
Artigo Científico

Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros

Social network and life satisfaction in persons with amputation

Marineia Crosara de Resende[✉], Cleusa Perpétua Boaventura da Cunha, Andressa Portela Silva e Silene Jacó de Sousa

Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

Resumo

Este estudo objetivou descrever a configuração da rede social de pessoas com amputação de membros, verificar a satisfação com a rede de relações sociais e a satisfação com a vida (SV). Participaram 21 adultos com amputação de membros (idade média 42,62 anos). A coleta de dados englobou caracterização dos sujeitos, dados sobre a deficiência, medida de SV, avaliação da rede de relações sociais. Os resultados indicaram que em média 3 pessoas fazem parte da rede social. Os entrevistados estão muito satisfeitos com a rede social atual, quando comparada com a rede de pessoas da mesma faixa etária e com o número de pessoas que compõem a sua rede; apresentam satisfação com a saúde e capacidade física, capacidade mental e envolvimento social; quanto menor a rede, maior a satisfação com a capacidade mental e maior a satisfação com a vida há 5 anos atrás. © Ciências & Cognição 2007; Vol. 10: 164-177.

Palavras-chave: deficiência física; satisfação com a vida; rede de relações.

Abstract

This investigation examined the adult's social network configuration and their satisfaction with their social relationships and their life satisfaction. We carried out an investigation with 21 adults with member amputation (mean age 42.62 years). The data collection included participants' characterization, data about disability, measure of life satisfaction, evaluation of the social network. The results indicated that 3 persons (on average) are part of the adults' social network. The participants told to be very satisfied with their social involvement today, with their social involvement when compared with others in the same age and with the number of people who compose their social network. Most of the participants told high levels of satisfaction with health and physical capacity, mental capacity and social involvement. The people that present smaller network are those who told higher level of satisfaction with mental capacity, higher level of life satisfaction 5 years ago. © Ciências & Cognição 2007; Vol. 10: 164-177.

Keywords: *physical disability; life satisfaction; social network.*

[✉] – M.C. de Resende é Psicóloga, Mestre em Gerontologia e Doutora em Educação (Universidade de Campinas – UNICAMP). Atua como Professora no Curso de Psicologia (Centro Universitário do Triângulo). E-mail para correspondência: marineiaresende@gmail.com. C.P.B. da Cunha, A.P. Silva e S.J. de Sousa atuam como psicólogas pelo Centro Universitário do Triângulo.

Introdução

Historicamente, as pesquisas associaram constantemente a amputação de membros com numerosas dificuldades psicológicas, como por exemplo, a depressão clínica. Nos últimos anos, as pesquisas começaram a mostrar que longe de uma perspectiva apenas patológica, os autores sugerem diversas respostas psicológicas positivas associadas à experiência da amputação. E, embora alguns indivíduos possam ver a amputação como uma catástrofe pessoal, outros vêm na experiência uma luz mais positiva como a oportunidade para crescimento psicológico (Rybarczyk *et al.*, 2000).

Há caminhos múltiplos que levam à perda de um membro, podendo ser uma deficiência congênita, causada através de variação genética ou uma deficiência adquirida, por exemplo, em função de *diabete mielitus*, doença vascular periférica, trauma e malignidade (Ephraim *et al.*, 2003). As transformações ocorridas em indivíduos, em função de uma mutilação, proveniente de uma amputação, são percebidas em âmbito global na medida em que os indivíduos se vêem de alguma forma menos independentes; podendo provocar ou aumentar as dificuldades que serão proporcionais às suas limitações (Boccolini, 2000).

A pessoa que perde um órgão sofre modificações bruscas em sua vida, afetando diretamente seu comportamento e a maneira de agir (Botelho *et al.*, 2003). Indivíduos que passam por uma amputação de membro têm o desafio de se ajustar psicologicamente de algum modo à perda desse membro, ajustar-se à deficiência física, que pode ser potencialmente incapacitante e afetar as condições de saúde e bem-estar de pessoas (Ephraim *et al.*, 2003).

Respostas psicológicas à amputação de membro são complexas e parecem estar associadas fortemente com ajustamento psicológico a longo prazo. As respostas para amputação estão relacionadas a três dimensões:

- Amputações específicas - respostas cognitivo-afetivas (por exemplo, imagem do

corpo alterada) estão no esforço de redefinir a si mesmo e ao ambiente como consequência da amputação;

- Respostas comportamentais (por exemplo, evitação), refletem esforços para negociar o panorama psíquico e físico alterado;
- Problemas de ajustamento psicológico específicos (por exemplo, depressão) emergem como respostas à padrões de funcionamento desajustado (Behel *et al.*, 2002).

No processo de adaptação interferem diferenças individuais, dependentes das histórias pessoais de saúde e doença, educacionais, de condições de vida e dos recursos econômicos que permitem acesso às tecnologias que contribuam para uma compensação de déficits (Freund e Baltes, 1998).

De acordo com Pavarini e Neri (2000), as pessoas com deficiência física podem ativar mecanismos de adaptação para enfrentar perdas na funcionalidade, através de recursos tecnológicos e de apoios psicológicos e sociais. Para Oliveira (2004), as incapacidades funcionais podem desestruturar as bases do indivíduo, interferir no desempenho de regras e papéis sociais, na independência e na habilidade para realizar tarefas essenciais à sua vida, na capacidade afetiva e na capacidade de realizar atividades profissionais.

Segundo Agree (1999), a deficiência, gerada por uma amputação ou outras causas, pode ser socialmente definida, sendo o produto do descompasso entre a limitação funcional que o indivíduo experimenta, as demandas ambientais e suas expectativas em relação ao desempenho das atividades de vida diária.

A amputação de um membro coloca o indivíduo frente a uma multiplicidade de desafios físicos e psicossociais, podendo trazer prejuízos no funcionamento físico, uso de prótese, dor, mudança de emprego ou na ocupação, bem como alterações na imagem corporal e no autoconceito. Este fato desafia o indivíduo a manter o bem-estar emocional e pode gerar reações inadequadas que podem conduzir ao desajuste psicossocial. Porém, é preciso considerar que há variação consi-

derável no funcionamento psicossocial de indivíduos com amputação de membros. Muitos indivíduos funcionam bem, principalmente quando se sentem amparados por uma rede de relações suportiva (Desmond e MacLachlan, 2005).

