



Universidade de Brasília

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Intervenção psicológica em pacientes vítimas de amputações
traumáticas de membros superiores**

Isabela Castelli

Orientador: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

Brasília, abril de 2023.



Universidade de Brasília

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

**Intervenção psicológica em pacientes vítimas de amputações
traumáticas de membros superiores**

Psychological intervention in patients' victims of traumatic upper limb amputations

Isabela Castelli

Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como
requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior.

Brasília, abril de 2023.

Ficha de Avaliação

Castelli, Isabela. (2023). *Intervenção psicológica em pacientes vítimas de amputações traumáticas de membros superiores*. Orientador: Áderson Luiz Costa Junior.

Esta Tese foi submetida à Banca Examinadora:

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

Universidade de Brasília

Presidente da banca

Profa. Dra. Suely Guimarães

Universidade de Brasília

Membro Titular

Dra. Lígia Maria do Nascimento Souza

Rede SARAHA de Hospitais de Reabilitação

Membro Titular

Dra. Graziela Sousa Nogueira

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Membro Titular

Agradecimentos

À Nossa Senhora das Graças, que como Mãe, me guiou por caminhos que eu não fui capaz de compreender.

Aos meus pais, Ivan e Fátima, e ao meu marido, Fábio, por não terem me deixado desistir quando o desânimo me alcançou. Obrigada por terem “segurado as pontas”, e compreendido todos os encontros familiares, viagens ou momentos importantes que precisei abdicar. Sem vocês, nada disto seria possível.

À minha irmã Júlia, que desde que veio ao mundo, acredita em mim mais do que eu mesma.

Ao meu filho, Matteo, que mesmo sem saber, me deu forças para concluir esta etapa. Filho, mamãe espera que um dia possas ler este trabalho e saiba que podes ser e alcançar tudo o que desejares, mesmo com as dificuldades que se apresentarem no caminho.

Ao meu orientador, Professor Dr. Áderson, por todas as broncas, orientações, reuniões e pela incansável paciência comigo e minhas limitações. Completamos uma década de trabalho juntos, e a cada ano que se passa, tenho certeza de que a pesquisa e a docência são feitas por “intérpretes de sonhos” (citando Rubem Alves).

A toda a Equipe de Traumatologia e Ortopedia do Hospital de Base, em especial ao Dr. Mário Soares, meu grande amigo e companheiro, ao Dr. Nicolay Kircov, nosso eterno “01”, à época Chefe da Unidade, e ao Dr. Hélio Costa, querido parceiro. Obrigada por terem confiado em meu trabalho e tornado possível esta Tese.

Ao meu Anjo, Consuelo, que muito mais que a correção do texto, compartilhou comigo as angústias no caminho e me deu alento para continuar. Amiga, jamais terei como retribuir tudo que fizeste por mim.

Aos pacientes que me confiaram seus detalhes mais íntimos na expectativa de que eu pudesse ajudá-los. Que saibam que me ajudaram muito mais do que eu a eles.

Resumo

As cirurgias de amputação se referem à retirada total ou parcial de um órgão, tendo o objetivo maior de salvar a vida do paciente e, posteriormente, salvar o membro e a função, visando a reabilitação do paciente. As cirurgias de amputação podem provocar impactos adversos à funcionalidade e à satisfação com a vida do paciente. A literatura distingue as causas de amputações por doenças crônicas ou traumas. Entre as causas de amputação traumática, ressaltam-se: acidente automobilístico, acidente com arma de fogo ou branca, violência corporal e quedas de grandes alturas. A experiência que uma amputação traz consigo são alterações físicas e psíquicas, e estas últimas são angústia, raiva, indefinição com relação ao futuro. Apesar da referência da literatura a estes sintomas, ainda é baixo o número de estudos realizados acerca de implicações psicológicas no curso de vida de amputados, especialmente em caso de amputações traumáticas. Considerando a lacuna de informações, realizou-se revisão sistemática de literatura compreendendo publicações entre os anos 2000 e 2021, com os descritores “amputação traumática”, “trauma psicológico” e “intervenção em crise”, combinados dois a dois, e seus equivalentes na língua inglesa. Do total de 133 artigos possíveis, foram triados apenas 16 que fazem menção aos aspectos psicológicos e amputações traumáticas; indicando, novamente, a baixa produção acadêmica acerca do tema. Realizou-se um estudo longitudinal com pacientes amputados traumáticos com objetivo de avaliar os efeitos de intervenção psicológica precoce (até 72h após a amputação) e *follow-up* (até 12 meses) de pacientes atendidos em um hospital geral do Distrito Federal. Tratou-se de um estudo intervencional, não-aleatório, qualitativo e descritivo, baseado na abordagem Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A coleta ocorreu entre agosto de 2020 e agosto de 2021. Os pacientes foram submetidos à intervenção psicológica precoce, sendo abordados pela psicóloga no prazo máximo de 72 horas após a amputação. Após a alta, os pacientes foram convidados a realizar cinco sessões de acompanhamento psicológico, com intervalo

