of the concepts of handicap and illness. In: Nordenfelt L, Liss PE, editors. Dimensions of health and health promotion. Amsterdam: Rodopi; 2003. p. 97-109.
53. Dubos R. Mirage of health. Utopias, progress and biological change. 2nd ed. New Brunswick: Rutgers University Press; 1996. p. 26.
54. Dubos R. Idem. p. 261.
55. Seedhouse D. Health: the foundations for achievement. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons, Lda.; 2001.



56. Nietzsche F. A gaia da ciência. 5ª ed. Lisboa: Guimarães Editores; 1996. p. 137.
57. Svenaeus F. The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health – Steps towards a philosophy of medical practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001.
58. Good BJ. Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective. New York: Cambridge University Press; 1994. p. 133.
59. Hahn RA. Sickness and healing: an anthropological perspective. New Haven: Yale University Press; 1995.
60. Kugelmann R. Health and illness: A hermeneutical phenomenological approach. In: Murray M, editor. Critical health psychology. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2004. p. 44-57.
61. Mordacci R, Sobel R. Health: A comprehensive concept. In: Caplan AL, McCartney JJ, Sisti DA, editors. Health, disease and illness – concepts in medicine. Washington: Georgetown University Press; 2004. p. 104-9.
62. Gadamer HG. O mistério da saúde – o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70; 1993. p. 109.
63. Weitz R. The sociology of health, illness and health care: a critical approach. Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1996.
64. Freund PES, McGuire. Health, illness and the social body: a critical sociology. 3rd ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall; 1999.
65. Lewontin RC. Biologia como ideologia – a doutrina do ADN. Lisboa: Relógio D`Água; 1991.
66. González MAS. Los problemas conceptuales de la práctica médica. In: Casanova PG, Rosenmann MR, editores. La formación de conceptos en ciencias y humanidades. Madrid: Ediciones Sequitur; 1999.



67. Armstrong D. Theoretical tensions in biopsychosocial medicine. Soc Sci Med. 1987;25(11):1213-8.
68. Behavioral Medicine Associates, Inc. Education Pages. [homepage na internet]; [Acesso em 2007 Maio 09]. Pilgrim D. The biopsychosocial model in anglo-american psychiatry: past, present and future? [aproximadamente 7 telas]. Disponível em: <http://www.critpsynet.freeuk.com/Pilgrim.htm>
69. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In: Caplan AL, McCartney JJ, Sisti DA, editors. Health, disease and illness. Washington: Georgetown University Press; 2004. p. 56-7.
70. Idem. Engel GL. p. 55-9.
71. Lawrence C, Weisz G. Medical holism: the context. In: Lawrence C, Weisz G, editors. Greater than the parts: holism in biomedicine, 1920-1950. New York: Oxford University Press; 1998. p. 1-22.
72. Floyd RD, St. John G. From doctor to healer: the transformative journey. New Brunswick: Rutgers University Press; 1998.
73. Morris DB. Doença e cultura na era pós-moderna. Lisboa: Instituto Piaget; 2000.
74. Bury M. Health and illness in a changing society. London: Routledge; 1997.
75. Cassel EJ. The body of the future. In: Leder D, editor. The body in medical thought and practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1992. p. 233-49.
76. Boorse C. Idem. p. 9
77. Nordenfelt L. On the evolutionary concept of health: health as natural function. In: Nordenfelt L, Liss PE, editors. Dimensions of health and health promotion. Amsterdam: Rodopi; 2003. p. 38-43.



78. Delattre P. Função. In: Enciclopédia Einaudi. Vol. 21. “Método-Teoria/Modelo”. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda; 1992. p. 288-304.
79. Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health and Illness*. 2004;26(3):287-305.
80. Guccione A. Functional assessment. In: O’Sullivan S, Schmitz, editors. *Physical rehabilitation: assessment and treatment*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Co; 2001. p. 311.
81. Dittmar SS. Overview: a functional approach to measurement of rehabilitation outcomes. In: Dittmar SS, Gresham GE. *Functional assessment and outcome measures for the rehabilitation health professional*. Maryland: Aspen Publication; 1997.p. 1-15.
82. Guccione A. Functional assessment. In: O’Sullivan S, Schmitz, editors. *Physical rehabilitation: assessment and treatment*. 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Co; 2001. p. 309-28.
83. Magalhães T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação. Sua aplicação médico-legal. Coimbra: Livraria Almedina; 1998.
84. Bornman J. The World Health Organization’s terminology and classification: application to severe disability. *Disability and Rehabilitation*. 2004;26(3):182-8.
85. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*. 1999;48:1173-87.
86. McColl MA, Bickenbach JE. *Introduction to disability*. Ontário: W.B. Saunders Company, Ltd.; 1998.
87. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J E, Trotter II RT, Saxena S. Disability and culture variation: the I.C.I.D.H.-2 cross-cultural applicability research study. In: Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach JE, Trotter II, Robert T, Room R, Rehm, J, Saxena S, editors. *Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 2001.



-
- 88.** Ingstad B, Whyte SR, editors. *Disability and Culture*. Berkeley: University of California Press; 1995.
- 89.** Altman BM. Disability definitions, models, classification, schemes and applications. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, editors. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 97-119.
- 90.** Rondinelli RD, Duncan PW. The concepts of impairment and disability. In: Rondinelli RD, Katz RT, editors. *Impairment rating and disability evaluation*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000. p. 17-33.
- 91.** Johnstone D. *An introduction to disability studies*. London: David Fulton Publishers; 2001.
- 92.** French S. Disability, impairment or something in between? In: Swain J, Finkesltein V, French S, Oliver M, editors. *Disabling barriers – enabling environments*. London: Sage Publications; 1993. p.
- 93.** Williams G, Busby H. The politics of ‘disabled’ bodies. In: Williams SJ, Gabe J, Calnan M, editors. *Health, medicine and society – key theories, future agendas*. London: Routledge; 2000.
- 94.** Shakespeare T, Nicholas W. The social model of disability: an outdated ideology? In: Barnartt SN, Altman BM, editors. *Research in social science and disability*. Vol. 2. Exploring theories and expanding methodologies: where we are and where we need to go. Amsterdam: Jai Press; 2001. p. 9-28.
- 95.** Marks D. *Disability: controversial debates and psychosocial perspectives*. London: Routledge; 1999.
- 96.** Barnes C, Mercer G, Shakespeare T. *Exploring disability: a sociological introduction*. Cambridge: Polity Press; 1999.



97. French S. Defining disability: implications for physiotherapy practice. In: French S, Sim J, editors. *Physiotherapy: a psychosocial approach*. 3rd ed. Edinburgh: Elsevier; 2004.
98. Araújo A. *Cidadãos portadores de deficiência (O seu lugar na Constituição da República)*. Coimbra: Coimbra Editora; 2001.
99. Williams G. Theorizing disability. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, editors. *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
100. Crow L. Including all of our lives: renewing the social model of disability. In: Barnes C, Mercer G, editors. *Exploring the divide: illness and disability*. Leeds: The Disability Press; 1996. p. 69.
101. Crow L. Idem. p. 71-2.
102. Steiner AS, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the I.C.F. model as a clinical problem-solving tool in physical-therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*. 2002;82(11):1098-1106.
103. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: O.M.S.; 2003.
104. Andrada MGC. Conceito de deficiência, incapacidade e handicap. Tipos de deficiência. In: Louro C. *Acção social na deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta; 2001. p. 29-43.
105. Dahl T. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *J Rehabil Med*. 2002;34:201-4.
106. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*. 2002;24(17):932-8.
107. Nordelfet L. Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*. 2003;25(18):1075-9.



- 108.** Duchan JF. Where is the person in the I.C.F.? *Advances in Speech-Language Pathology*. 2004;6(1):63-5.
- 109.** Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation*. 2003;25(11-2):596-601.
- 110.** Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade. Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, Diário da República, 1ª série-n.º 183 (21 de Setembro de 2006).
- 111.** Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. 2ª ed. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2002. p. 109-111.
- 112.** Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência [homepage na internet], Lisboa: [actualizada em 2007 Out 08; acesso em 2007 Jun 23]. Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens: síntese dos resultados globais, 1995 [aproximadamente 22 telas]. Disponível em: www.snripd.pt/document/Caderno008.rtf
- 113.** Afonso AM, Afonso, AMMA. A educação especial em Portugal. Uma memória do movimento associativo dos pais de cidadãos deficientes: as Cooperativas de Educação e Reabilitação. *Educar*. 2005;25;257-74
- 114.** Radley A, Green R. Illness as adjustment: a methodology and conceptual framework. *Sociology of Health and Illness*. 1987;9(2):179-207.
- 115.** Seedhouse D. *Health: the foundations for achievement*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2001. p. 12-3.
- 116.** Esquenazi A. Amputation rehabilitation and prosthetic restoration. From surgery to community reintegration. *Disability and Rehabilitation*. 2004;26(14):831-6.
- 117.** Carvalho JA. *Amputações de membros inferiores: em busca da plana reabilitação*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2003.



118. Engstrom B, Van de Ven, C, editors. *Therapy for amputees*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.

119. Pastre CM, Salioni JF, Oliveira BAF, Micheletto M, Netto J. Fisioterapia e amputação transtibial. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12(2):120-4.



X

A

N

E

X

O

S

Anexo 1 – Guião das entrevistas aos fisioterapeutas

1. Tem acompanhado a situação do(a) Sr.(a)..
 - 1.1. Que problemas foram diagnosticados?
 - 1.2. Quais os que identificou no âmbito da sua intervenção?
2. Que processos utilizou para a identificação dos problemas?
 - 2.1. E instrumentos, grelhas, escalas?
3. Qual a importância que esses problemas tem na situação do(a) Sr. (a)?
4. Que objectivos estabeleceu em função desses problemas?
5. Que intervenção seguiu?
6. Alguma vez teve que modificar o que tinha previamente estabelecido?
 - 6.1. Porquê?
7. Recolhe informação acerca dos contextos de vida do(a) Sr.(a)?
 - 7.1. Como?
 - 7.2. Em que medida é que essa informação é relevante na sua intervenção?
8. Como avalia a sua relação com o(a) Sr.(a)?
 - 8.1. Houve dificuldades?
 - 8.2. O(a) utente correspondeu ao seu plano?
 - 8.3. A sua intervenção foi de encontro às expectativas do(a) utente?
9. Em que se baseia para guiar a sua intervenção?
10. Atribui mais/menos importância à Fisioterapia dado que a condição é irreversível?
11. Acha que se a condição é irreversível, a incapacidade também o é?
12. Como comenta a citação de que o fisioterapeuta é um profissional da incapacidade?
13. Que informação transmitiria a um colega que ficasse responsável por este(a) Sr.(a)?
14. Considera a pessoa saudável?
15. Ouvi há pouco tempo a coordenadora de um centro de reabilitação dizer: “Os profissionais de saúde não dão esperança, o que dão é funcionalidade, autonomia e independência”. O que acha desta afirmação?



Anexo 2 – Guião das entrevistas aos utentes

1. Como tem vivido com a condição que tem?
2. É um problema para si?
3. Toma a lesão/amputação como um “inimigo” seu?
 - 3.1. Luta contra isso?
4. Afectou a sua participação na vida?
 - 4.1. De que modo?
5. Nos períodos mais difíceis, em que sentiu mais dificuldades, como reagiu? Como é que viveu estes períodos?
6. Acha que as pessoas passaram a olhá-la de forma diferente
 - 6.1. Isso teve impacto em si?
 - 6.2. Isso levou-a a deixar de fazer algo que fazia anteriormente?
7. Porque é que está a fazer Fisioterapia?
 - 7.1. Concorda?
8. Disse à fisioterapeuta as necessidades que sentia, ou o que está a fazer é o que a fisioterapeuta julga que é necessário?
9. Acha que está a corresponder às expectativas do fisioterapeuta?
10. A Fisioterapia está a corresponder às suas expectativas?
11. A Fisioterapia ajudou-a a reduzir as incapacidades que sentia?
 - 11.1. Em que medida?
12. Considera-se uma pessoa saudável?
13. Acha que hoje é uma pessoa diferente da pessoa que era antes de lhe ter acontecido isto?

Anexo 3 – Definições institucionais/periciais e abordagem experiencial de saúde**Definições negativas**

Christopher Boorse (1997)	Uma doença (<i>disease</i>) é um tipo de estado interno que é ou uma deficiência da capacidade funcional normal, isto é, a redução de uma ou mais capacidades funcionais abaixo da eficiência típica, ou uma limitação na capacidade funcional causada por agentes ambientais. A saúde é a ausência de doença.
---------------------------	--

Definições positivas

O.M.S. (1948)	A saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”
Talcott Parsons (1972)	A saúde é “o estado de capacidade óptima de uma pessoa para o desempenho efectivo dos papéis e funções para os quais foi socializada.”
Marc Lalonde (1974)	A saúde é a resultante do “campo de saúde” que compreende a biologia humana, o estilo de vida, o ambiente físico e social e a organização de cuidados de saúde
O.M.S. - Carta de Ottawa (1986)	A saúde é definida como “a extensão em que uma pessoa/grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações, satisfazer as necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o ambiente. A saúde é vista como um recurso para a vida diária e não como o objectivo da vida. É um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, bem como, capacidades físicas.”
David Seedhouse (1986)	“O estado de saúde óptimo de uma pessoa é equivalente ao estado de um conjunto de condições que conduzem ou capacitam a pessoa a trabalhar de modo a alcançar os seus potenciais escolhidos (realistas) e biológicos.”
Lennart Nordenfelt (1995)	A saúde é um “estado corporal e mental que capacita a pessoa para realizar todos os seus objectivos vitais, dadas as circunstâncias geralmente aceites.”