As redes de relações

A necessidade e a importância das relações sociais podem ser observadas ao longo de todo o ciclo vital. Partindo deste pressuposto as pessoas buscam relacionamentos sociais que confirmem suas auto-percepções. No caso específico das pessoas que passam por amputação de membros, o apoio social pode tornar-se mais significativo, vez que o indivíduo se sente mais amado e estimado, com sensação de controle sobre sua própria vida (Nogueira, 2001). Para Carstensen (1995), as relações sociais podem possibilitar aquisição de informação, desenvolvimento e manutenção do autoconceito, bem como regulação da emoção.

As redes sociais são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (por exemplo, disponibilidade e frequência de contato com amigos e parentes), ou com grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações sindicais) (Andrade, 2001). Além desses dois aspectos, Hanson e colaboradores (1997) adicionaram a “ancoragem social”, que descreve a percepção do grau de identificação ou vínculo entre o indivíduo e os grupos formais e informais a que pertence (ambiente de trabalho, área de moradia, família, dentre outros).

Griep e colaboradores (2003) afirmam que apoio social refere-se a um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e/ou de informação para enfrentarem situações geradoras de tensão emocional. Trata-se de um processo recíproco que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais

sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se aprende que as pessoas necessitam umas das outras.

O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Referir-se ao apoio social, fornecido pelas redes, é ressaltar os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e na capacidade de enfrentar problemas. Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a auto-estima (Minkler, 1985, citado por Andrade e Vaitsman, 2002).

As redes se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso para as relações sociais. Através das redes sociais surgem relacionamentos intencionais, com objetivos comuns que são explicitados e compartilhados, possibilitando mudanças nos valores, pensamentos e atitudes (Amaral, 2004).

As percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais que passam pelo que acontece nas transações sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade, por exemplo, capacidade de comunicar suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social e, ainda, de estilos cognitivos (Martins, 2005).

Quando baseados na reciprocidade e solidariedade, as relações sociais podem proporcionar confiança, ajuda convencional, influenciar o bem-estar global, a saúde psíquica e física das pessoas (Nogueira, 2001). Os contatos sociais permitem engajamento social, que também é uma forma de se vivenciar o desenvolvimento na idade adulta, de maneira bem sucedida. O apoio social deve ser compreendido como uma experiência pessoal e subjetiva que leva a um maior senso de satisfação com a vida. Silva e colaboradores (2003) sugerem a existência de uma relação entre apoio social e uma

variedade de medidas dependentes: saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar, redução do mal estar, longevidade e mortalidade, satisfação com a vida, entre outros.

A satisfação com a vida

É importante compreender que, em qualquer momento do ciclo vital e em qualquer sociedade, qualidade de vida é um fenômeno de várias faces e, assim, é melhor descrito por intermédio de um construto multidimensional, que considera valores individuais e sociais a respeito do que é normal e do que é tido como desejável ou ideal quanto ao bem-estar objetivo e subjetivo (Neri, 2001).

O bem-estar subjetivo relaciona-se à avaliação do indivíduo sobre sua própria existência, que pode ser feita cognitivamente, quando a pessoa faz julgamentos conscientes sobre sua vida como um todo ou quando faz julgamentos sobre aspectos específicos como a saúde ou o próprio corpo; podendo também ser feita por meio do afeto quando o indivíduo vivencia emoções prazerosas ou desagradáveis e quando apresenta um estado de humor (Giacomoni, 2004).

O bem-estar subjetivo pertence ao âmbito da experiência privada, suas medidas incluem tanto avaliação global, quanto avaliações particulares referenciadas a domínios, tais como saúde física e cognitiva, relações sociais, relações familiares e espiritualidade. O bem-estar subjetivo inclui medidas cognitivas (a satisfação global com a vida e a satisfação referenciada a domínios selecionados) e emocionais (as mais comuns são as medidas emocionais ou afetivas, referenciadas a valores positivos e negativos) (Neri, 2001).

A satisfação com a vida é uma das medidas do bem-estar subjetivo, que reflete a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. Um aspecto essencial do bem estar é a capacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas sobre o *self* – um sistema composto por estruturas de conhecimento sobre si mesmo e um conjunto de funções cognitivas

que integram ativamente essas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal (Neri, 2001).

Enquanto subjetiva, a avaliação da satisfação com a vida reflete as expressões de cada pessoa quanto aos seus próprios critérios de satisfação com a vida como um todo e em domínios específicos, como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais e outros. Assim, reflete o bem estar individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva (Diogo, 2003).

Segundo Freire (2000), a vida pode ser satisfatória, com qualidade e bem-estar, especialmente quando há disposição para enfrentar os desafios da vida. Esse intento fica mais fácil quando a pessoa conta com uma rede de suporte social.

As relações sociais, as redes de relações e o apoio social são tópicos atuais da Psicologia, especialmente no que diz respeito às contribuições que esta ciência pode dar ao bem-estar das pessoas (Neri, 2004). O argumento em favor da idéia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar da pessoa (Ramos, 2002). Neste sentido, propõem-se os seguintes objetivos:

- Descrever e analisar a configuração da rede social de pessoas com amputação de membros.
- Caracterizar e analisar a satisfação relatada com a rede de relações sociais.
- Verificar a satisfação com a vida de adultos com amputação de membros.
- Analisar a relação entre o tamanho da rede, a satisfação com a rede social e a satisfação com a vida referenciada a domínios (saúde e capacidade física, capacidade mental e envolvimento social).

Métodologia

Participantes

Participaram desta pesquisa uma amostra de conveniência composta por 21 adultos com amputação de membros, sócios da Associação dos Paraplégicos de Uberlândia (APARU), com idade entre 20 a 69 anos (idade média 42,62, $dp=12,22$), sendo 71,4% do sexo masculino e 28,6% do sexo feminino, 47,6% casados, 33,3% solteiros e 19,0% separados, a maioria (52,4%) tem o ensino fundamental (5^a a 8^a série), sustenta-se por renda própria (71,4%), trabalham (66,7%) e moram com os pais e irmãos (23,8%) ou cônjuges (23,8%) ou sozinhos (19,0%).