médio de 15 dias. Foram aplicados Instrumentos para avaliação da satisfação com a vida, presença de sintomas depressivos e ansiosos, nível do impacto do evento adverso e uso de estratégias de enfrentamento (Índice de Barthel, HADS, IES-R, *Brief Cope Scale*, SWLS, autorrelato). Os Instrumentos foram aplicados na primeira sessão de acompanhamento psicológico; sendo reaplicados ao final das cinco sessões de acompanhamento psicológico; após seis e 12 meses após a amputação. Foram acompanhados três pacientes, que, ao longo do estudo, apresentaram: melhora dos sintomas depressivos e ansiosos; melhora na dependência funcional; redução do nível do impacto do evento estressor; aumento no escore de satisfação com a vida. Os dados indicam para a importância do atendimento psicológico ao paciente amputado traumático. Sugere-se o treinamento técnico de profissionais que atuam com pacientes amputados para a identificação de sinais que indiquem a necessidade de encaminhamento e acompanhamento psicológico. Também, sugere-se o fortalecimento do fluxo e contrafluxo de referências dentro do Sistema de Atenção à Saúde para que ocorra o processo de reabilitação de maneira integral. Aos pacientes e familiares, sugere-se psicoeducação, a fim de garantir melhor adesão ao tratamento.

Palavras-chave: amputação traumática, intervenção precoce, intervenção psicológica

Abstract

Amputation surgeries refer to the removal total or partial of an organ, greater objective of saving the patient's life and, subsequently, saving the limb and its function, aiming at the patient's rehabilitation. Amputation surgeries can cause adverse impacts to the functionality and satisfaction with life of the patient. The literature distinguishes the causes of amputations from chronic diseases or trauma. Among the causes of traumatic amputation, the following stand out: car accidents, accidents with firearms or knives, physical violence and falls from great heights. The experience of an amputation brings with it physical and psychological changes, such as anguish, anger, uncertainty about the future. Despite the references in the literature to these symptoms, the number of studies carried out on the psychological implications in the life course of amputees is still low, especially in the case of traumatic amputations. Considering the information gap, a systematic literature review was carried out, comprising publications between the years 2000 and 2021, with the descriptors “traumatic amputation”, “psychological trauma” and crisis intervention”, combined two by two, and their equivalents in English. Of the total of 133 possible articles, only 16 that mentioned psychological aspects and traumatic amputations were screened: indicating, again, the low academic production on the subject. A longitudinal study was carried out with traumatic amputees to evaluate the effects of early psychological intervention (up to 72 hours after amputation) and follow-up (up to 12 months) of patients treated at a general hospital in the Federal District. This was an interventional, non-random, qualitative, and descriptive study, based on the Cognitive-Behavioral Therapy approach. The collection took place between August/2020 and August/2021. The patients underwent early psychological intervention, being approached by a psychologist within a maximum period of 72 hours after the amputation. After discharge, patients were invited to undergo five psychological follow-up sessions, with an average interval of 15 days. Instruments were applied to assess satisfaction

with life, presence of depressive and anxious symptoms, level of impact of the adverse event and use of coping strategies (Barthel Index, HADS, IES-R, Brief Cope Scale, SWLS, self-report). The Instruments were applied in the first psychological follow-up session; being reapplied at the end of the five psychological follow-up sessions; after six and 12 months after amputation. Three patients were followed up; who, throughout the study, showed improvement in depressive and anxious symptoms; improvement in functional dependence; reduction of the level of impact of the stressful event; increase in life satisfaction score. The data indicate the importance of psychological care to the traumatic amputee patient. It is suggested the technical training of professionals who work with amputee patients to identify signs that indicate the need for referral and psychological follow-up. It is also suggested to strengthen the flow and counterflow of references within the Health Care System so that the rehabilitation process takes place in an integral way. For patients and family members, psychoeducation is suggested to ensure better adherence to treatment.