Abordagem experiencial de saúde

Hans George Gadamer	Na saúde “transparece uma espécie de bem-estar”, mas a saúde “não é apenas um sentir-se, mas estar-aí, estar-no-mundo, é um estar-com-os-outros, um sentir-se satisfeito com os afazeres da vida e manter-se activo neles”
---------------------	--

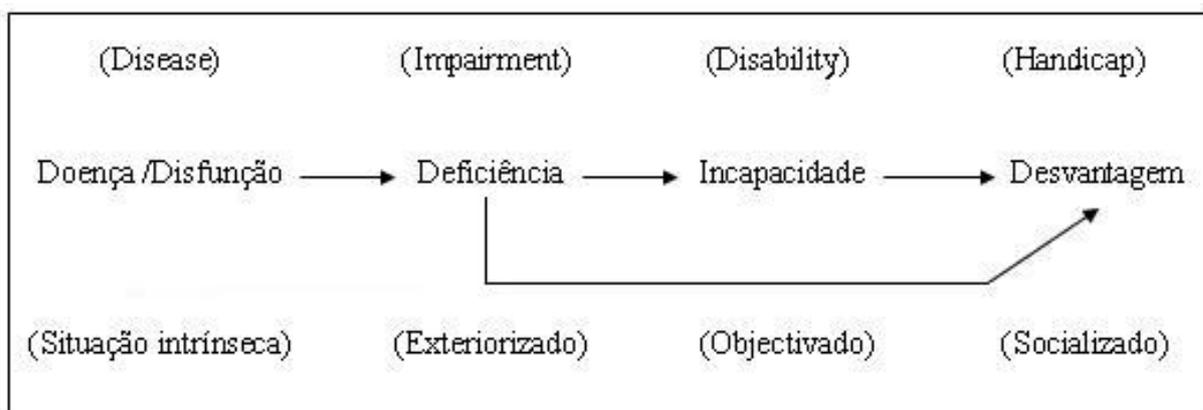
Anexo 4

a) Conceitos constituintes do modelo I.C.I.D.H., da O.M.S., de 1980

I.C.I.D.H.

Deficiência	Qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.
Incapacidade	Qualquer restrição ou falta de capacidade para desempenhar uma actividade de modo ou dentro do espectro considerado normal para um ser humano.
Desvantagem	Desvantagem experienciada por um indivíduo, que resulta de uma deficiência e incapacidade, limitando a satisfação de um papel que é normal para esse indivíduo.

b) Esquema representativo do modelo I.C.I.D.H. da O.M.S., de 1980



Retirado de: Altman BM. Disability definitions, models, classification, schemes and applications. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, editors. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001. p. 97-119.



c) Descrição das componentes do modelo I.C.I.D.H., da O.M.S., de 1980

I.C.I.D.H.	
Deficiências	<p>Intelectuais; Psicológicas; De linguagem; Auditivas; Da visão; De outros órgãos; Músculo-esqueléticas; Estéticas; Funções gerais sensitivas e outras.</p> <p>Físicas (motoras); Sensoriais (visão e audição); Intelectuais; Psíquicas; Orgânicas; Multideficiências.</p>
Incapacidades	<p>No comportamento; Na comunicação; Na autonomia pessoal; Na locomoção; No posicionamento do corpo; Na destreza manual fina; Face a situações; Em aptidões particulares; Outras restrições de actividade.</p>
Desvantagens (Handicaps)	<p>Orientação no espaço e no tempo; Independência física; Mobilidade; Ocupação; Integração social; Independência económica; Outras desvantagens não consideradas nas categorias anteriores.</p>

Retirado de: Andrada MGC. Conceito de deficiência, incapacidade e handicap. Tipos de deficiência.

In: Louro C. Acção social na deficiência. Lisboa: Universidade Aberta; 2001. p. 29-43.



Anexo 5 – Conceitos constituintes do modelo social

Modelo Social

Deficiência	1ª Versão	“Defeito, falta de parte ou totalidade de um membro, órgão ou mecanismo corporal”.
	2ª Versão	“Limitação funcional dentro do indivíduo, causada por deficiências físicas, mentais ou sensoriais”.
Incapacidade	1ª Versão	“Desvantagem ou restrição da actividade causada por uma organização social contemporânea que toma pouca ou nenhuma consideração acerca das pessoas com deficiências e deste modo, os exclui da participação nas actividades sociais. A <i>incapacidade</i> é, deste modo, uma forma particular de opressão social”.
	2ª Versão	“Perda ou limitação de oportunidades de tomar parte da vida normal da comunidade num nível igual às outras pessoas devido a barreiras físicas e sociais”.



Anexo 6

a) Visão geral do modelo I.C.F., da O.M.S., de 2001

	Parte 1: Funcionalidade e incapacidade		Parte 2: Factores contextuais	
Componentes	Funções e estruturas do corpo	Actividades e participação	Factores ambientais	Factores Pessoais
Domínios	Funções do corpo Estruturas do corpo	Áreas vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatómicas)	Capacidade de execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal.	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação na actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Retirado de: World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: O.M.S.; 2003. p. 12.



b) Descrição das componentes do modelo I.C.F., da O.M.S., de 2001

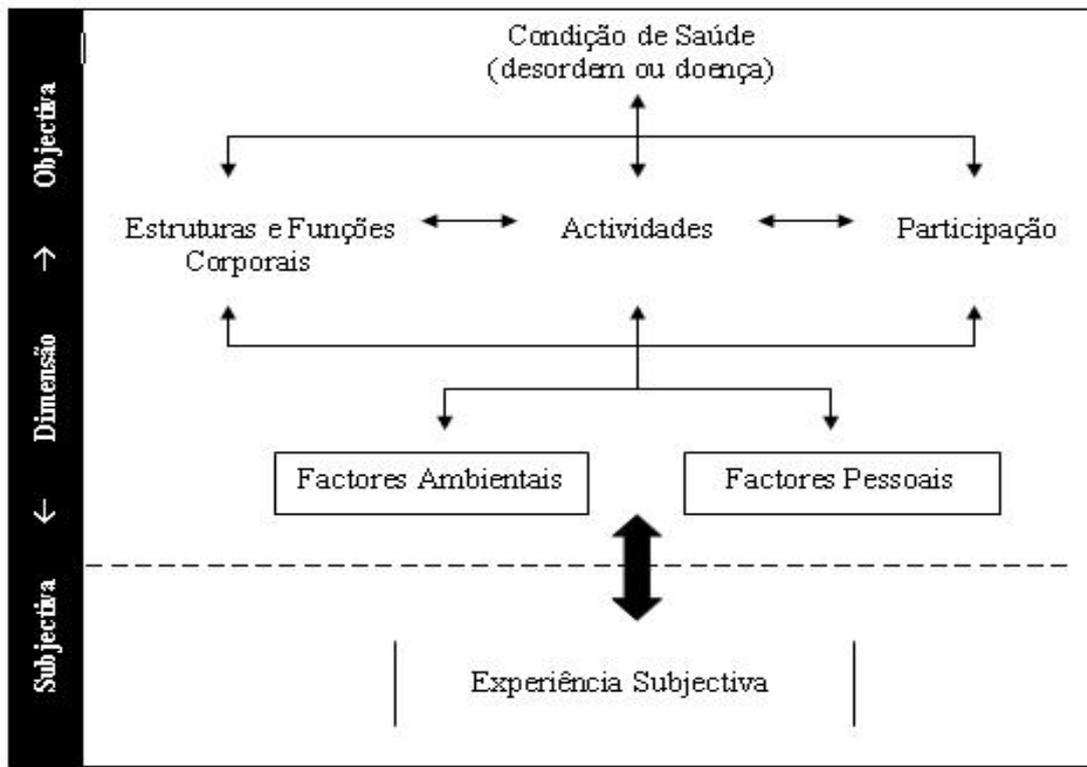
I.C.F.	
Funções e estruturas corporais	<p><u>Funções do corpo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Funções mentais;. Fala, linguagem, audição e funções vestibulares;. Funções visuais;. Funções sensoriais;. Função cardiovascular e respiratória;. Aparelho digestivo e funções nutritivas e metabólicas;. Funções endocrinológicas;. Funções génito-urinárias;. Neuromusculares esqueléticas e funções relacionadas com o movimento;. Funções da pele e estruturas afins. <p><u>Estruturas do corpo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">. Cérebro, espinhal medula e estruturas afins;. Estrutura do ouvido e do equilíbrio;. Olhos ou estruturas anexas;. Estruturas dos sistemas circulatório e respiratório;. Estruturas relacionadas com o aparelho digestivo e o metabolismo;. Estruturas do sistema imunológico e endocrinológico;. Estruturas do aparelho urogenital-continência e sistema reprodutor;. Estruturas relacionadas com o movimento;. Estruturas da pele e anexas.
Actividades	<p>Visão/audição e reconhecimento;</p> <p>Aprendizagem, raciocínio prático e realização;</p> <p>Comunicação;</p> <p>Movimento;</p> <p>Mobilidade;</p> <p>Actividades da vida diária;</p> <p>Actividades domésticas;</p> <p>Comportamento interpessoal;</p> <p>Resposta a situações particulares;</p> <p>Uso de ajudas técnicas/tecnologias de reabilitação.</p>



Participação	Participação nos cuidados pessoais; Participação na mobilidade; Participação na troca de informação; Participação nas relações sociais; Participação na área de educação, trabalho, lazer e recreação; Participação na vida económica; Participação na cidadania e vida na comunidade.
Factores ambientais	. Produtos e tecnologia; . Ambiente natural e mudanças feitas pelo homem; . Apoio e relacionamentos; . Atitudes; . Serviços, sistemas e políticas.

Retirado de: Andrada MGC. Conceito de deficiência, incapacidade e handicap. Tipos de deficiência. In: Louro C. Acção social na deficiência. Lisboa: Universidade Aberta; 2001. p. 29-43; World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: O.M.S.; 2003.

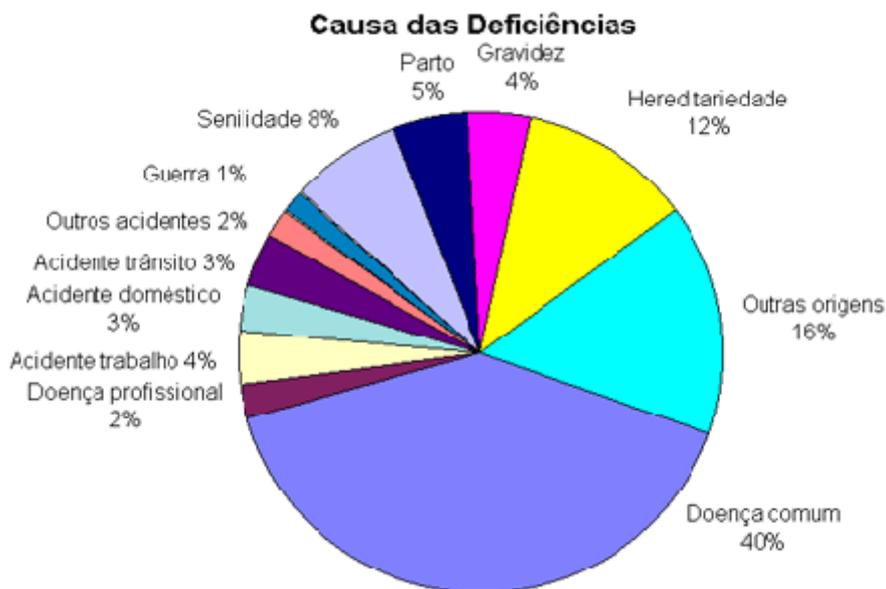
c) Esquema representativo do modelo I.C.F. da O.M.S., de 2001 e a sua relação com a experiência subjectiva



Retirado de: Ueda S, Okawa Y. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation*. 2003;25(11-2):596-601.



Anexo 7 – Causas das deficiências segundo I.N.I.D.D.

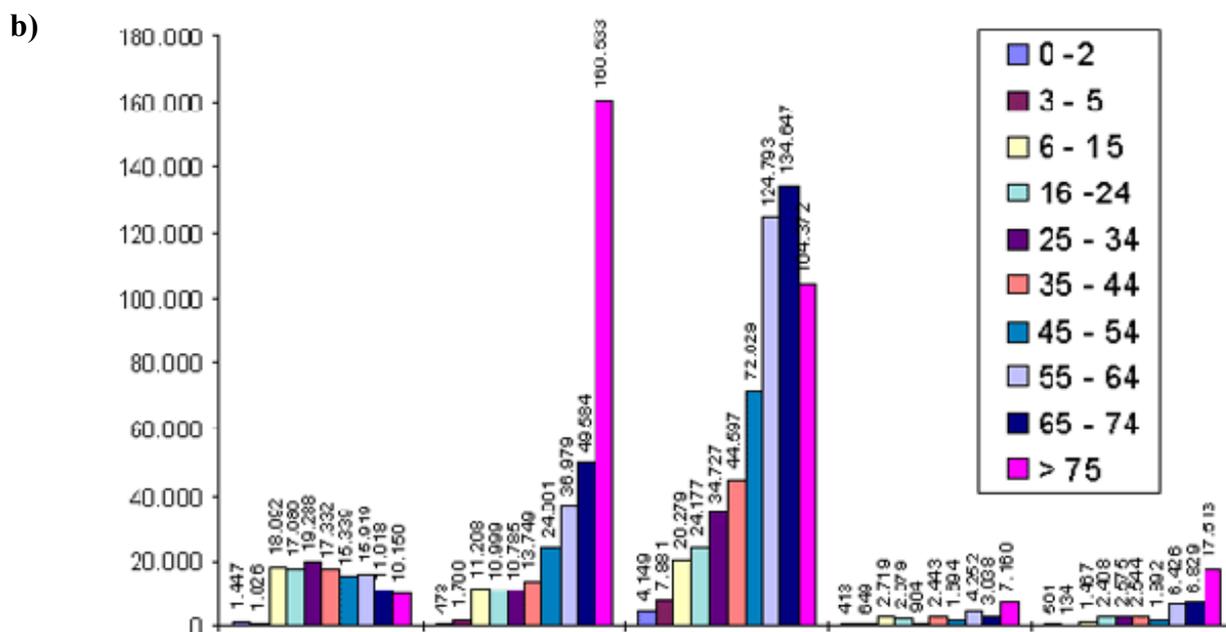


Retirado de: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência [homepage na internet], Lisboa: [actualizada em 2007 Out 08; acesso em 2007 Jun 23]. Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens: síntese dos resultados globais, 1995 [aproximadamente 22 telas]. Disponível em: www.snripd.pt/document/Caderno008.rtf

Anexo 8 – Tipos de deficiências por grupos etários de acordo com o I.N.I.D.D.

a)