A maioria dos participantes teve seus membros amputados em função de acidentes (81,0%), sendo que 67,3% tiveram algum membro superior amputado (antebraço, braço, mão), 28,6% membros inferiores (joelho, perna, pé) e 4,8% membros superiores e inferiores (pé esquerdo, antebraço direito, mão esquerda). A maioria (71,4%) não faz uso de nenhum auxílio ortopédico. Dos 28,6% que fazem uso de auxílio ortopédico, relatam usar órtese, perna mecânica (66,6%), meia elástica (16,7%) e muleta (16,7%). Com relação ao tempo que convivem com a deficiência, 42,9% convivem a mais de 20 anos, 28,6% entre 10 e 19 anos e 28,6% a menos de 10 anos. A idade que tinham quando tiveram seus membros amputados, menos de 10 anos (19,0%), entre 10 e 19 anos (38,1%) e 20 anos ou mais (42,9%).

Instrumentos

a) *Questionário para a caracterização dos sujeitos*: para levantar o perfil dos sujeitos envolvidos na pesquisa, no que se refere aos dados pessoais, tais como: idade, gênero, estado civil, ocupação, arranjo domiciliar e renda.

b) *Ficha de Dados sobre a deficiência*: levantamento de como se adquiriu a amputação: por acidente – que tipo; por doença – qual e, outros; Qual(is) parte(s) foi(ram) amputada(s); quanto tempo convive com a amputação do membro; idade que teve o membro amputado e se utiliza auxílio ortopédico (não-sim/qual?)

c) *Escala do tipo “múltiplos itens” para medida de satisfação de vida*: trata-se de um instrumento criada por Neri (1998, citado por Freire, 2001) para medida de bem-estar subjetivo indicado por satisfação referenciada a três domínios:

- c.1) saúde e capacidade física;
- c.2) capacidade mental;
- c.3) envolvimento social.

São apresentadas nove afirmações, três para cada domínio e o respondente deve indicar como avalia seu grau de satisfação numa escala *likert* de cinco pontos variando de 1 (muito pouco satisfeito) até 5 (muitíssimo satisfeito).

d) *Diagrama para avaliação da rede de relações sociais* (Nogueira, 2001): é composto por três círculos concêntricos, os sujeitos distribuem as pessoas que fazem parte de sua rede de relacionamentos sociais por critério de proximidade afetiva. São instruídos a colocar no círculo mais interno, as pessoas que lhe são muito importantes e mais próximas; no círculo disposto em posição mediana, as importantes, mas menos próximas; e, no círculo mais externo, as pessoas que são importantes, porém mais distantes. Esse instrumento permite entender a configuração da rede social em termos de afetividade: quanto mais próximo do “Eu”, maior a importância sócio-emocional. Para completar as informações sobre a configuração da rede de relacionamentos sociais, será preenchido um quadro de respostas, com as seguintes informações sobre as pessoas colocadas na rede: idade, gênero e natureza do relacionamento.

e) *Questionário complementar com questões sobre a satisfação com a rede de relações sociais* (Nogueira, 2001): possibilitou obter informações sobre as funções da rede e a satisfação com as relações sociais, tomando como base a situação atual, a situação atual em comparação com anos antes e a situação atual em comparação com a de outras pessoas da mesma idade que os sujeitos.

Procedimentos

Os sujeitos foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, sua opção individual em participar ou não, o tempo de entrevista e o sigilo da identidade. Após a resposta afirmativa do sujeito em colaborar, foi solicitado que este assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida foram dadas as instruções referentes aos instrumentos que foram respondidos, as entrevistas foram realizadas individualmente. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (parecer n. 318/04).

Resultados

Os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva, com medidas de posição e dispersão aplicadas às variáveis contínuas. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas (com medidas de posição e dispersão) das variáveis contínuas. Para verificar a relação entre suas variáveis numéricas foi calculado o coeficiente de correlação de Spearman. Valores próximos de +1 indicam correlação positiva significativa entre as variáveis, enquanto valores menores ou negativos indicam baixa correlação ou correlação inversa. O nível de significância adotado para os testes foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

Configuração da rede de relações sociais de adultos com amputação de membros

A análise descritiva dos dados indicou que com relação ao tamanho da rede social, considerando os três círculos, em média, o grupo de sujeitos entrevistados apontou 3 pessoas como membros da sua rede social (DP=1,69). No primeiro círculo (C1), pessoas consideradas muito importantes e mais próximas afetivamente, foram colocadas uma média de 4,24 pessoas (DP=1,97), sendo 71,70% relações familiares, 62,07% mulheres e 55,19% mais jovens. No segundo círculo (C2), pessoas muito importantes e menos próximas, a média foi de 2,81 pessoas

(DP=1,12), sendo 58,97% relações de amizade, 62,86% de homens e 40,16% da mesma idade ou 30,40% mais velhos. No terceiro círculo (C3), as pessoas importantes e mais distantes são em média 2,10 (DP=1,14), 50,00% relações de amizade, 69,44% homens e 58,73% com a mesma idade.

No que diz respeito à função da rede social, em relação ao apoio emocional encontrou-se que 35,71% são familiares, 30,95% são relações de intimidade, 52,38% da mesma idade e, 71,43% são mulheres. Quanto ao apoio instrumental: 57,14% são familiares, 52,38% homens, 38,10% mais velhos e, 33,33% mais jovens. Em relação ao suporte informativo: 52,38% relação de amizade, 47,62% da mesma idade e/ou 21,62% mais velhos e 61,90% homens. Pode-se dizer que, em sua maior parte, os participantes obtêm suporte emocional, instrumental e informativo principalmente de amigos e pessoas com a mesma idade.

Satisfação relatada com a rede de relações sociais de adultos

Considerando as relações sociais, tomando como base a situação atual, a situação atual em comparação com anos antes e a situação atual em comparação com a de outras pessoas da mesma idade tem-se que:

- Para a *satisfação relatada com a rede social atual* hoje 9,5% consideram-se pouco satisfeitos, 42,9% consideram-se mais ou menos satisfeitos e 47,6% consideram-se muito satisfeitos.
- *Comparando-se a rede social com a de pessoas da mesma faixa etária*: 9,5% consideram-se pouco satisfeitos, 28,6% consideram-se mais ou menos satisfeitos e 61,9% consideram-se muito satisfeitos.
- *Comparada com o número de pessoas que compõem a rede de relacionamentos sociais*: 14,3% consideram-se pouco satisfeitos, 28,6% consideram-se mais ou menos satisfeitos e 57,1% consideram-se muito satisfeitos.