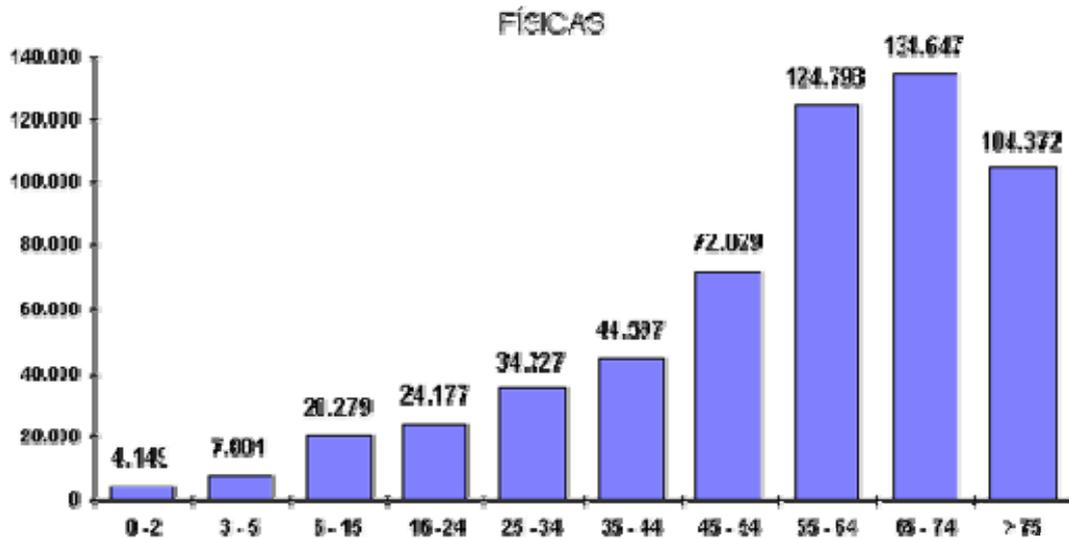
Grupo etário	Deficiências				
	Psíquicas	Sensoriais	Físicas	Mistas	Nenhuma especial
0-2	1 447	473	4 149	413	501
3-5	1 026	1 700	7 881	649	134
6-15	18 092	11 208	20 279	2 719	1 467
16-24	17 680	10 999	24 177	2 079	2 408
25-34	19 288	10 785	34 727	904	2 575
35-44	17 332	13 749	44 597	2 443	2 544
45-54	15 339	24 001	72 029	1 694	1 892
55-64	15 919	36 979	124 793	4 252	6 426
65-74	11 018	49 584	134 647	3 038	6 829
>75	10 150	160 533	104 372	7 160	17 513
Total	127 289	219 311	571 652	25 352	42 289



Retirado de: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência [homepage na internet], Lisboa: [actualizada em 2007 Out 08; acesso em 2007 Jun 23]. Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens: síntese dos resultados globais, 1995 [aproximadamente 22 telas]. Disponível em: www.snripd.pt/document/Caderno008.rtf



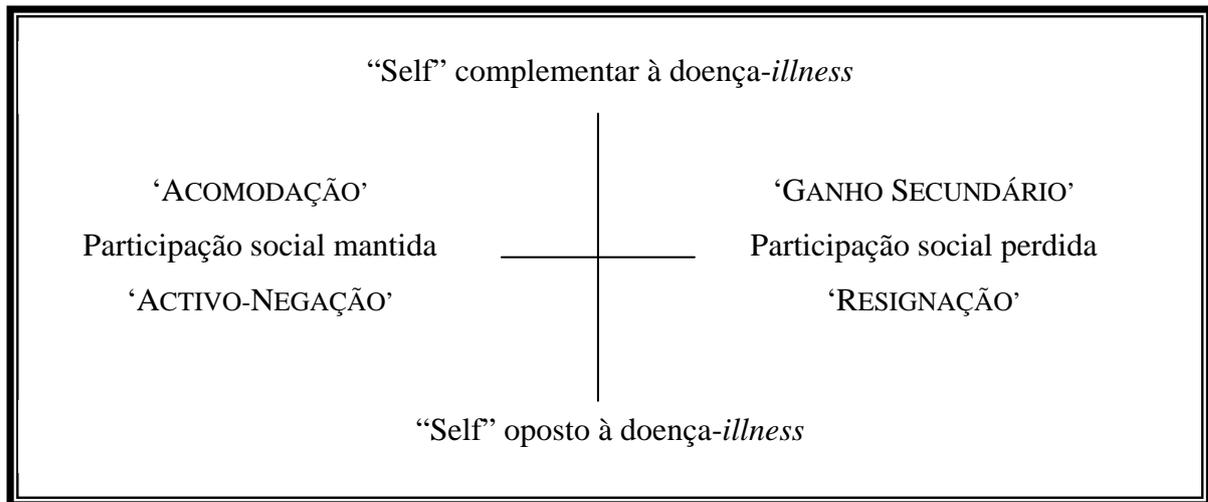
Anexo 9 – Deficiências físicas por grupo etário segundo o I.N.I.D.D.



Retirado de: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência [homepage na internet], Lisboa: [actualizada em 2007 Out 08; acesso em 2007 Jun 23]. Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens: síntese dos resultados globais, 1995 [aproximadamente 22 telas]. Disponível em: www.snripd.pt/document/Caderno008.rtf



Anexo 10 – Modos de ajustamento à doença crónica



Retirado de: Radley A, Green R. Illness as adjustment: a methodology and conceptual framework. *Sociology of Health and Illness*. 1987;9(2):179-207.



Anexo 11 – Fases do processo de reabilitação de pessoas com amputação

Fase	Objectivo
Pré-operatória	Gerir a condição corporal, educação do utente, discussão do nível da amputação, planos para colocação de prótese na fase pós-operatória.
Cirurgia de amputação/reconstrução	Aspectos biológicos relativos à amputação.
Pós-operatória aguda	Cicatrização do local da amputação, controlo da dor, assegurar o movimento corporal proximal, suporte emocional.
Pré-protésica	Moldagem do couro, aumento de força muscular, restaurar o lócus de controlo do utente.
Prescrição protésica	Consenso da equipa na prescrição e fabrico da prótese.
Treino protésico	Aumento da adaptação à prótese e utilização funcional.
Integração na comunidade	Reassunção dos papéis familiares e das actividades na comunidade. Equilíbrio emocional e estratégias de coping saudáveis. Actividades recreativas.
Reabilitação vocacional	Gerir e planear as actividades futuras. Pode necessitar de educação, treino e alteração do trabalho.
Follow-up	Gestão protésica, funcional e médica continuadas e apoio emocional.

Retirado de: Engstrom B, Van de Ven, C, editors. *Therapy for amputees*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003.



Anexo 12

Objectivos da reabilitação pré-prótesica

Aliviar o quadro de ansiedade e depressão do utente	A amputação é uma cirurgia de restauração do membro enfermo e o início de uma reabilitação. Esse procedimento cirúrgico, em muitos casos, proporciona ao utente uma melhoria na sua qualidade de vida.
Consciencializar o utente sobre os recursos protésicos	Actualmente as técnicas protésicas aliadas a uma infinidade de componentes pré fabricados permitem ao utente uma vida independente com breve retorno às actividades.
Mobilidade no leito	A mobilidade do utente enquanto ainda estiver no leito tem como objectivo evitar complicações como as úlceras de decúbito e as deformidades articulares, muitas vezes acarretadas por posições anti-álgicas dos utentes. Uma maior atenção deve ser dada aos utentes com alterações sensitivas.
Exercícios de fortalecimento	Exercícios para membros superiores e tronco facilitarão deslocamentos e movimentações no leito. O fortalecimento do membro inferior contralateral à amputação será importante para os deslocamentos na posição vertical.
Manter ou aumentar as amplitudes de movimento	A manutenção das amplitudes de movimento das principais articulações tem como finalidade evitar as retracções e as deformidades. Muitas vezes, as mobilizações articulares facilitam a cirurgia e melhoram a reabilitação futura do utente. Sempre que possível deve solicitar-se ao utente mobilização activa.
Estabelecer as reservas cárdio-respiratórias	A posição estática encontrada pelo utente no leito favorece uma redução da expansão torácica com diminuição da capacidade respiratória. Deve dar-se ênfase aos exercícios respiratórios e à higiene brônquica, preparando o indivíduo para actividades físicas futuras.
Treino de independência nas actividades da vida diária	O utente acamado não se pode tornar dependente de tudo e de todos. Ele deve ser estimulado e encorajado a realizar actividades simples sem a ajuda de terceiros.
Treino de transferências, equilíbrio e marcha	As transferências para as posições sentadas e de pé devem ser estimuladas. Quando o utente se encontrar nesse estadio, poder-se-á iniciar trabalho de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio, exercícios de correcção postural e marcha com ajudas técnica, se necessário.



Objectivos da reabilitação pós-prótesica

- . Prevenção de contracturas articulares;
- . Fortalecimento e coordenação do controlo muscular do membro amputado;
- . Fortalecimento e mobilização da perna não afectada;
- . Fortalecimento e mobilização do tronco;
- . Controlo do edema no coto;
- . Estimulação da independência;
- . Estimulação da deambulação precoce com auxiliares de marcha.

Retirado de: Carvalho JA. Amputações de membros inferiores: em busca da plana reabilitação. 2ª ed. Barueri: Manole; 2003.

Anexo 13 – Pedido de autorização para a realização das entrevistas

**À Direcção do Serviço ...
do Hospital ...**

Assunto: Pedido de autorização para a realização de entrevistas para a Monografia de Final de Curso

Ana Luísa Nogueira Feio, estudante do 1º Ano do 2º Ciclo da Licenciatura Bi-etápica em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica vem por este meio solicitar autorização para a realização de entrevistas áudio-gravadas, a um fisioterapeuta e ao seu respectivo utente (portador de deficiência física permanente – amputação), para um trabalho de investigação que culminará com a elaboração de uma Monografia Final de Curso intitulada: “Concepções de funcionalidade e incapacidade em Fisioterapia – Um estudo de caso em pessoas com deficiência física permanente”.

O projecto tem como objectivo (a) analisar as concepções de funcionalidade e incapacidade adoptadas pelos fisioterapeutas no âmbito dos cuidados de saúde/reabilitação; (b) tentar mostrar como as pessoas com deficiência física permanente experienciam a funcionalidade e a incapacidade, (C) salientando a importância para a Fisioterapia da gestão destes conceitos na relação com a pessoa ao longo de todo o processo de intervenção.

Para a realização deste estudo utilizarei uma abordagem de carácter qualitativo. O método de recolha de dados a utilizar será a entrevista semi-estruturada, áudio-gravada, efectuada a cada informante (participante), seguida de análise de conteúdo, pois, deste modo, possibilita analisar e compreender as experiências vividas, quer pelos fisioterapeutas, quer pelas pessoas que experienciam a aquisição de uma deficiência física permanente. Na proposta de trabalho realizada no âmbito deste projecto, que junto em anexo, encontrarão os elementos de informação relativos ao desenho investigacional deste trabalho.

Todos os dados recolhidos durante o estudo serão tratados de forma confidencial e serão codificados. Os resultados finais estarão à vossa disposição caso o desejem.



A declaração de consentimento informado, cujo exemplar junto em anexo, para ser assinada pelos participantes neste estudo ficará sob a responsabilidade do autor deste trabalho, e do seu orientador.

Sem mais assunto, agradeço desde já a vossa atenção.

Pede deferimento.

Discente: Ana Feio

Contacto: 964339755

Orientador: Professor Artur Valentim

Contacto: 214398215 (U.A.T.L.A.)

Anexo 14 – Termo de consentimento informado**Termo de Consentimento Informado****Título do Projecto**

“Concepções de funcionalidade e incapacidade em Fisioterapia – Um estudo de caso em pessoas com deficiência física permanente”.

Objectivos:

- Analisar concepções de funcionalidade e incapacidade adoptadas nos cuidados de saúde/reabilitação;
- Analisar concepções de funcionalidade e incapacidade adoptadas pelos fisioterapeutas relativamente a pessoas com deficiência física permanente;
- Mostrar como as pessoas com deficiência física permanente experienciam a funcionalidade e a incapacidade;
- Salientar a importância para a Fisioterapia da gestão dos conceitos de funcionalidade e incapacidade.

Metodologia:

A recolha de dados será efectuada através de entrevistas semi-estruturadas e áudio-gravadas com os utentes e respectivos fisioterapeutas.



Eu, _____, declaro que fui informado(a) do objectivo e metodologia do projecto intitulado “Concepções de funcionalidade e incapacidade em Fisioterapia – Um estudo de caso em pessoas com deficiência física permanente”.

Estou consciente que este projecto é estritamente científico, e se obriga a respeitar a integridade das informações que prestarei, assegurando a total confidencialidade e anonimato dos dados. O tratamento dos dados respeitará, não só os participantes individualmente, como também a instituição em que estão referenciados.

O projecto envolve apenas a recolha de informações obtidas em entrevistas e não envolverá a aplicação de quaisquer exames e práticas de diagnóstico e terapia, pelo que não me exporão a quaisquer riscos para a saúde, em virtude de participar neste projecto.

Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação neste projecto de investigação.

Depois do anteriormente referido, concordo voluntariamente em participar no referido estudo.

Informante.

Data: ____/____/____

Investigadora: Ana Feio

Contacto: 964339755

Morada: Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica



Anexo 15 – Entrevista 1: Sra. Adelaide

Entrevistador (E) - Utente (U)

U.: A perna de vez em quando doía-me e um dia no meu trabalho com o cano do aspirador bati precisamente no sitio onde me doía, e aquilo era umas dores que eu dava dois passos... gish (expressão de dor), e fui ao hospital e aquilo tinha aberto uma coisinha muito pequenininha, e fui ao hospital e a médica que estava lá receitou-me um gel para pôr, que tirava a dor e que não sei o que, e não sei que mais. Eu que tenho a mania de ler antes de pôr, não li nada. As dores eram tantas que eu queria era pôr... qual não é o meu espanto, depois de ter posto aquilo na minha perna, eu vou ler o que é que... não se podia pôr em cima de feridas... daí para cá, foi uma coisa que não há explicação, depois fui a um médico particular e ele trabalha, era operador num hospital, não sei se ainda está lá porque no dia em que lá foi o meu advogado ele deu à sola, e não me perguntem porque é que eu não lhe dei uma carga de pancada porque eu não sei explicar porque é que não lhe dei... isto lá nesse hospital, haviam de me fazer uma cirurgia vascular, metiam-me aqui um bypass e não sei quê, não sei quê, não sei que mais... eu não estava muito virada para aí, mas uma amiga minha disse-me “vai, faz... não sei quê”, e eu fui na conversa. Fui para o hospital, fui operada lá no hospital.

E.: Mas isso já referente à perna?

U.: Sim, com a perna, ainda tinha a perna, ainda não tinha sido amputada.

E.: Então conte-me lá a história toda desde o início.

U.: Então foi assim... eu... já contei aquela parte de abrir aquela fresta pequenininha e depois a partir daí começou a descalar. Comecei a ir ao centro de saúde fazer pensos, fui ao hospital e o médico disse-me “Isto é uma úlcera varicosa”, que era uma úlcera varicosa já eu sabia, também não sou muito burra e... benza-me Deus nosso senhor. E então esse médico dava consultas nos bombeiros, eu fui lá mais essa tal minha amiga o médico disse que tinha que se fazer uma cirurgia vascular, punha-se um bypass e não sei quê, eu quando ele falou no bypass ainda fiquei convencida... porque pensei “ponho um bypass depois isto cura e eu depois eu começo a andar já como deve de ser, já as dores já...” e fui nessa conversa, fui para o hospital, tive um mês no hospital. Tive a soro, portanto já não tinham veias para me dar, para me pôr



mais soro, esta aqui (a apontar para a mão) ficou sempre assim negra, que nunca mais me passou daqui o negro, e já lá vão 6 anos. E eu nessa altura fumava, mas perdi o vício do tabaco no hospital.

E.: Pois teve tanto tempo sem fumar...

U.: Não que eles lá, a gente saia... eu vinha... andava, trazia o soro agarrado a mim e vínhamos cá fora a uma sala que havia lá, depois havia o cinzeiro do mundo inteiro a um cantinho, que toda a gente... as enfermeiras, os médicos, a gente juntava-se tudo ali na passa... (risos) ali estava o pessoal todo na passa. E lá um dia, tomei o pequeno-almoço, já tinha tomado banho, venho por ali fora para fumar um cigarrinho, depois do pequeno-almoço sabia bem, não era? Por ali fora, tic, tic, tic, tic... ai mãe... quando chego atrás da porta vem-me assim um cheiro de tabaco retardado, todo... fiquei bêbeda. Nem acendi o cigarro. Diz-me assim uma das enfermeiras “isso é que foi rápido, tal não era a ganância”, e eu disse para ela “oiça enfermeira, vá lá vá que vai ver como é que vem de lá, vem de lá bêbeda que é o que venho”, diz ela “quer que a leve à enfermaria”, “se me der aqui uma ajudinha eu agradeço”. Mas isto ficou mesmo mal...

E.: A partir daí nunca mais...

U.: Nunca mais, cigarros nem pensar. Podem estar a fumar ao pé de mim, não me afecta absolutamente nada nesta vida. Nadinha. Eu vinha à mesma dar a minha voltinha e diziam elas para mim “olha, lá vai ela para o vício” e eu virei-me para elas e disse assim “Sra. enfermeira quer perder também o vício? Venha comigo de manhã, à hora que eu fui, vai ver que perde logo o vício”, diz ela “venha cá que me vai explicar como é que isso foi” veio lá... ela chamou o enfermeiro chefe e veio ela e diz assim a enfermeira “aqui esta senhora deixou de fumar assim de um minuto ao outro, ela mal chegou lá veio logo para cá e depois dizia para a levarmos para a enfermaria que ela vinha tonta, completamente tonta, parece que tinha fumado um cento de cigarros ou que tinha estado a charrar ou qualquer coisa assim do género” e ele disse-me “vamo-nos sentar aqui, vamos conversar mas espere aí que eu vou chamar o Dr...” não sei quantos, era o médico que lá estava de serviço “...para ele ouvir a história” e depois ele perguntou-me, “mas há quantos anos é que fuma?”, “Oh, sei lá doutor, já nem sei há quantos anos é que fumava, já lhe perdi o conto. Mas olhe conforme levei o cigarro dentro do bolso do robe assim o trouxe, foi logo... meti-o para o caixote do lixo.



Depois eu contei-lhe que senti lá um cheiro que entrou-me assim pelo nariz e deu-me a volta ao estômago, deu-me a volta a tudo que eu parece que vinha de lá passada, eu não conseguia já atinar muito bem, porque eu parece que vinha de lá drogada, não sei o que é que vinha que nunca me droguei nos dias da minha vida, mas vejo os drogados ai na rua, sei como é que é. E diz-me ele assim "então e agora precisa de alguma coisa" e eu disse-lhe "Dr. eu não preciso de nada mas vamos ver qual é o resultado que isto vai dar, que ainda foi ontem, a gente tem que ver também o que é que isto vai dar, se dá algum distúrbio mental, se dá alguma coisa..."
Nunca mais. Fui operada e depois de ter sido operada, passado 24h, o bypass, que ele não me meteu bypass nenhum, não sei o que é que ele fez, foi-se embora... se a ferida estava negra...

E.: Quem é que se foi embora? O médico?

U.: O bypass foi-se embora da minha perna... desapareceu. Ele vira-se para mim e diz-me "Isto é de tu fumares". Quando ele me disse "isto é de tu fumares", eu disse-lhe para ele... ah isto depois foi no dia 2 de Janeiro, que eu ia-lhe indo à cara, e estou tão arrependida de não lhe ter dado... se eu adivinhasse que o meu advogado, quando ele lá foi, fugia, eu tinha-lhe dado. Eu disse "Doutor, cheire-me lá a ver se eu cheiro a tabaco. Eu quando fui operada já não fumava há um mês". "Agora aí a única coisa a fazer é amputar a perna" (médico). Assim, tal e qual assim. Para fazeres a amputação fazes lá no hospital da tua residência não precisas de vir para aqui... bem... eu disse-lhe todas e mais algumas. Saíram assim... à peixeira. Eu agora, depois quando caí em mim disse, escusavas também de ter sido tão peixeira como aquilo mas eu disse, ainda havia de ter sido mais, devia-lhe ter dado é nas trombas, era o que eu devia-lhe ter dado, ele depois que chamasse a vigilância, chamasse quem quisesse que eu chamava a policia...

E.: Bem... isso é que foi...

U.: Foi a minha matação toda foi ter feito aquela cirurgia vascular. Isso foi a minha matação toda, foi ter... isto tinha raízes, a perna tinha raízes que pareciam os tentáculos de um polvo, autenticamente, portanto teve que ser... aquilo era aqui (a apontar para o meio da perna) e teve que ser amputado até aqui (a apontar para o meio da coxa) porque já estavam a subir. Isto só visto, contado é um bocado difícil.

E.: Pois não foi fácil...



U.: Não. Nada fácil. Não foi nada fácil.

E.: E depois da amputação?

U.: Depois disso andei lá a fazer o tratamento, eu todas as semanas ia lá, ia fazer o penso ao centro de saúde, ia lá duas ou três vezes por semana, já não posso precisar, e dizia-lhe “ó doutora isto dói-me aqui” (a apontar para o coto) e ela dizia-me “ah isso é normal e não sei quê, não sei que mais”, e eu disse “mas isto aqui, tem aqui o osso, que eu sinto-o aqui”, “ah mas isso é normal, essas dores é normal que isso ainda está tudo muito fresco, tas a ficar muito bem cicatrizada” e depois eu disse-lhe “pois, estou a ficar muito bem cicatrizada”, eu é que ainda não tinha ido ao Alcoitão senão tinha-lhe dito logo “mas é que esta cicatrização que está aqui, a cicatriz que está aqui, não era aqui que ela devia de estar, a cicatriz devia de estar era aqui assim”, mas ainda não tinha ido ao Alcoitão, ainda não sabia, senão tinha dito logo. E é assim... é assim a vida das pessoas.

E.: Portanto depois fez Fisioterapia?

U.: Depois Fisioterapia, fui para a Ft. x.

E.: Teve quanto tempo com ela?

U.: Tive para ai, assim quase um mês e meio, mais ou menos que eu tive a fazer Fisioterapia com a terapeuta x. Tudo muito bem, tudo muito bem e não sei o quê, não sei que mais, vou à rua, portanto ia tomar um café com as minhas amigas, encontrava-me com as minhas amigas lá em baixo no café, depois vinha pelas traseiras, venho, entrei em casa, tinha o meu cãozinho, vou ao meu quarto, o cãozinho vai atrás de mim, queria qualquer coisa que eu hoje ainda estou para saber o que é que o animal queria, porque ele, coitadinho, já morreu já há quatro anos, e eu vou ao quarto e o animal foi atrás de mim, cheguei lá e começou-me a puxar como quem diz “anda cá que eu quero que vás comigo”, ele vem à minha frente, eu venho atrás e eu mandei aqui uma “palhaça” (a apontar para o hall de entrada), estendi-me ao comprido, com a cabeça para o corredor e os pés para a porta da rua... mora aqui em casa uma sobrinha comigo, mais o marido, mandei um grito e vem ela “é preciso gritar dessa maneira” e eu disse-lhe “por amor de deus dá-me aqui uma mãozinha para eu me levantar que eu não consigo levantar-me sozinha”, a minha asneira toda foi não ter ido logo nesse dia ao hospital,



ainda fiquei, consegui ir para a cama, deitei-me e só no dia seguinte é que eu fui ao hospital, tive desde as 8h da manhã até às 2h da tarde para conseguir levantar-me da cama.

E.: Foi aí que fez a fractura? Devia estar com umas dores...

U.: Gish! Tá bem tá... Entrei no hospital, o médico que estava lá de serviço perguntou-me o que é que se tinha passado, eu contei-lhe o que é que se tinha passado, pôs-me logo aqui assim um peso que era para esticar, para o couro não encolher e diz-me, “agora vais para outro hospital”.

E.: E a senhora a pensar: Ai Jesus!

U.: Exactamente, eu pensei “outra vez hospital, hospital não, ai minha nossa senhora da cruz santíssima”. Entrei no hospital já era noite, prai... elas já tinham jantado e então a enfermeira que estava de serviço diz-me “olha minha filha, o jantar já passou a hora dele” e eu disse “ai também não tenho fome”. Nesse dia não comi nadinha durante todo o dia, mas fome também não havia. Bebi só um cházinho quentinho, que estava gelada, tinha só um lençol a tapar, estava geladinha. Então comecei a olhar para aquilo tudo e o ambiente era totalmente diferente do outro hospital e pensei “deixa cá ver o que é que isto vai dar”. Custou-me a adormecer porque tinha muitas dores, então deram-me um comprimido para as dores e depois passado um grande bocado voltaram outra vez ao pé de mim e perguntaram como é que eu estava, se me sentia bem e eu disse “agora neste momento não tenho”. Passei a noite mais ou menos bem. Bom e passou o Natal, passou, para mim foi um dia como outro qualquer, nem me lembrei que era Natal, ainda não andava, fui operada no dia a seguir ao Natal, no dia 26 de... de Dezembro fui operada e o Natal passou num momento, agora a noite de fim de ano... não sei se era por já andar na cadeira e andar lá de um lado para o outro, se o quê...

E.: Começou logo a andar na cadeira?

U.: Sim, três dias depois... e comecei logo a Fisioterapia também. E então... (breve pausa) a noite de fim de ano, tinha pedido para ver um programa lá na televisão e aquilo começou-me a tocar, ai... tá bem tá, a senhora que estava lá ao meu lado, o filho e a nora tinham-lhe levado passas, e tinham levado também para mim... ai, tá bem tá, qual não é o meu espanto quando vejo a enfermeira lá à porta da enfermaria “que é isso?” e eu disse “não é nada” a armar-me



em santinha, e ela disse “eu não a quero a chorar, faz favor vamos acabar com isso, isto não é noite para chorar”, veio ao pé de mim perguntar-me se eu queria um bocadinho de bolo e eu “não quero nada, só quero que e deixem, ao menos deixem-me chorar, nem chorar posso, deixem-me chorar, não estou a maçar ninguém, a fazer barulho a ninguém”, ela foi-se embora e disse que já voltava... depois a outra enfermeira veio ter comigo e veio-me perguntar o que é que eu tinha e o que é que me tinham feito e eu “ninguém me fez nada, são dias que uma pessoa tem, hoje foi o meu dia” depois pronto fiquei a ver a televisão, lá apaguei, acabei por adormecer, pronto passou o choro, no dia seguinte já estava boa. As enfermeiras vieram falar comigo e eu disse que já estava tudo bem... são dia, mas a partir daí foi uma animação, um serviço muito bom, não tenho razão de queixa de ninguém.

E.: Depois teve alta quando? Foi no início de Janeiro?

U.: Foi

E.: E continuou a ir lá à Fisioterapia?

U.: Sim, mais para aí dois meses que andei lá...ah e depois apareceu-me aqui, não sei se já reparou como é que eu tenho isto aqui (a apontar para o olho e a pálpebra) tudo marcado, sabe o que é que foi? Herpes. Isto era uma dor de cabeça nesta zona, parecia que a minha cabeça que fugia, andei assim não sei quantos dias e eu dizia à terapeuta “tenho uma dor de cabeça que eu não aguento com ela”. Depois fui ao hospital, uma parva de uma médica qualquer já velha que estava lá, mais velha que eu ainda, se não era pelo menos parecia, e diz “tu tens aqui é uma grande enxaqueca”, pôs-me a soro, e mais não sei o quê, que não consegui ver que ela também me pôs lá para a veia, deu-me dois comprimidinhos muito pequeninhos e uma injeção que também não consegui ver o que era, sei-lhe dizer que se fui para lá assim, ainda vim de lá pior. No dia seguinte aquilo estava a piorar, fui à Fisioterapia e a terapeuta foi lá à procura de uma médica, mas ela como era na vista não quis mexer e disse que era melhor era ir ao oftalmologista. Lá fui a uma consulta, a médica teve-me a ver a vista, receitou-me uns antibióticos para tomar, uns pingos de duas qualidades, uma pomada e nada teve participação... só os antibióticos foram 99euros, foi um balúrdio...

(interrupção por telefonema)



E.: Era a pedir ajuda para carregar umas coisas que o trabalho já começa a pesar no corpo, já tem 60 anos...

U.: Eu tenho mais 11.

E.: Mais 11? Sério? Não dava.