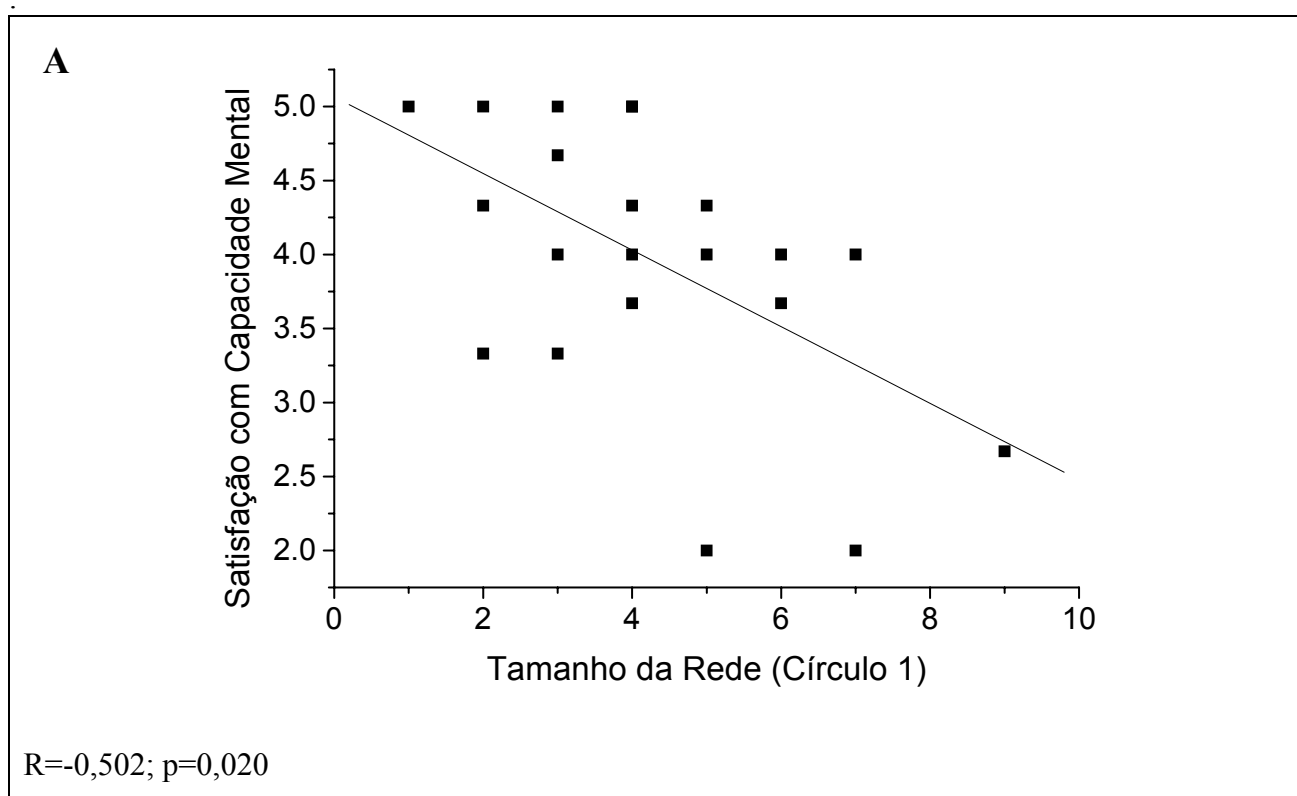
Satisfação com a vida de adultos com amputação de membros

Ao analisar os resultados da Escala do tipo “múltiplos itens” para medida de satisfação de vida encontrou-se que os entrevistados apresentam bem-estar subjetivo nos domínios saúde e capacidade física (média 3,52; DP=0,82); capacidade mental (média 3,97; DP=0,91); envolvimento social (média 3,79; DP=1,14); constata-se que das pessoas participantes 52,4% colocam-se muito satisfeitas quanto a saúde; 52,4% mais ou menos satisfeitas quanto a capacidade física; 33,3% muito satisfeitas, 19,9% muitíssimo satisfeita e 19,0% mais ou menos satisfeitas, quanto a saúde física hoje, se comparada com a própria saúde há de cinco anos atrás; e a capacidade física se comparada com a de cinco anos atrás, 28,6% mais ou menos satisfeitas e 28,6% muitíssimo satisfeitas. Quando se compara a própria saúde com a saúde de outras pessoas da mesma idade, 33,3% responderam que estão mais ou menos satisfeitas, 28,6% muito satisfeitas; já quanto à capacidade física comparada com outras pessoas da mesma idade, 52,4% disseram muito satisfeitas. A

capacidade mental hoje, 47,6% respondeu que estão muito satisfeitas e 33,3% muitíssimo satisfeitas; quando comparada a capacidade mental com há de cinco anos atrás, 38,1% estão muito satisfeitas e 33,3% muitíssimo satisfeitas; quando comparada com pessoas da mesma idade, 38,1% estão muito satisfeitas e 33,3% muitíssimo satisfeitas. Disseram muitíssimos satisfeitas, 38,1%, com o envolvimento social hoje; em comparação com o de cinco anos atrás, 33,3% muitíssimo satisfeitas 33,3% muito satisfeitas e, quando comparadas com pessoas da mesma idade, 38,1% mais ou menos satisfeitas, 38,1% muitíssimo satisfeitas.

Análise de correlação – satisfação e rede social

A análise de correlação (Figura 1) entre satisfação com a vida e a rede social informou que quanto menor o tamanho da rede, maior a satisfação com a capacidade mental ($r = -0,472$; $p = 0,031$) e maior a satisfação com a vida há 5 anos atrás ($r = -0,437$; $p = 0,047$). Não houve correlação significativa entre satisfação com a rede e tamanho da rede.