U.: Ninguém dá. No dia em que fiz 71 anos a terapeuta levou um queque com uma vela espetada para me cantarem os parabéns a você... ai minha nossa senhora, valha-nos deus nosso senhor...tão loucas, tão loucas, tão loucas... como é que eu me posso esquecer daquela gente, algum dia na vida? Não dá, não dá...não dá nem por mais uma, o carinho, a ternura, não há nada que pague, nada, nada, nada, nada de nada neste mundo.

E.: São essas coisas que não se esquecem...

U.: Eu lembro-me tanto da terapeuta, tenho tantas saudades dela... mas isto é cá do fundo não é por estar aqui, tenho muitas saudades dela...

E.: Isto tem sido um problema para si? Ou foi um problema para si?

U.: Ainda continua a ser, pode dizer-se que muitas vezes não aguento a prótese, para sair de casa não posso sair de casa porque não consigo, não tenho ninguém que me desça, não tenho elevador, não tenho coisíssima absolutamente nenhuma, tem sido um problema muito grande, tem sido um problema muito grande...

E.: Afectou muito a sua vida?

U.: A minha vida afectou-me muito, eu estava habituada à minha vida, de pegar ao trabalho às 7.30h da manhã.

E.: O que é que fazia?

U.: Eu tinha dois empregos. A princípio tinha só um, depois como aquilo só um era curto uma amiga minha abriu um turismo de habitação e eu fui para lá para dar pequenos-almoços,



entrava às 7.30h da manhã e saía às 11h da manhã. Às 11h da manhã saía a correr para o outro onde estive 28 anos. Andava sempre de um lado para o outro, então, algum dia na vida eu parava? Tá bem tá, nem sabia estar parada.

E.: Sentiu uma grande mudança então?

U.: Senti mas... foi radical... foi... foi radical. E agora depois de ter caído também... e depois de ter vindo da Fisioterapia, agora desta última, eu tenho medo, tenho medo de andar, tenho medo de ir à rua, tenho medo de cair, não tenho ninguém que vá comigo, lá tinha a terapeuta ao meu lado e a terapeuta ia comigo, eu ia para lá a andar e vinha para cá a andar, mas ela levava o carro do apoio (cadeira de rodas). Se eu me sentisse cansada ou se sentisse alguma coisa tinha logo ali, aquilo lá, a minha amiguinha não me deixava ir sem o carro do apoio. Senti um grande apoio, com ela senti um grande apoio, tanto que a primeira vez que eu fui descer as escadas, eu nunca me tinha esquecido que para descer, primeiro descia a perna falsa e depois a boa, nunca me esqueci disso, mas a terapeuta os primeiros dias que eu comecei, pegava-me aqui por trás, pelas calças e dizia-me assim “vá, vamos lá que hoje ainda vai segura para baixo, para cima vem solta”, depois já comecei a subir e a descer, ela ia ao meu lado mas sempre sozinha, tanto que eu um dia vim até cá adiante e ela diz “vai até lá mas não se meta nas escadas sozinha, nas escadas é comigo ao pé”, eu também tenho medo, sou maluquinha mas não sou tanto. (risos) Porque eu não tinha medo nenhum, depois de ter caído é que foi a desgraça toda, depois de ter caído aquilo ficou gravado para sempre, e depois a trapalhada que me fizeram de não me ter posto uma prótese em condições para eu poder andar, ter estado 3 anos sem andar... tudo isso...

E.: E aqui a nível da sua vida diária...

U.: Faço tudo, tudo, tudo , tudo, tudo. A minha sobrinha vive aqui comigo é a mesma coisa que não viva cá ninguém que ela nem me fala nem coisa absolutamente nenhuma, entra e sai, nem bom dia nem boa tarde, nada, nada. É a mesma coisa que não esteja cá ninguém, teve agora 15 dias de férias, foi com o namorado que eu soube porque passou um a pessoa minha amiga ai na rua e me disse... é a mesma coisa que não esteja cá em casa ninguém de ninguém, em principio não, nos primeiros dois meses que eu vim para cá depois de ser amputada era cheia de ternuras comigo, agora, nada, passo o Natal sozinha, só o primeiro Natal quando eu



vim do hospital é que passámos aqui as duas, mas de resto passo aqui sempre sozinha. Ela vai lá para a vida dela e eu fico aqui sozinha como que seja uma cadela...

E.: Muito estranho, mas porque é que ela faz isso?

U.: Porque desde que se juntou com este homem... este homem? Só tenho um nome para o classificar e é aquilo que ele é. Há 5 anos que não faz nenhum, vive à custa dela e à minha... é o que? Um parasita que é para não lhe chamar o nome verdadeiro daquilo que ele é...

(risos)

Eu sou muito portuguesa... (risos) Eu não era, mas a vida ensinou-me assim... E é assim, é assim a vida. Eu tudo até onde eu chegue, eu faço tudo, agora lá mais para cima é que eu não consigo chegar, que antigamente tinha ali o meu escadote, eu punha-me em cima do escadote, isto andava tudo num virote, mesmo assim eu faço, puxo as coisas, limpo isto tudo por aqui fora, volto a pôr tudo no lugar... tudo, faço a minha comida, faço tudo... tem que ser, uma pessoa não tem ninguém, tem que ser mesmo. Só a única coisa, as coisas da rua, a minha vizinha do segundo andar é impecável, ela vai às compras, diz-me “ponha num papelinho aquilo que precisa” e ela traz-me as coisas da rua...

E.: Encara a amputação como um “inimigo” seu?

U.: Não digo que seja um inimigo... mas... que... é uma coisa que põe uma pessoa muito... em baixo, a pessoa fica com um grau muito em baixo, sente-se...parece que um objecto que anda aí assim... sem poder fazer certo e determinado número de coisas, sem poder fazer a vida que estava habituada a fazer, sente-se, sente-se, sente-se muito. Já lá vão 4 anos e sente-se, vai a caminho dos 5 e sente-se muito...

E.: E teve altos e baixos...

U.: Tive altos e baixos... nunca tive ninguém, que me perguntasse “precisas de um psicólogo, precisas disto ou daquilo”, foi sempre tudo, tudo o que tenho passado, bom ou mau, tem sido tudo da minha cabeça, tem sido tudo por mim... e quando eu ia ao penso lá abaixo ao centro de saúde, às vezes encontrava amigas minhas, eu é que lhes tinha que lhes dar ânimo a elas



que elas começavam a chorar, eu dizia “epá não chores que não vale a pena, então isto não há hipótese absolutamente nenhuma, o que é que queres?”.

E.: Como é que ultrapassou os períodos mais baixos?

U.: Com um bocado de fé... (pausa a olhar para a perna com ar pesado) A olhar para trás e pensar assim “ainda há pessoas pior que eu, em circunstâncias bem piores que eu”

E.: Aprendeu a viver... reaprendeu...

U.: Reaprendi... exactamente isso, reaprendi a viver. Não tem sido fácil, não tem sido nada fácil, um dia pior, outro dia vai mais ou menos, outro dia um bocadinho melhor, e assim passam os dias, assim passam os dias...

E.: Acha que as suas amigas e as outras pessoas passaram a olhá-la de maneira diferente?

U.: Passaram, passaram...

E.: De que modo?

U.: Porque quando eu trabalhava, e quando eu tinha muito e quando eu tinha para poder dar, toda a gente, muitas delas, outras não, mas muitas delas deixaram de me conhecer, praticamente, são capazes de passar aí na rua e nem sabem que eu estou aqui, nem são capazes de tocar à campainha, mas enquanto eu tive, toda a gente me conhecia, mas... inclusivamente família, que ainda são piores que os de fora, são piores que os de fora, mas de longe, mas de longe...

E.: Isso também afecta muito?

U.: Afecta muito. Afecta muito e de que maneira... (silêncio)

E.: É muito complicado...



U.: É muito, é muito complicado, isso é que não tenha dúvidas absolutamente nenhuma, é muito complicado. Não venha qualquer pessoa por exemplo dizer que não é, é muito complicado, mas mesmo muito. Uma situação que nos deixa ficar um bocado... de rastos.

E.: E esse sentimento levou-a a deixar de fazer coisas que fazia habitualmente ou...

U.: Não, não deixou, não, não deixou porque, por exemplo às vezes há dias em que penso “ah! Limpar a casa, quem quiser que limpe, não sou só eu que sujo“, mas no dia a seguir, assim que me levanto da cama começo logo a magicar “tenho que ir fazer isto e aquilo”.

E.: Então e porque é que foi fazer Fisioterapia?

U.: Para conseguir pôr a prótese para começar a andar, para desprender os movimentos, portanto isto estava tudo muito preso, parecia que tinha aqui... o meu couro não mexia, era aqui assim e praticamente não se mexia. A minha amiga terapeuta punha-me a andar de gatas (risos) isso é que me custava. Na Fisioterapia o que mais me custava a mim era andar de gatas, gish, era o que mais me custava, mas nunca nenhuma me tinha feito Fisioterapia assim, nunca...

E.: Assim como?

U.: A das gatas... nunca, nunca, nunca.

E.: E partilhou as necessidades que sentia com a terapeuta ou era ela que lhe ia dizendo os exercícios?

U.: Ela é que me dizia, portanto, vamos fazer assim, vamos fazer assado, o que é que acha, e eu disse-lhe “vamos experimentar”, experimentava e... ela dizia assim “hoje vamos ter nova lição”, portanto, depois quando já tinha a prótese vinha cá para fora para as barras, ficava no meio das barras e depois jogávamos à bola.

E.: Mas sempre teve em conta a sua opinião?



U.: Sempre, sempre, maravilha, uma maravilha, nem nunca nenhuma delas me tinha feito aquele exercício da bola, nem pôr sacos no chão para dar o passo, passa por cima daquele saco, vai o pé à frente... eu nunca tinha feito aquele exercício, nem o do escadote, de pôr o pé direito em cima e do escadote e ficar segura à barra e depois a outra perna a subir e a descer, a subir e a descer, nunca ninguém me tinha feito esse exercício também, só aquela terapeuta.

E.: E gostou?

U.: Gostei, foi muito bom, foi muito bom porque o couro estava muito preso que teve quase 3 anos sem andar. Foi muito bom, muito bom, muito bom, muito bom. Gostei. Foi uma muito boa experiência, foi sim Sra.

E.: E acha que correspondeu às expectativas da terapeuta?

U.: Ela pelo menos diz que sim.

E.: E ela correspondeu às suas?

U.: Sem dúvida nenhuma, sem qualquer sombra de dúvida. Isso... foi excelente.

E.: A Fisioterapia ajudou-a a reduzir as incapacidades que sentia?

U.: Ajudou.

E.: Ajudou em que sentido?

U.: Ajudou, por exemplo, eu andava com o andador mas dava um passo e não conseguia dar mais e depois da Fisioterapia eu ando com o andador, eu vou à varanda com o andador, estendo roupa e apanho roupa e essas vidas todas, e há mais uma coisa, é que eu muitas vezes, para... para me pôr de pé sentia, parecia que era assim, o corpo com um peso que era uma coisa disparatada, e agora não, por exemplo ali a minha bancada é muito alta, mas eu faço a comida, tic, tic, tic, com uma segura a outra mexe... plenamente à vontade, faço a minha vida toda completamente à vontade.



E.: E isso tudo graças à Fisioterapia

U.: (Anui que sim com a cabeça)

E.: De certeza?

U.: Sim.

E.: De certeza absoluta?

U.: De certezinha absoluta.

(risos)

E.: E graças ao seu trabalho.

U.: Graças ao meu trabalho também, mas graças à terapeuta que me ajudou imenso. Ela trabalhava aqui comigo...”Não há descanso para ninguém” dizia ela.

(risos)

E.: Considera-se uma pessoa saudável?

U.: Considero porque eu nunca tive doença nenhuma, a única coisa que eu tive, tive foi um traumatismo craniano que bati de cabeça lá no trabalho, fui dormir ao hospital... (risos)

E.: Acha que hoje é uma pessoa diferente da pessoa que era antes da amputação?

U.: Num sentido... num sentido mais, mais incapacitada, é, mas noutro sentido, não, sou a mesma pessoa, precisamente a mesma pessoa, a mesma vida que tinha, a mesma vivacidade, tenho na mesma, há um dia ou outro que estou um bocadinho mais em baixo, mas depois, a vida volta outra vez ao normal...

E.: Mas isso todos nós temos, um dia ou outro que nos sentimos mais...



U.: Exactamente, é isso, mas eu pensei, depois de eu me ter visto nas condições em que eu me vi, que isto me fosse afectar muito mais do que aquilo que me tem afectado, mas felizmente... aprendi que tenho que viver com aquilo que tenho, tenho que viver nestas condições.

Anexo 16 – Entrevista 2: Sr. Machado

Entrevistador (E) - Utente (U)

E.: Primeiro vou-lhe pedir que me faça uma visita guiada pela sua vida...

U.: Pela minha vida?

E.: Desde que lhe aconteceu esta situação.

U.: Desde que foi extraída? (a apontar para a prótese da perna amputada)

E.: Exactamente.

U.: Posso-lhe contar e entramos praticamente na rotina... portanto saí do hospital, fui para casa de uma pessoa conhecida durante dois meses, para tentar recuperar, sempre depois com acompanhamento a partir de Junho de 2005 para cá, com acompanhamento dos bombeiros para aqui precisamente, para a recuperação, depois regressei à minha casa ao fim de 3 meses, mais ou menos 3 meses que regressei à minha casa e que continuo na minha casa, as rotinas são sempre as mesmas, por acaso estou sozinho, eu é que faço os meus afazeres, não todos...

E.: Mora sozinho?

U.: Moro sozinho, os meus filhos estão todos arrumados, cada um tem a sua vida, embora me dêem assistência, evidentemente... mas a maioria das coisas faço eu, como comida, só que roupas, lavar e isso é a minha filha que trata, o meu filho dá assistência, quando pode dá assistência, portanto, nas compras, tal, tal... tentamos dividir, precisamente, o mal pelas aldeias, sem prejudicar nenhum... (risos)

E.: Exacto... Eles moram perto?

U.: Não, a minha filha mora na Costa de Caparica e o meu filho é que mora perto, mas também evidentemente tem a sua casa, e quando se proporciona a ele lá ir e dar assistência ele vai lá, a minha filha a mesma coisa. É esta a rotina até agora.



E.: E esposa tem?

U.: Não. Viúvo.

E.: Ora. Isso é que é chato.

U.: Coisas da vida.

E.: Exactamente... é a única coisa certa que temos não é?

U.: Mas fiquei com dois rebentos. Um rapaz e uma rapariga. E já há netinhos...

E.: Boa, e quantos são?

U.: São, vamos lá, a minha filha tem um verdadeiro neto e o outro é uma opção que ela fez para ficar com outro garoto também. Da parte do meu filho tenho outro neto, que faz hoje precisamente dois anos. É assim a vida.

E.: São as alegrias da vida.

U.: Eles é que fazem a maluqueira e isso para nós os rebentos é sempre bom... Mas ó que me chateiam o juízo até dizer chega... e pronto e a rotina é esta... é esta a rotina.

E.: hum hum. E como é que tem vivido com esta situação?

U.: Como é que eu tenho vivido esta situação? Eu nunca quis pensar muito nela, porque se uma pessoa começa a pensar, isto pode dar mau resultado, então não se pensa. Evidentemente que eu lhe posso dizer que tive um exemplo muito grande, que foi o meu pai que não tinha o braço direito, perdeu-o era muito jovem, muito jovem mesmo, tinha 18 anos (numa fábrica de vidros), e eu a partir daí talvez por influência dele, adaptei-me bem à situação. Está a ver a ideia? E depois, ainda por cima, para o final da vida dele, já nas partes finais da vida dele, foi por causa disso que ele faleceu, ele apanhou diabetes e também ficou sem uma perna, portanto isto são tudo maus exemplos para mim, mas ao mesmo tempo dá-me uma capacidade de enfrentar a situação doutra maneira que os outros não tem. Portanto tudo isto... é isto, por isso



é que eu enfrento, não penso. Aconteceu, aconteceu e para a frente é que é Lisboa! Pode ir mais devagarinho, não faz mal, mas a gente há-de lá chegar, se não chegar hoje chega amanhã. Correr não corro, isso pode ter a certeza. Correr é que eu não corro... e é assim a vida.

E.: Enfrenta como um problema ou...

U.: Não, não... quer dizer, problema, a gente tem que dizer que é um problema porque há uma dificuldade motora a trabalhar, há uma dificuldade motora. Uma pessoa nesta situação pois tem dificuldades enormes, subir escadas e descer escadas e obstáculos e tal, tal, ainda por cima lá no Cacém tem feito obstáculos de toda a maneira e feitio, mas... isso é um problema, mas é um problema que se vai ultrapassando no dia-a-dia. Isto é como uma lição de matemática, aparece e tem que se fazer, e o resto é conversa. (risos) É assim, é assim, e o resto é conversa, tem que se fazer, faz-se e pronto.

E.: Ora bem, e toma a amputação como um “inimigo” seu?

U.: Não. Encaro isto como... como os exemplos que eu lhe dei, encaro isto como uma coisa comum, aconteceu, aconteceu, pronto, isto já não...

E.: Já não vale a pena chorar sobre o leite derramado.

U.: Nada, absolutamente nada, é tentar ultrapassar o melhor possível, não há cá inimigos, não há nada, aconteceu, aconteceu, cá está.

E.: Desde o início, alguma vez lutou ou resistiu contra...

U.: Não, é como eu lhe digo, eu encaro esta coisa como, não é bem natural, bem natural, mas vamos lá, 75% é natural, os outros 5% são uma casualidade, pronto, aconteceu, aconteceu.

E.: Afectou a sua vida certo?

U.: Evidentemente, no querer sair das escadas, tal, tal, tal, tal... eu passava a ferro, agora não posso passar a ferro, mas já hei-de conseguir...



E.: O que é que fazia?

U.: Eu? Passava a ferro, lavei roupa, faço comer, mudo a cama, isso é sempre certinho.

E.: Mas era a sua profissão?

U.: Não!

E.: Há, era isso que eu estava a perguntar.

U.: Se eu lhe contasse a minha profissão dizia, mas o que é que você tem a ver... não tem ligação absolutamente nenhuma.

E.: Agora deixou-me curiosa.

U.: Empregado de escritório.

E.: Empregado de escritório?

U.: Numa firma de automóveis.

E.: Mas trabalhava mais era em casa?

U.: Trabalhava mais em casa porque nos fins-de-semana, que ainda tinha os meus garotos, tinha que ir à praça, tinha que ir fazer o almoço, almoçávamos, depois eles tinham a vida deles, eu ficava em casa ao sábado para fazer o resto das coisas, tinha que já deixar comer feito para durante a semana, para a gente não ter que voltar a fazer, para ir aliviando durante a semana...

E.: Tinha uma carga de trabalho...

U.: Sempre. Sempre. Quando não ia trabalhar aos sábados para a firma, que era preciso.

E.: Isso é que é chato, já lhe mexia com tudo.



U.: E então e o resto? Com que é que se compra o grão?

E.: Há pois, ele não cai das árvores...

(risos)

Teve certamente altos e baixos, no estado de ânimo etc.

U.: Não. Eu quando saí do hospital, saí sem a dita cuja, que aceitei. Os médicos, deu-me a sensação que eles pensaram como é que eu iria reagir quando eu visse que eu não tinha, mas quando eles pensaram que a minha reacção iria ser má, eu já tinha mais ou menos mentalizado quando entrei para o hospital porque que a situação estava um bocado agravada já. Só havia uma hipótese, e ou era abaixo do joelho, ou era por cima do joelho, portanto a partir daí eu já sabia que ia ser cortado, portanto já levava meio caminho andado, pelo que, não... não me afectou.

E.: Mesmo ao longo do tempo, não houve momentos em que se sentisse mais em baixo...

U.: Não, não...estou sempre é com o pensamento, quando é que eu posso ir para a rua para começar a comer qualquer coisa nas tascas. Já estou farto de comer feito por mim (risos) tenho que começar a comer feito pelos outros.

E.: Mas não costuma sair?

U.: Muito raramente, muito raramente...

E.: Porque?

U.: Porque... é muito fácil, não é por sorna, quer dizer, de vez em quando tenho, mas por exemplo, agora no Inverno. Agora no Inverno está a chover, uma pessoa vem para a rua? A chover, opá. Da parte do Verão. Da parte do Verão, sim Sra. de vez em quando venho, dou um saltinho até cá abaixo, mas às vezes também me permito, me dou ao luxo de uma “calanzicezinha”...



E.: Isso todos nós damos...

U.: Pois... uma “calanzicezinha”... preguiçoso, sim, sim, sim, está bom tempo, há caracóis, mas não vou. Não me está a apetecer, não vou e fica-se. (risos)

E.: Claro... e acha que depois de ter sido amputado as pessoas passaram a olhá-lo de maneira diferente?

U.: Nunca me apercebi.

E.: Ninguém? Nem pessoas conhecidas, nem desconhecidas?

U.: Não. Não. O meu neto é que está desejoso de saber como é que é a prótese?

E.: Ai é? Nunca viu nenhuma?

U.: Pois, por isso é que é a curiosidade dele. “Papá, olha o teu neto”/”O que é que ele quer?”/”Quer saber como é que é a prótese”/”Está bem, qualquer dia levo-a aí a casa”.

E.: (risos) Vai ser uma festa...

U.: (risos) Claro.

E.: Há quanto tempo é que pôs a prótese?

U.: A prótese, esta prótese tenho-a desde Julho deste ano.

E.: Ainda não teve oportunidade...

U.: Não, ainda não, ainda tenho andado porque ela tem que, tem que haver rectificações e está estabelecido que esta ainda não é definitiva.

E.: Há, ainda tem que ir fazer mais um, pelo menos mais um ajustamento.



U.: Pelo menos mais um. Porque isto ficou já acordado com a Dra. de facto esta não vai ser a definitiva porque o coto... o coto ainda tem, tem inchado demais, só que agora inchou de menos, então foi demasiado, então tem que haver uma adaptação e depois de andar com ela, portanto, durante uma temporada para ficar estabilizado é que vou passar depois para a definitiva.

E.: Para não haver mais problemas nenhuns.

U.: Para não haver mais problemas nenhuns e para ir aos caracóis.

(risos)

E.: Mas assim já não sai de casa outra vez para ir à tasca comer caracóis...

(risos)

U.: No Inverno ainda tenho muito tempo de espera.

(risos)

E.: Tem tempo para fazer uns “caracolitos” em casa

Então e porque é que anda a fazer Fisioterapia?

U.: Porque é que eu ando aqui a fazer terapia? Olhe, ando para esticar o cabedal, já há muito tempo que não fazia ginástica. Esta é uma, a adaptação à prótese, evidentemente, que é o principal porque a ginástica da prótese é muito diferente daquela ginástica que eu tive durante anos e anos e anos que tive ginástica. Portanto para mim não foi difícil a adaptação às canadianas nem nada disso, porque... agora da parte da adaptação à prótese tenho tido sempre... é uma coisa totalmente diferente, por isso é que eu ando aqui na Fisio... na recuperação.

E.: Falou com a fisioterapeuta acerca das necessidades que sentia?



U.: Falou-se precisamente já depois de eu ter a prótese, porque são coisas que de facto a gente não repara quando tem duas pernas, e também não repara quando tem uma perna, só repara quando tem a prótese, que é a questão, precisamente dos degraus, os degraus tem rebordo e então ela avisou-me, e eu... alto, espera aí que eu estou farto de descer, estou farto de subir e nunca reparei, é que de facto os degraus tem rebordo, então a biqueira da prótese bate no rebordo, terá... tem que se fazer, vamos lá, tenho que arranjar uma maneira quando for a sério, de subir e descer os degraus de minha casa, está a ver a ideia?

E.: Sim, sim...

U.: Ou vai de lado, ou tenho que arranjar uma maneira, porque eu na rua não fico, então como não fico na rua, tenho que ir para casa, tenho que ir para casa, tenho que arranjar uma maneira.

E.: Pois e a terapeuta já me disse que mora num 6º andar não é?

U.: 6º andar, com elevador até ao 5º...

E.: Ah...menos mal...

U.: Menos-mal que é só um...

E.: E discute com a terapeuta o que vão fazer ou a terapeuta apresenta-lhe as propostas de tratamento, e...

U.: Não porque eu já sei... como eu já estou aqui há mais de 2 anos eu já sei os movimentos que hei-de fazer, os exercícios que hei-de fazer. Quando chego aqui já sei, olha vou para aqui e faço isto, tanto tempo aqui, tanto tempo acolá, controlo os tempos e faço...

E.: Isso são tudo exercícios que a terapeuta foi propondo?

U.: Sim que ela foi propondo e eu fui registando. Eu fui registando e agora já é automático. Chego aqui e vejo, sei que tenho 3 ou 4 exercícios para fazer, automaticamente vejo o que



está vago e ocupo aquele que está vago, depois vou rodando, conforme vão saindo os outros, vou entrando. A prótese é sempre a última que é para acalmar.

E.: E acha que está a corresponder às expectativas da fisioterapeuta?

U.: Ai sem dúvida, sem dúvida nenhuma. Está a correr tudo bem.

E.: E ao contrário, a Fisioterapia está a corresponder às suas?

U.: Sim, sim, sim, sim, sim... Até porque repare numa coisa, eu pelo menos com a terapeuta não tenho problemas absolutamente nenhuns, ela sabe o que é que eu devo fazer, diz-me o que é que eu tenho que fazer. Eu sei o que é que ela quer que eu faça, e pronto, faço. Não há problema absolutamente nenhum.

E.: A Fisioterapia ajudou-o a reduzir as incapacidades que sentia?

U.: Não todas mas reduziu uma grande parte delas. Se eu não tivesse as explicações, ou a maneira de explicar para fazer isto tudo, eu sozinho não ia lá, lógico que não, se por acaso não houvesse explicação sem a prótese, de subir escadas, descer escadas, como é que era? Eu fui aprendendo aqui, foi aqui que me foi ensinado. A parte de andar com as canadianas, ter segurança com as canadianas, não fui eu... bom há o instinto da pessoa quando as coisas acontecem, mas há uma colaboração da parte da terapeuta sobre o assunto. Há coisas que corrige e que tem razão, por exemplo agora com a prótese, para subir, não pode ser assim, tem que ser assado, não vai a prótese primeiro, primeiro sobe-se com o outro, está a ver a ideia? É só uma orientação, são pequenos pormenores que auxiliam, e ajuda, ajuda. Porque não é por nossa auto-criação que a gente vai lá. Elas já sabem de antemão os erros que a gente comete, então apontam-nos e nós temos que chegar à conclusão que elas estão certas. Então é não fazer asneira e sim fazer correctamente. Porque é melhor, para ela, ela não nos chateia mais, porque vê que estamos a fazer bem e nós aprendemos, e está tudo bem.

E.: Considera-se uma pessoa saudável?



U.: Cons... tirando isto da parte deste problema que eu tive, sem dúvida nenhuma. Posso-lhe dizer que... (bate na madeira) isto é madeira não é? Dores de cabeça não sei o que são. Posso-lhe jurar que não sei o que é uma dor de cabeça...

E.: Que idade tem?

U.: Eu tenho 64 anos.

E.: E não sabe o que é uma dor de cabeça?

U.: Não, a última que eu apanhei foi aos 12 anos. Entrei na farmácia com essa idade e disse “Oh minha Sra. eu estou com uma grande dor de cabeça”, ainda me lembro tão bem como hoje: optalidom, com água quente... água morna... até hoje não sei o que é uma dor de cabeça. Acha que isto não é saúde?

E.: Ai é, é!

U.: Tenho um problema de coração que andei com uma tensão de 21, naquela altura comecei a tomar uns comprimidos, sim Sr. já talvez há uns 4 anos, bateu os 14 e não sai daqui dos 14. A última vez que vim cá fazer exames aqui ao hospital, ao fim de 3 dias sem tomar comprimidos, perguntei ao enfermeiro: “então?” e ele “porreiro”, olha então deixa andar. O resto está tudo óptimo.

E.: Sim Sr., assim é que se quer... vamos à última pergunta? Acha que hoje é uma pessoa diferente da pessoa que era antes de lhe ter acontecido isto?

U.: Se eu sou uma pessoa diferente... em que sentido? Se isto afectou a minha maneira de ser?

E.: Se considera que é uma pessoa diferente...

U.: Não. Continuo absolutamente na mesma. Não desejo mal a ninguém, não quero que me desejem mal a mim. Não chateio os outros, os outros não me chateiem a mim. Estou em paz e sereno, já trabalhei, já dei para a caixa, estou no descanso, tento deixar os outros em paz e sossego e deixem-me estar em paz e sossego também. Pronto, estou na mesma.