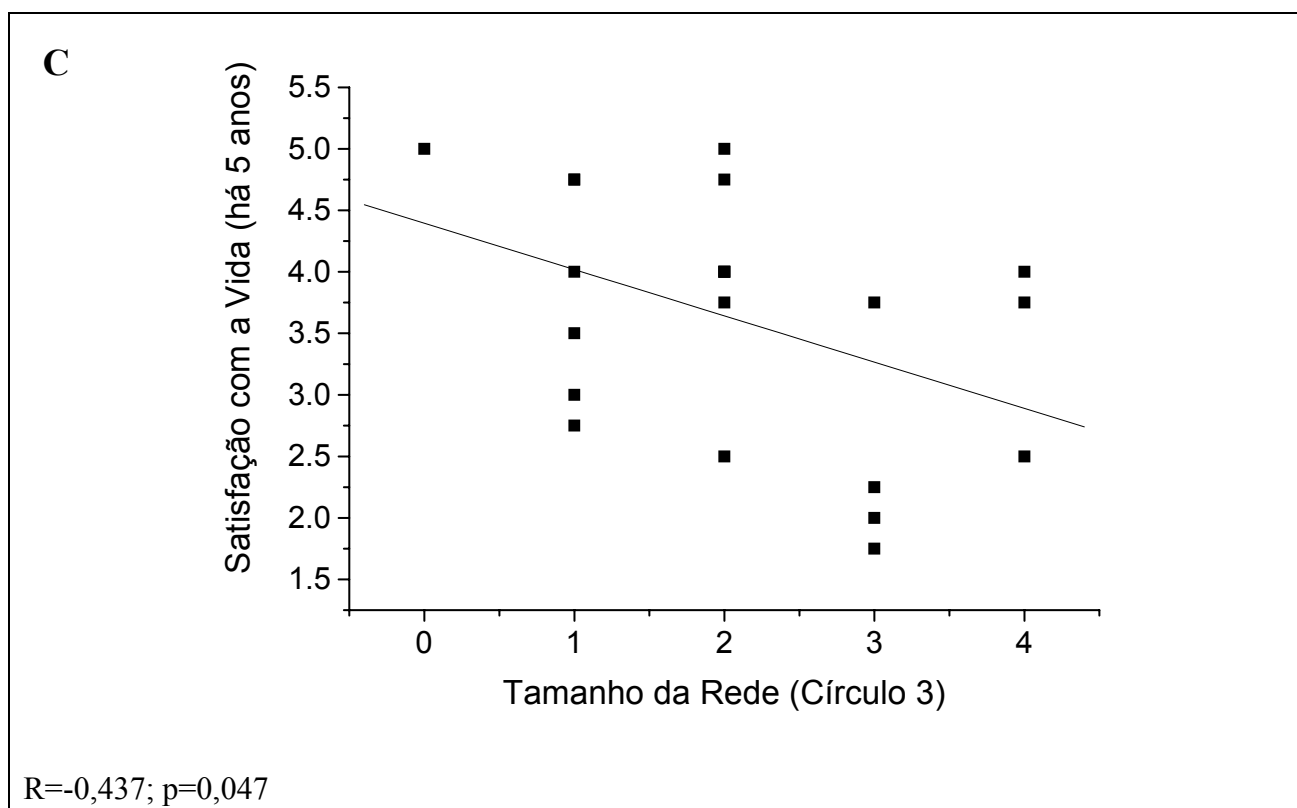
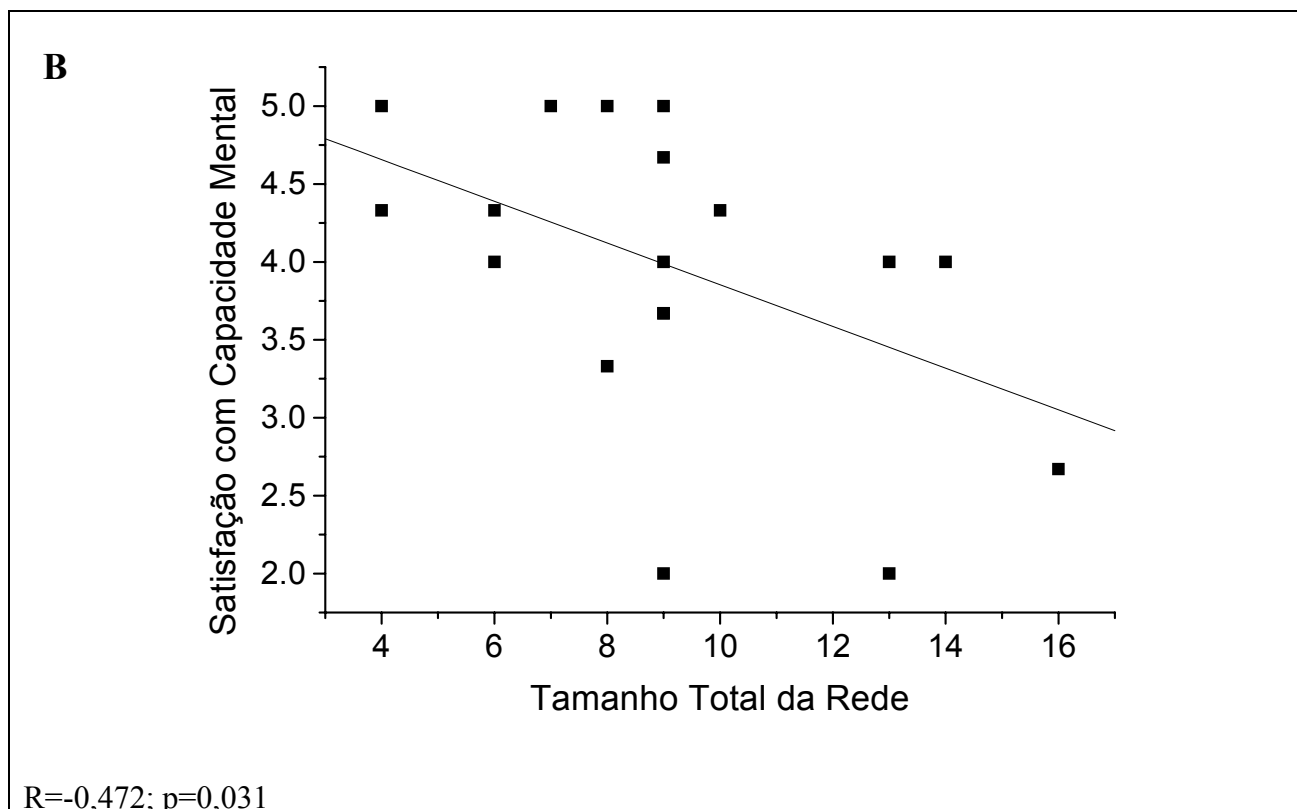


Figura 1 – Correlações significativas entre: (A), satisfação com a capacidade mental e o tamanho da rede; (B), satisfação com a capacidade mental e o tamanho total da rede; (C), satisfação com a vida (há cinco anos) e o tamanho da rede. Valores expressos em função de R e do p na base de cada gráfico.

Discussão

Este estudo investigou a rede de relações sociais de adultos com amputação de membros, bem como a satisfação relatada com a rede de relações sociais, sua satisfação com a vida e a associação entre bem-estar subjetivo, medido por satisfação, com a rede de relações.

Entendida como um fenômeno multivariado e multidimensional, as redes de relações sociais levam em conta aspectos normativos e não-normativos associados ao desenvolvimento psicossocial, biológico e ao contexto sociocultural (Nogueira, 2001). Gaspari (2002) descreve que a relação entre rede de apoio social e saúde foi sugerida, na década de 70, por Sidnei Cobb e, de maneira independente, por John Cassel, quando compilaram evidências de que a falta ou a ruptura de apoio social aumentava a suscetibilidade a doenças. Andrade e Vaitsman (2002) corroboram descrevendo que a pobreza de relações sociais é tão prejudicial quanto alguns aspectos nocivos à saúde.

Valla (1999), por um lado, relata que quando o apoio social diminui, o sistema de defesa é afetado, tornando a pessoa mais suscetível à doença. Em épocas de estresse, como no caso do momento em que as pessoas sofrem amputação de um membro, o apoio social contribui para manter sua saúde, desempenhando função mediadora. Desta forma, permite ao indivíduo contornar a possibilidade de adoecer como resultado deste acontecimento. Por outro lado, o apoio social auxilia no sentido de aumentar a capacidade das pessoas lidarem com o estresse, contribuindo para a sensação de coerência e senso de controle sobre a própria vida. Estes aspectos apontam para a importância do papel deste apoio na manutenção da saúde, na prevenção de doenças e como forma de facilitar o processo de recuperação do bem-estar (Valla, 1999) e do ajustamento psicossocial.

O apoio social traz melhoras significativas à saúde das pessoas, Pietrukowicz (2001) e Minkler (1985, citado por Chor e cols., 2001) abordam que é preciso considerar

que este processo é de reciprocidade, que gera benefícios tanto para a pessoa que recebe, quanto para quem oferece o apoio.

Com relação ao grau de proximidade afetiva (muito próximo, próximo e distante), os entrevistados relataram que o suporte mais próximo provém de pessoas da família, mulheres e mais novas. O suporte familiar está relacionado aos efeitos benéficos exercidos pela família na saúde, pois reduz os efeitos negativos do estresse na saúde mental, na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico (Ramos, 2002).

No entanto, o suporte próximo e distante advém de relações de amizade, homens e pessoas da mesma idade. Nogueira (2001) propõem que o ser humano tende a se relacionar com parceiros sociais que confirmem suas auto-percepções, geralmente pessoas do mesmo gênero tendem a confirmá-la, pois têm maneiras semelhantes de entender o mundo. Neste sentido, Erbolato (2002) relata que viver em grupo permite que o indivíduo selecione as pessoas com as quais deseja manter contato para obter experiências emocionais mais positivas. As redes de relações são fontes de parâmetros para avaliar adequadamente seus comportamentos e sentimentos, confirmando sua percepção acerca de si mesmo, suas capacidades, seus valores, opiniões e competência.

Para Nogueira (2001), é preciso considerar as funções que essas relações cumprem na vida das pessoas e da sociedade. A maioria dos sujeitos relatou que, em relação ao apoio emocional são familiares ou relações de intimidade, pessoas da mesma idade e mulheres que fornecem esse suporte. Quanto ao apoio instrumental, são familiares, homens, mais velhos ou mais jovens. Em relação ao suporte informativo, relação de amizade, da mesma idade ou mais velhos e homens. Pode-se dizer que os participantes obtêm suporte emocional, instrumental e informativo principalmente de amigos e pessoas com a mesma idade.

Reis (2001, citado por Nogueira, 2001) certificou que homens e mulheres experimentam menos isolamento e abandono quando têm confidentes, os homens tendem a escolher como confidentes primeiramente mulheres, com as quais interagem com mais frequência e por mais tempo. Segundo o autor, as diferenças de gênero quanto às experiências e à expressão emocional são influenciadas por normas culturais - as mulheres são mais inclinadas que os homens a mostrarem seus problemas emocionais para uma rede mais ampla de pessoas.

Freire (2001) destaca que o gênero é um dos marcadores sociais que se pauta nas diferenças biológicas e se refere ao *status* atribuído a homens e mulheres na estruturação do modo de vida das pessoas. Os homens tendem a investir mais em domínios ligados à carreira profissional, enquanto as mulheres investem mais em domínios relacionados ao estabelecimento de interações sociais e ao bem-estar da família. As diferenças de gênero são produtos históricos e de construção social em que as diferenças biológicas entre os sexos vão sendo apropriadas pelo social ao longo do tempo, naturalizando a diferença em todas as áreas de relacionamentos que envolvam homens, mulheres e poder (Gianordoli-Nascimento e Trindade, 2002).

Os participantes deste trabalho relataram estar muito satisfeitos com a própria rede social, com o número de componentes e com a rede quando comparada com a rede de pessoas da mesma idade. Esses dados vão de encontro aos resultados obtidos em outros estudos nacionais com adultos sem deficiência física, tais como de Nogueira (2001), Freire (2001), Freire e colaboradores (2004), Resende e colaboradores (2006), o que pode ser indicativo que a deficiência é mais uma característica da pessoa, e não a única (Resende, 2005; 2006).