E.: É a mesma pessoa?

U.: A mesma pessoa.



Anexo 17 – Entrevista 1: Fisioterapeuta Aurora

Entrevistador (E) - Fisioterapeuta (Ft)

E.: Tem acompanhado a situação da Sra. (sim), acompanhou-a desde o início?

Ft.: Aaa... Não. (risos) Isto não ajuda? (risos)

E.: Então mais ou menos em que altura é que começou a acompanhar a Sra.?

Ft.: Então é assim, a Sra.... agora não sei precisar datas, mas na altura em que ela foi amputada, ela não foi minha doente. Ela foi minha doente, agora, passados dois anos, se não estou em erro, porque teve uma queda e fez uma prótese da anca do membro amputado. E aí, eu segui o tratamento com ela, nem foi tanto para a recuperação da prótese da anca, porque ela aí segui o tratamento com outra terapeuta, mas foi mais porque ela teve depois, num período mais ou menos de um ano, sem utilizar a prótese, então precisava agora de uma nova... de uma nova preparação para o uso da prótese, porque ela entretanto ficou com um ligeiro flexo da anca, depois de ter feito a prótese da anca, e então daí a minha intervenção e o meu contacto com ela, ou seja, foi mais um treino... foi um treino para a reutilização, digamos de uma nova prótese, porque entretanto ela teve que mandar fazer uma nova prótese para se adaptar ao couto, que entretanto sofreu alterações, por isso o meu contacto com ela foi a partir daí.

E.: Que problemas é que foram diagnosticados da parte médica e quais foram os problemas que identificou no âmbito da sua intervenção?

Ft.: Nela o único problema para o objectivo que na altura nós estipulámos, era mesmo o flexo da anca, porque era o único problema, ou seja, digamos que era a única limitação que poderia causar alguns problemas no uso da prótese. De resto ela é uma pessoa muito independente nas suas actividades da vida diária, em termos de transferências e isso tudo, já tinha tido a experiência de usar a prótese e nunca teve problemas nenhuns de adaptação, por isso, agora pós a prótese da anca é que realmente o único problema que identificámos assim era o flexo da anca.

E.: E quais foram os processos que utilizou para a identificação do problema?

Ft.: Foi observação.

E.: Qual o impacto desse problema na vida da Sra.?

Ft.: É assim... Isto pelo que ela me disse, não é? Foi a experiência dela... reduziu a independência que ela tinha, porque ela teve durante para aí quase um ano sem usar a prótese, o que fazia com que ela tivesse de usar mais vezes a cadeira de rodas para se deslocar, ou seja, interferiu em coisas da vida diária que ela já estava habituada a usar as canadianas, a usar a prótese, tinha a sua vidinha mais ou menos organizada e de repente, de um momento para o outro vê-se novamente numa cadeira de rodas a ter de recorrer ao andarilho, porque só tinha um membro, não é, para usar, e pronto, foi mais nesse sentido.

E.: Quais os objectivos estabelecidos em função desse problema?

Ft.: Os objectivos estabelecidos foram, a redução inicial do flexo, a longo e curto prazo, a recuperação da força muscular perdida entretanto, e na altura, ela queixava-se de uma dor, mas isto referente à prótese da anca, porque era uma dor localizada na anca, por isso foi mesmo a diminuição dessa dor, porque em termos de couto, em termos de cicatrização... já não havia esse problema porque a cicatrização já tinha sido feita há muito tempo, não havia colóides, não havia orelhas. O couto, tivemos também que estipular objectivos para promover o fortalecimento do couto, e... basicamente foi isto, foram os nossos objectivos principais.

E.: E o tipo de intervenção foi de acordo...

Ft.: O tipo de intervenção foi neste sentido, ao fim ao cabo era como se fosse fazer uma reciclagem de tudo aquilo que ela aprendeu, mas agora o único problema que tínhamos ali era reduzir um bocadinho aquele flexo da anca para poder-se adaptar o melhor possível à prótese e poder fazer uma marcha funcional.

E.: Alguma vez teve que modificar alguma parte do plano que tinha previamente estabelecido, por algum motivo?



Ft.: Não, não houve nenhum contratempo!

E.: Costuma recolher a informação acerca dos contextos de vida...

Ft.: Sim, sempre. Não com o objectivo de, pronto agora vamos tentar fazer uma entrevista (risos), mas porque faz parte da nossa intervenção. Conhecer a pessoa fora do hospital, o que é que ela faz, o que é que não faz, onde é que vive, onde é que não vive, acessibilidades, em termos arquitectónicos, não é, porque muitas das vezes, agora se calhar fugindo um bocadinho a esta questão, mas muitas das vezes inicialmente é mais fácil eles começarem uma marcha com um andarilho, por causa das bases de apoio, e depois passarem para uma marcha mais independente com as canadianas, mas muitas das vezes se o doente tem que ir o mais rapidamente possível para casa, uma marcha com andarilho não é minimamente funcional porque às vezes tem escadas para subir e descer e então tem que saber usar as canadianas, portanto é mais nesse sentido, porque faz parte para a nossa intervenção não é? Para sabermos o que é que estamos ali a fazer e quais são os objectivos que temos que estipular.

E.: Isso através da conversa?

Ft.: Através da conversa sim, através da conversa porque o registo não é, como é que eu hei-de dizer...

E.: É mental...

Ft.: Exactamente... Quer dizer, não há aquele registo escrito e documentado, não. Isso é uma conversa que eu tenho com o utente para saber qual é que é a vida dele, e quais são os objectivos dele, para irmos ao alcance disso, ao encontro.

E.: A nível de relação, como é que avalia a sua relação com a Sra.?

Ft.: Foi boa! (risos) Sei lá, criámos alguma empatia, sempre delineámos objectivos em comum, ou seja, trabalhamos sempre juntas para aquele objectivo, daí que ela tenha recuperado bem, e penso que hoje em dia faz a vida dela normalmente, como fazia há uns tempos atrás, antes desta situação, e sempre foi um bom relacionamento entre profissional-



utente, passou um bocadinho mais além porque se cria sempre uma certa amizade com alguns utentes, e eu penso que foi positivo.

E.: A Sra. correspondeu ao seu plano?

Ft.: A Sra. correspondeu muito, sim, correspondeu muito. É uma pessoa com muita força de vontade, muito lutadora e sempre pronta para trabalhar, trabalhar, trabalhar e para alcançar o seu máximo objectivo que era ser o mais independente, voltar a ser o mais independente possível, por isso...

E.: Mais não poderia corresponder.

Ft.: Não. Foi um caso... Foi um bom caso. Um caso de sucesso, sem dúvida.

E.: E ao contrário, acha que a sua intervenção foi de acordo ao que a Sra. esperava?

Ft.: A minha intervenção, eu acho que sim, que foi de acordo. Eu tenho pena e penso que a Sra. também, eu creio que nós não conseguimos reduzir o flexo, o máximo possível e a... ela ficou com algum flexo da anca, no entanto consegue utilizar e adaptar-se bem à prótese, não sei se tivéssemos conseguido reduzir um bocadinho mais se não teria sido mais fácil para ela, ou se teria tido outro tipo de repercussões, mas sim, digamos que sim, consegui alcançar aquilo que estava estipulado. A partir do momento em que ela consegue andar sozinha, ter uma marcha funcional com canadianas e com a prótese, sem qualquer tipo de ajuda, penso que esse é o meu objectivo principal. É claro que isto depois também tudo continua, não é, porque nós não podemos estar com o doente eternamente e eu sei que daqui a x tempo ela vai a um ortoprotésico para fazer uma nova adaptação à prótese, e aí não sei se depois terá algumas dificuldades ou não, mas na altura em que lhe foi dada alta da Fisioterapia, ela estava tal e qual como nós tínhamos planeado, portanto, penso que correu bem.

E.: Normalmente em que é que se baseia para guiar a sua intervenção?

Ft.: Em que é que me baseio?



Sobretudo no estado do utente, naquilo a que ele se propõe. Isso é o principal, é saber que o doente está ali por alguma razão, certo? E quais são os objectivos dele em termos de recuperação. Depois, os sinais, digamos, clínicos que me são apresentados, e se realmente vamos conseguir atingir esses objectivos. Acho que em primeiro lugar a ter em consideração é aquilo que a pessoa quer, está disposta a fazer para atingir determinados objectivos e depois se realmente é possível com a condição em que a pessoa está e apresenta, atingirmos esses objectivos. Era esta a pergunta?

E.: Era, mais ou menos. (risos)

Atribui mais ou menos importância à Fisioterapia uma vez que a condição é irreversível?

Ft.: Condição irreversível...boa. A pessoa não volta a ter perna, não é, mas... aqui lá está, qual é que é a condição irreversível? É o voltar a ser independente ou o voltar a ter uma perna? Será que o doente quer é voltar a ter uma perna? É essa a condição deles, não! Eles querem é voltar a ser independentes, a ter a vida que tinham anteriormente, isto quando as pessoas aceitam a situação, porque há pessoas que negam. Mas quando as pessoas aceitam, e no caso da Sra. que aceitou perfeitamente. Aliás, eu já tive casos, não foi o da Sra. mas já tive casos em que as pessoas pediram para ser amputadas por causa das dores que tinham, que passavam vidas... tiveram anos e anos sempre cheinhos de dores e a única solução era serem amputadas, isto foi um caso que eu tive até recentemente, por isso eu vejo a condição, vamos lá ver, eu parto do principio que eles pretendem voltar a ser independentes, e então ai sim, ai conseguimos sempre, mas voltar a ter uma perna é impossível.

E.: E então a Fisioterapia será mais ou menos importante?

Ft.: É muito importante. A Fisioterapia é muito importante. Não é a única coisa mas é muito importante claro. Às vezes poderá haver a necessidade de algum acompanhamento psicológico mas é muito importante a Fisioterapia, juntamente com a força de vontade do utente.

E.: Acha que se a condição é irreversível...



Ft.: A condição física. A condição física é irreversível. É porque nem sempre, acho eu, nem sempre na nossa actuação o mais importante, vamos lá ver... às vezes as pessoas, agora fugindo assim um bocado à parte dos amputados, às vezes para as pessoas é importante que o cotovelo volte a esticar ou cotovelo volte a dobrar, há outras que não, é importante que independentemente de esticar ou não, que nunca mais volte a ter dores, e há outros em que é indiferente, é preciso é que eu volte a conseguir trabalhar e a fazer a minha vida, se dobra, se não dobra, se tenho dores... paciência, eu quero é voltar... percebes? Por isso eu acho que a condição aqui... nós temos que ver qual é a condição pretendida pelo doente, o que é que ele... porque às vezes é mais importante, se calhar até mesmo a condição psicológica do que propriamente a condição física, e então no caso dos amputados a partir do momento em que eles aceitam a nova imagem corporal, cada um deles vai estabelecer prioridades e objectivos completamente diferentes, mas uma coisa é certa, voltarem a ter uma perna ou um pé, não tem, e a partir do momento em que eles aceitam isso depois vão estabelecer objectivos específicos e isso tem a ver com cada um, e essa é a condição que eu pego. Quando se fala de amputados, aqui não há retorno não é? Vamos ter uma prótese, vamos ter uma coisa sintética que vai substituir um pé, vai substituir uma perna, mas não vamos voltar a ter uma perna, certo?

E.: Claro, e nesse seguimento acha que a incapacidade é também irreversível?

Ft.: A incapacidade...?

E.: Sim, como é que a classificaria?

Ft.: Ora sem ser física, é a negação ou a não-aceitação da nova imagem corporal. Eu por exemplo, tive o caso de uma senhora, enfermeira, ali no hospital que foi amputada por causa vascular, e ela sempre achou que aquilo tinha sido negligência médica. Se foi ou se não foi não sei porque eu não acompanhei o caso depois dessa altura, o que é certo é que a senhora fez uma amputação transfemural. Ela é uma pessoa que, digamos, sempre foi muito arrogante, mesmo até com os utentes, pelo menos isto são relatos de outras pessoas que conviveram com ela, porque ela foi enfermeira naquele hospital cerca de 20 anos, e até mesmo como colega, não era assim uma pessoa muito fácil de lidar. O que é que acontece com esta senhora? Esta senhora vive sozinha, tem a sua cadeira de rodas, tem um andarilho em casa, é uma pessoa que fuma para aí dois maços de tabaco por dia e é muito ansiosa. Ela começou a fazer



Fisioterapia para protetizar, para se mandar fazer uma prótese. Ela nunca aceitou a nova imagem corporal dela. Ela nem sequer se vê ao espelho, e nunca aceitou o facto de que se calhar não houve negligência médica, se calhar ela foi amputada porque, sei lá, descuido dela, não é? Porque ela era fumava muito, era uma pessoa diabética e mais não sei o que, e pronto, aconteceu e tinha que ser. Como ela nunca aceitou isso, ela nunca foi capaz de usar a prótese. Esta perna não é minha, esta perna não é minha, esta perna não é minha, e pronto. E hoje em dia, depois de um ano de Fisioterapia, está em casa, a prótese está ali guardada no roupeiro e ela anda de cadeira de rodas e desloca-se em casa com o andarilho, assim espaços curtos percebes?

Por isso eu não sei como é que te hei-de responder a essa pergunta!

(Risos)

Ok, faz lá outra vez a pergunta.

E.: Uma vez que a condição é irreversível, a incapacidade também o é?

Ft.: Não, claro que não. A incapacidade não tem nada a ver. Vamos lá ver se eu... se o facto de não voltar a ter uma perna... estás-me a perguntar se o facto de ela não voltar a ter perna, se ela não vai voltar a ter uma vida independente e poder fazer o que queria? É isso? Quer dizer a condição física é irreversível, ela não vai voltar a ter uma perna, mas sim vai voltar a poder usar uma prótese, logo a incapacidade deixa de ser irreversível. Por isso eu leio isto desta forma.

E.: Eu já li em vários sítios que o fisioterapeuta é um profissional da incapacidade...

Ft.: Ui! (risos)

E.: (risos) Comente.