A maioria dos participantes relatou bem-estar subjetivo, indicado por satisfações nos domínios: saúde e capacidade física, capacidade mental e envolvimento social. O bem-estar subjetivo é um componente importante da qualidade de vida no processo de

envelhecimento, e tem relação com o que o indivíduo acredita ser relevante para si (Leão Júnior, 2003).

Inversamente aos resultados desta pesquisa, Lebre (2004) afirma que a deficiência traz múltiplas conseqüências negativas na qualidade de vida dos indivíduos com deficiência e suas famílias, com o que não se pode concordar.

Para aferir qualidade de vida é preciso considerar outros aspectos da vida que influenciam os sentimentos de bem-estar subjetivo, entre eles o econômico (renda), a educação, o *status* conjugal, o acesso aos transportes, a rede de relações sociais, o local de residência e a saúde física e mental (Spiriduso, 1995, citado por Leão Júnior, 2003).

Os indicadores sociais por si só não seriam capazes de definir o bem-estar subjetivo de um indivíduo ou grupo por isso o elemento subjetivo é essencial na avaliação da qualidade de vida, pois as pessoas reagem diferentemente a circunstâncias semelhantes (Diener e Suh, 1997).

De acordo com Albuquerque e Troccóli (2004), qualidade de vida inclui elementos não relacionados à saúde como trabalho, família, amigos e circunstâncias de vida, além de fatores relacionados à saúde, tais como bem-estar físico, funcional, emocional e mental. Ainda segundo os autores, saúde e estado subjetivo de saúde relacionam-se com qualidade de vida; embora considerados como conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do indivíduo, estão impreterivelmente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente.

Um fator relevante para o senso de bem-estar relaciona-se com a percepção da pessoa sobre o funcionamento do seu corpo. Nesse sentido, o bem-estar subjetivo reflete a harmonia entre funções fisiológicas e manutenção da capacidade de ajustar-se (autorregulação) aos estímulos e agressões do ambiente (Leão Júnior, 2003), facilitando a convivência com situações de perdas, como no caso da amputação de membros.

Diogo (2003), em pesquisa realizada com 40 idosos, com idade média de 74,5

anos, submetidos à amputação de membros inferiores, descreve que a perda de um membro pode desencadear diferentes percepções sobre o bem-estar subjetivo, uma vez que as emoções flutuam ao longo da vida segundo a ocorrência de eventos, o estado psicológico num determinado momento e fatores relacionados à personalidade. Desse modo, parece que o tempo é um importante indicador de adaptação à deficiência (Resende, 2004; Resende, 2006) já que os níveis de satisfação com a vida encontrados nesta pesquisa são relativamente elevados.

As pessoas necessitam umas das outras e, por isso, quando a rede de relações apresentou-se menor, os indivíduos relatam maior satisfação com capacidade mental e maior a satisfação com a rede há cinco anos atrás. Outrossim, este fato parece evidenciar uma compensação deste baixo suporte social. Uma das características para aceitação da deficiência tem sido a avaliação do próprio valor, de atributos e capacidades, baseados não apenas em aspectos físicos, mas também em outros, como persistência, inteligência, dentre outros (Schmitt e Elliott, 2004).

A aceitação da deficiência tem sido definida como um dos melhores indicadores de ajustamento positivo após a deficiência (Elliott *et al.*, 2002 *apud* Schmitt e Elliott, 2004), sendo indicativo de saúde mental.

Costa e Ludemir (2005) descrevem a relação entre saúde mental e apoio social. Afirmam que o apoio social afeta diretamente a saúde mental e funciona como mediador do estresse, modificando o seu efeito, isto é, a pessoa com alto nível de apoio social reage mais positivamente às situações estressantes se comparada àquelas sem uma rede social suportiva.

Considerações finais

O suporte social e a rede de relações sociais favorecem o bem-estar de pessoas, com ou sem deficiência, os relacionamentos são particularmente benéficos para a manutenção da saúde mental, pois atendem as necessidades afetivas e emocionais dos envolvidos. O apoio social é um fator que

contribui na perspectiva de um futuro próspero, pois a partir do apoio recebido seja de amigos, familiares e outros grupos de apoio, as pessoas têm a possibilidade de contornarem as situações estressantes.

Isso posto, é importante investir em novas pesquisas que busquem o entendimento das redes de apoio social e o bem-estar subjetivo, de pessoas com deficiência, relacionados a outras variáveis. Medeiros e Diniz (2004) afirmam que os estudos sobre a deficiência são um campo sólido de debates pouco conhecido no Brasil, embora os autores descrevam que este tema começa a ocupar mais espaço nas políticas públicas brasileiras. Diogo (2003) corrobora de certa forma esta idéia, ao afirmar que estudos sobre satisfação com a vida entre idosos com amputação de membros também são escassos na literatura.

Estas pesquisas poderiam subsidiar os profissionais, especialmente da área da saúde, em suas práticas, visando à valorização da satisfação com a vida e promovendo um novo olhar sobre a reabilitação de pessoas com amputação de membros, que pode acontecer individualmente, mas de preferência em grupos.

Nestes grupos, como nas associações de pessoas com deficiência, os indivíduos podem compartilhar informações sobre os mais diversos assuntos, interagir com outras pessoas na mesma condição que ela, priorizando o envolvimento comunitário para aumentar sua confiança pessoal e sua satisfação com a vida.

Referências bibliográficas

- Agree, E.M. (1999). The influence of personal care and assistive devices on the measurement of disability. *Soc. Sci. Med.*, 48, 427-443.
- Albuquerque, A.S. e Trócoli, B.T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2).
- Amaral, V. (2004). *Redes uma nova forma de atuar*. Disponível em: <http://www.mapadoterceirosetor.org.br>. (Acessado em 12/09/2005).
- Andrade, G.R.B. e Vaitsman, J. (2002). Apoio Social e redes: conectando

solidariedade e saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, 7, 925-934.

Andrade, G.R.B. (2001). *Grupo de apoio social no hospital: o caso do lutando para viver*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Behel, J. M.; Rybarczyk, B.; Elliott, T.R.; Nicholas, J.J. e Nyenhuis, D. (2002). The role of perceived vulnerability in adjustment to lower extremity amputation: a preliminary investigation. *Rehabilitation Psychol.*, 47, 92-105.