Ft.: O fisioterapeuta é um profissional da incapacidade... não concordo. Bom, nós realmente intervimos com pessoas com incapacidades físicas, certo? Mas pelo contrário, nós somos pessoas, nós poderemos ser é fisioterapeutas, sei lá, de... Recuperamos determinadas



incapacidades, mas não poderemos ser vistos como um fisioterapeuta da incapacidade, claro que não, pelo contrário, nós promovemos é o contrário, nós promovemos é a capacidade, não só física, como também muitas das vezes psicológica, estão ambas ligadas certo, não podemos dissociar uma da outra, e daí para a frente, social também, não é?

E.: Se ainda estivesse a acompanhar a Sra. e tivesse que passar a Sra. a outro colega, o que informação é que transmitiria acerca dela?

Ft.: Tudo o que foi feito. Toda a informação que me foi transmitida a mim, não só pela Sra. como pela colega que a acompanhou, ou seja, o historial dela, desde o momento em que foi amputada até ao momento em que chegou às minhas mãos e toda a informação clínica, desde o momento em que começou comigo, e toda a informação em termos de reabilitação, o que é que se tem feito desde que estamos juntas. E aí poderia ser escrito ou não, nós na instituição, a terapeuta que esteve com ela inicialmente transmitiu-me verbalmente, no caso de ser a um terapeuta que estivesse noutra instituição fazia-se o contrário, porque eu acho que é assim que devemos proceder sempre com os nossos colegas.

E.: Considera a Sra. uma pessoa saudável?

Ft.: Sim, sim, muito. Muito saudável, pelo menos psicologicamente é uma pessoa muito saudável, com uma força de vontade incrível, mas em termos alimentares também me pareceu uma pessoa muito saudável, com alguns cuidados, por isso de uma maneira geral acho que é uma pessoa saudável.

E.: Última pergunta...

(Risos)

Ouvi há pouco tempo a coordenadora de um centro de reabilitação do Algarve dizer que "os profissionais de saúde não dão esperança, o que dão é funcionalidade, autonomia e independência"...

Ft.: Ui... essa senhora deve ser assim... (sinal de "osso duro de roer")

E.: o que acha desta afirmação?

Ft.: Nada disso, nada disso. Realmente como ela diz promovemos funcionalidade, promovemos, nós não damos nada a ninguém, nós promovemos autonomia e independência sem dúvida alguma. Isto também parte do doente. Nós estamos ali e estipulamos os nossos objectivos de acordo com os objectivos do doente, se o doente trabalhar para... consegue ter isso tudo, se o doente não trabalhar eu não lhe consigo dar nada, como é óbvio. Por isso promovemos tudo isso, como a senhora diz com toda a razão. Mas também damos esperança, e é importante em muitos casos darmos essa esperança. Tem que existir, pelo menos a meu ver tem que existir.

Se calhar ela disse isso no sentido em que não somos nenhuns santos... por aí. Não somos, nem ninguém faz milagres, mas temos que dar esperança. Há casos em que é fundamental, casos então assim mais graves, que penso que não seja o caso dos amputados, mas em casos mais graves, se não formos nós os profissionais de saúde a dar esperança ao utente...

E.: Não será perigoso... às vezes?

Ft.: Não, não acho que seja, vamos lá ver... nós quando estamos a trabalhar com uma pessoa, com um utente, vamos lá ver, nós não estamos a trabalhar com um caso clínico, estamos a trabalhar para um todo, certo? E nós sabemos até que ponto é que devemos dar esperança, e até que ponto é que isso vai funcionar ou não. Nós não podemos... quem somos nós para chegar ao pé da pessoa e dizer: meu senhor você vá para casa, faça as suas malas, não está aqui a fazer nada. Nem pensar. Nós podemos é estipular os tais objectivos, que se calhar não vão de encontro aos objectivos da pessoa. Se calhar a pessoa diz-me assim: epá eu quero voltar a correr e participar nos olímpicos, e aí eu vou-lhe dizer: espere lá, eu vou pô-lo a correr mas você nunca há-de participar nos olímpicos de certeza absoluta. Temos que ser realistas, mas temos que voltar a dar esperança às pessoas, é claro que sim. Há casos em que é fundamental.

Anexo 18 – Entrevista 2: Fisioterapeuta Natália

Entrevistador (E) - Fisioterapeuta (Ft)

E.: Tem acompanhado a situação do Sr. desde o início?

Ft.: Desde que esteve internado.

E.: Desde que esteve internado, pós amputação?

Ft.: Sim

E.: Que problemas é que lhe foram diagnosticados e quais aqueles que identificou depois na sua intervenção?

Ft.: Problemas, é assim, ele tem diabetes, por isso é que foi amputado e... e outros problemas a seguir à amputação, a outra perna também está com alguma deficiência circulatória, com défice e... pronto vamos a ver o que é que aquilo vai dar, porque... está muito feio.

E.: E a nível de Fisioterapia quais são os principais problemas que identificou?

Ft.: É assim, este senhor é muito independente, ele já há muito tempo que anda de canadianas, sozinho e vive sozinho.... pronto, claro que tem algumas dificuldades... é um senhor que vive num 6º andar e... para descer os degraus às vezes, como não tem elevador, é uma dificuldade, não é? Mas tirando isso o senhor é... é independente. Não apresentou assim... grandes dificuldades depois da amputação, adaptou-se logo muito bem às canadianas.

E.: Que processos é que utilizou para a avaliação e identificação dos problemas?

Ft.: (Pausa breve) É assim, nós quando o doente chega, pronto, olhamos para ele não é? Como é que o doente se apresenta, se vem de cadeira de rodas, sem vem de canadianas, se vem de canadianas, se tem uma marcha com dificuldade ou não e... pronto, pode haver depois, vamos analisar se há limitações articulares, como é que está a força, a força no geral, no couro, no membro inferior, nos membros superiores...



E.: E a nível de instrumentos de avaliação, existem algumas grelhas que tenha aplicado?

Ft.: Não.

E.: Bom, e qual a importância que esses problemas que referiu assumiram na vida do Sr.?

Ft.: (Pausa breve) Pronto é como eu já lhe disse, o problema principal dele acho que é mesmo sair de casa, não... lá em casa ele é completamente independente, faz tudo, vive sozinho, não precisa de ajuda, só precisa, por exemplo que lhe vão lá levar as compras, esse tipo de ajuda que ele não consegue... subir as escadas e ainda com compras, não é?

E.: Objectivos estabelecidos para este Sr.?

Ft.: Então... aumento ou manutenção da força muscular e das amplitudes articulares, correcção da marcha e... depois fazermos treino com prótese provisória... para o doente... continuar a ter um padrão, ou seja, não esquecer a dissociação de cinturas, a carga que tem que fazer daquele lado, claro que a carga nunca chega a ser tanta, porque a... a prótese provisória é posta com uma parte que é insuflável e então aquilo vai sempre um bocadinho abaixo e o doente não faz tanta carga obviamente como se estivesse lá o membro, mas de qualquer maneira é para... tenta reduzir os efeitos da dor fantasma, pronto esse tipo de...

E.: E como é que foi o processo de pré-prótese para pós-prótese?

Ft.: O Sr. ainda se esta a adaptar à prótese e... agora o grande problema do Sr. neste momento é o outro membro, que lhe dói e o Sr. não consegue andar com a prótese durante muito tempo, não por causa da prótese mas por causa do outro membro.

E.: E alguma vez teve que modificar o plano que tinha estabelecido previamente?

Ft.: Eu penso que não... quer dizer, modificar só no sentido da evolução, ou seja, se calhar iniciámos com... imagine, com pesos mais pequenos e depois fomos aumentando o peso, ou até o tempo de marcha, nas barras, com a prótese provisória... foi gradual e... foi no sentido da evolução, de... de melhoramento.



E.: Já reparei que recolheu alguma informação acerca da parte arquitectónica, e... acerca dos contextos de vida também...

Ft.: Sim, sim, nós perguntamos sempre aos doentes se vivem sozinhos, ou com quem é que vivem para sabermos também... o que é que temos que fazer com eles aqui, não é? Imagine, se tem corrimão em casa, se calhar fazemos um treino nas escadas mais centrado também com um corrimão e utilizamos o corrimão e uma canadiana ou até se os doentes tiverem corrimão dos dois lados utilizamos os dois lados, ou se não tiverem, temos que utilizar as duas canadianas para fazer um tipo de treino adaptado às necessidades do doente.

E.: Como é que avalia a sua relação com o Sr.?

Ft.: É boa, não... nunca tivemos nenhum... conflito... sempre, eu sempre lhe tentei também explicar a necessidade de... dos exercícios e o porquê... e... pronto não...

E.: Não houve nenhuma dificuldade...

Ft.: Nunca, nunca, o Sr. também é uma pessoa bastante acessível e...

E.: Correspondeu ao seu plano?

Ft.: Sim, sim, completamente...

E.: E acha que a sua intervenção correspondeu às expectativas do Sr.?

Ft.: É assim, se calhar é uma pergunta para lhe fazer a ele, não é? Mas... pelo menos que ele me tenha abordado nesse sentido, nunca... nunca se queixou, por assim dizer.

E.: Em que é que se costuma basear normalmente para guiar a sua intervenção?

Ft.: Nós temos um protocolo... de amputados, temos um protocolo de amputados em internamento, temos... nas várias fases de... temos o internamento, depois quando vem para cá iniciar os tratamentos com o coto ainda com cicatriz, depois cicatrizado, depois já na fase em que pode começar a utilizar a prótese, pronto, e depois quando recebe a prótese dele também.



E.: Não fazia ideia que tinham esses protocolos. E quais são as principais diferenças que encontrou entre cada fase?

Ft.: Por exemplo, no... lá em cima é... no internamento é essencialmente o ensino de posturas e exercícios para irem fazendo em casa enquanto não vem cá à consulta e enquanto não iniciam os tratamentos, posturas anti flexo, porque há muita tendência para joelhos e ancas ficarem com flexo e... depois... na fase em que os doentes iniciam ainda com o couro por cicatrizar, é mais um trabalho de colchão... de transferências, de rolar se for... se tiverem necessidade de aprender... e mais fortalecimento e manutenção de amplitudes, alguns ensinamentos também que eventualmente eles necessitem, depois na fase de cicatrização em que já está cicatrizado... ensinamos a por a ligadura de contenção, começam então a fazer o treino com a prótese provisória e... pronto... e depois é o outro com a prótese já definitiva deles

E.: Pois... e atribui mais ou menos importância à Fisioterapia uma vez que a condição é irreversível?

Ft.: Não percebi a pergunta. (repetida) Se atribuo mais ou menos importância... (breve pausa) do que se a situação fosse reversível? (Pausa) Eu acho que tem uma importância... (breve pausa) acho que, por acaso acho que nunca pensei nisso mas acho que é igual do que se a situação seja reversível porque... uma situação sendo reversível também precisa de... pronto, de certos ensinamentos, de certos cuidados nossos e... e eles também porque... vão viver assim para sempre, não é? E... e se calhar esta primeira fase é essencial para eles aprenderem também a utilizar e... a usarem o que tem.

E.: Acha que se a condição é irreversível a incapacidade também é irreversível?

Ft.: (Pausa) Não. (Pausa) A incapacidade... (Pausa) Repita lá a pergunta.

E.: Se a condição é irreversível a incapacidade também o é?

Ft.: Se a condição... (Pausa) Não... a incapacidade às vezes também depende um bocadinho do tipo de doente, não é? Se for um doente de 80 anos, se calhar tem mais dificuldade em deambular ou até em fazer às vezes transferências, se for uma pessoa mais nova não, quer dizer, a incapacidade... (pausa) não é... reversível, mas é... sei lá, atenuável.



E.: A que nível é que localizaria a incapacidade?

Ft.: (Silêncio)

E.: A que é que chamaria incapacidade no caso de uma pessoa amputada?

Ft.: (Pausa) Se ela tivesse que fazer qualquer coisa que não conseguisse...

E.: A nível de actividades e...

Ft.: A nível de actividades, sei lá...

E.: Eu tenho lido em vários locais que o fisioterapeuta é um profissional da incapacidade, como é que comentaria esta afirmação?

Ft.: Não, porque o fisioterapeuta não... não trabalha só a nível da incapacidade, trabalha também ao nível da prevenção, do ensino... não é só quando as pessoas já estão doentes, também... e deveria até ter um papel mais activo na área da prevenção do que eu acho que tem.

E.: Que informação é que transmitiria a um colega que fosse ficar responsável agora por este Sr.?

Ft.: Pronto é assim, eu contava se calhar um bocadinho... a avaliação que fiz... e que faço todos os dias... (pausa), falava um bocadinho do Sr., das suas... capacidades... o que é que ele faz e não faz em termos de tratamento... e... pronto, dizia em que fase do tratamento é que ele estava, o que é que... quais são os exercícios que ele faz neste momento e porquê. O tratamento quase.

E.: Considera o Sr. uma pessoa saudável?

Ft.: Ele não é uma pessoa saudável. Tem diabetes, tem aquele problema no membro remanescente, no outro membro... por isso eu acho que ele não é uma pessoa saudável.



E.: Ouvi há pouco tempo a coordenadora de um centro de reabilitação do Algarve dizer que: “Os profissionais de saúde não dão esperança, o que dão é funcionalidade, autonomia e independência”. O que é que acha desta afirmação?

Ft.: (Pausa, puxa o guião da entrevista para ler a pergunta) Funcionalidade, autonomia e independência... (breve pausa) eu acho que dão esperança. Dão esperança dando funcionalidade, autonomia e independência e... acho que dão esperança no sentido em que as pessoas ao terem esta autonomia, vão conseguir fazer coisas que se calhar achavam até que nunca mais iriam conseguir fazer...

E.: E não será perigoso dar esperança?

Ft.: Essa... essa esperança? É assim... nós nunca... dizemos que achamos que eles vão conseguir fazer coisas que nós próprios achamos que não vão conseguir fazer. Vamos sempre com calma e...essencialmente também não nos deixando perder a esperança, porque às vezes são muito negativos e acham que nunca vão conseguir e... então nós temos que combater um bocado isso, também não vamos dizer que vão conseguir fazer tudo, quando nós achamos que se calhar nem vão... mas dar um bocadinho de esperança... para as pessoas também terem uma perspectiva de vida que, que...que considerem... sei lá, boa, não sei, ou pelo menos que consigam fazer coisas que se calhar agora não conseguem.

E.: E este Sr. teve algum momento mais difícil, mais marcante?

Ft.: Hum... não me lembro.