Boccolini, F. (2000). *Reabilitação – amputados – amputações - próteses*. 2ª ed. São Paulo: Editora Probel.

Resende, M.C.; Bones, V.M.; Souza, I.S. e Guimarães, N.K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicología para América Latina*, 5. Disponível em:

<http://psicolatina.org/Cinco/index.html>.

(Acesso em: 20/02/2006).

Botelho, N.L.P.; Volpini, M. e Moura, E.M. (2003). Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular. *Arq. Bras. Oftalmol.*, 66, 637-646.

Carstensen, L.L. (1995). Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. Em: Neri, A. L. *Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso da vida*. (pp. 111-158). Campinas: Editora Papirus.

Chor, D.; Griep, R.H.; Lopes, C.S. e Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Públ.*, 17, 887-896.

Costa, A.G. e Ludermir, A.B. (2005). Trans-tornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, 21, 73-79.

Desmond, D.M. e MacLachlan, M. (2005). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Soc. Sci. Med. (no prelo)*, Corrected Proof, Available online 28 June 2005.

Diener, E. e Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and old age: an international analysis. Em K. W. Schaie e M. P. Lawton (eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, *Focus on Emotion and Adult Development* (pp.304-324). New York: Springer.

Diogo, M.J.D.E. (2003). Avaliação funcional de idosos com amputação de membros inferiores atendidos em um hospital universitário. *Rev. Latino-Americana Enf.*, 11, 59-65.

Ephraim, P.L.; Dillingham, T.R.; Sector, M.; Pezzin, L.E. e Mackenzie, E.J. (2003). Epidemiology of Limb Loss and Congenital Limb Deficiency: a review of the literature. *Arch. Physical Med. Rehabilitation*, 84, 747-761.

Erbolato, R. (2002). Relações sociais na velhice. Em: Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A.L.; Cançado, F.A.X.; Gorzoni, M.L. e Rocha, S.M. (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 957-964). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Freire, S.A. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. Em: Néri, A.L. e Freire, S.A. (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp. 21-31). Campinas: Editora Papirus.

Freire, S.A. (2001). *Bem-Estar Subjetivo e Metas de Vida: comparação entre três grupos etários*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000220310>. (Acessado em 05/03/2005).

Freire, S.A., Resende, M.C. e Rabelo, D.F. (2004). Rede de relações sociais de participantes de centros sócio-educativos. [Completo]. Em 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Actas do 5o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 777-783.

Freund, A.M. e Baltes, P.B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life-management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychol. Aging*, 13, 531-543.

Gaspari, V.P.P. (2002). *Rede de apoio social e tentativa de suicídio*. Dissertação de

- Mestrado, Curso de Pós-Graduação Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000265425>. (Acessado em 05/03/2005).
- Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 12. Disponível em: http://www.sbponline.org.br/revista2/index_arquivos/Page1401.htm. (Acessado em: 09/10/2005).
- Gianordoli-Nascimento, I.F. e Trindade, Z.A. (2002). "O que fazer quando o coração aperta?" A dinâmica conjugal pós-infarto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18, 107-115.
- Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E. e Lopes, C.S. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Públ.*, 19, 625-634.
- Hanson, B.S.; Ostergren, P.O.; Elmstahl, S.; Isacson, S.O. e Ranstam, J. (1997). Reliability and validity assessments of measures of social networks, social support and control-results from the Malmo shoulder and neck study. *Scand. J. Soc. Med.*, 25, 249-257.
- Leão Júnior, R. (2003). *Participação em hidroginástica, crenças de auto-eficácia e satisfação com a vida em mulheres de 50 a 70 anos*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000303250>. (Acessado em 20/10/2005).
- Lebre, P. (2004). Relatos de um estudo sobre a qualidade de vida de pessoas com deficiência no Concelho de Almada. *Revista Proform@r online*. Disponível em: http://www.proformar.org/revista/edicao_2/qualidade_vida.pdf. (Acessado em 12/11/2005).
- Martins, R.M.L. (2005). A Relevância do apoio social na velhice. Disponível em: <http://www.Ipv.Pt/Millennium>. (Acessado em 08/09/2005).
- Medeiros, M. e Diniz, D. (2004). *A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento*. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. (Acessado em 13/01/2005).
- Neri, A.L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Em 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Santos: SBGG- São Paulo (CD-ROM). Santos.
- Neri, A.L. (2004). O que a Psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. Em: Néri, A.L. e Sanchez, M.Y. (Orgs.), *Velhice bem-sucedida*. Campinas: Editora Papirus.
- Nogueira, E.J. (2001). *Rede de relações sociais: um estudo transversal com homens e mulheres pertencentes a três grupos etários*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000235568>. (Acessado em 20/10/2005).
- Oliveira, T.R.B. (2004). *Ajustamento psicossocial em pacientes com lesões traumáticas do sistema nervoso central*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Pavarini, S.C.I. e Neri, A.L. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. Em: Duarte, Y.A. e Diogo, M.J.D. (Orgs.), *Atendimento Domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Ateneu.
- Pietrukowicz, M.C.L.C. (2001). *Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Ramos, M.P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, 7, 156-175.
- Resende, A.P.C. (2004). *Todos na cidade: o direito a acessibilidade das pessoas com deficiência física em Uberlândia*. Uberlândia: EDUFU.
- Resende, M.C. (2005). Deficiência e incapacidade. Em: Néri, A.L. (Org.), *Palavras-chave em Gerontologia*. São Paulo: Átomo-Alínea.
- Resende, M.C. (2006). *Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em

Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Rybarczyk, B.D.; Szymanski, L. e Nicholas, J.J. (2000) Limb amputations. Em: Frank, R.G. e Elliot, T.R. (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Schmitt, M.M. e Elliott, T.R. (2004) Verbal learning ability and adjustment to recent-onset spinal cord injury. *Rehabilitation Psychol.*, 49, 288-294.

Silva, I.; Pais-Ribeiro, J.; Cardoso, H.; Ramos, H.; Carvalhosa, S.C.; Dias, S. e Gonçalves, A. (2003) Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4, 21-32.

Valla, V.V. (1999) Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pub.*, 15.