Keywords: traumatic amputation, early intervention, psychological intervention

Sumário

Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract	VIII
Sumário	x
Lista de Siglas e Abreviaturas	XIV
Lista de Figuras	XVI
Lista de Tabelas	XVII
Introdução	19
Apresentação	19
Referencial Teórico	21
Amputações e algumas definições	21
Funcionalidade <i>versus</i> dependência funcional de pacientes amputados	26
Reações Psicológicas à experiência de amputação	28
Intervenção em crise	33
Estratégias de enfrentamento/<i>coping</i>	38
Suporte social	41
Qualidade e Satisfação com a Vida	46
Acompanhamento Psicológico: algumas possibilidades e técnicas	52
Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental	55
<i>Rememoração</i>	55
<i>Ressignificação</i>	56
<i>Reforçamento</i>	56
<i>Treino Cognitivo (ou Reestruturação Cognitiva)</i>	57

<i>Enfrentamento Disfuncional</i>	58
<i>Adaptação de Atividades</i>	58
<i>Percepção de Capacidades</i>	59
Paciente Amputado: Quando Intervir?	59
Barreiras ao acompanhamento de amputados	63
Objetivos	84
Objetivos Específicos	84
Método	85
Delineamento	85
Coleta de Dados	85
Participantes	86
Dados Sociodemográficos	87
Primeira Sessão de Acompanhamento Psicológico.	109
Segunda Sessão de Acompanhamento Psicológico.	111
Terceira Sessão de Acompanhamento Psicológico.	112
Quarta Sessão de Acompanhamento Psicológico.	113
Quinta Sessão de Acompanhamento Psicológico.	114
Instrumentos	95
<i>Entrevista semiestruturada e autorrelato do paciente</i>	95
<i>Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)</i>	96
<i>Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R)</i>	97
<i>Brief Cope Scale</i>	97
<i>Índice de Barthel</i>	99
<i>Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)</i>	100
Abordagem Estatística	116

Riscos	117
Benefícios.....	118
Considerações Éticas	118
Resultados	120
Tópico (1): Apresentação e dados sociodemográficos dos participantes.....	120
Tópico (2): Acompanhamento psicológico individual dos pacientes	122
<i>P1</i>	122
<i>P4</i>	151
<i>P6</i>	169
Tópico (3): Comparativo dos escores médios dos pacientes	184
Discussão	190
Tópico (1): Questões Epidemiológicas - amputação e saúde pública.....	Erro! Indicador não definido.
Tópico (2): O Paciente Amputado e a Intervenção Precoce - Evolução Clínica.....	191
<i>Quanto ao uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hads)</i>	191
<i>Quanto ao Impacto do Evento Estressor (IES-R)</i>	199
<i>Quanto ao Índice de Funcionalidade de Barthel</i>	201
<i>Quanto à Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)</i>	206
Tópico (3): Intervenção psicológica precoce e acompanhamento em <i>follow-up</i>	208
Tópico (4): Gênero, adoecimento mental e amputações .	Erro! Indicador não definido.
Tópico (5): Limitações metodológicas do estudo	212
Tópico (6): Sugestões.....	215
Anexos.....	258
Anexo A - <i>Brief Cope Scale</i>. Tradução proposta por brasileiro (2012).	259
Anexo B - Escala HADS.....	261

Anexo C - <i>Satisfaction With Life Scale</i> (SWLS)	262
Anexo D - IES-R	263
Anexo E - Escala de Barthel	265
Anexo F - Entrevista Semiestruturada com Paciente	267
Anexo G - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	269
Anexo H - Parecer do Comitê de Ética	271

Lista de Siglas e Abreviaturas

AC	Análise de Conteúdo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	<i>American Psychological Association</i>
APS	Atenção Primária de Saúde
AVD	Atividade da Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAM-ICU	<i>The Confusion Assessment Method for ICU</i>
CBSA	<i>Canada Border Services Agency</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIP	<i>Sickness Impact Profile</i>
CNH	Carteira Nacional de Habilitação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAPA	Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada
DF	Distrito Federal
DP	Desvio-Padrão
DPVAT	Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EORTC	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer</i>
EUA	Estados Unidos da América
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana

IES-R	Escala de Impacto do Evento - Revisada
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MOS-HIV	<i>Medical Outcomes Study-HIV</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
POI	Pós-Operatório Imediato
PSF	Programa Saúde da Família
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SF	<i>Short-Form Health Survey</i>
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
SWLS	Escala de Satisfação com a Vida
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOWOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment</i>
W-QLI	<i>Wisconsin-Quality of Life Index</i>

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de Processamento de estresse e <i>coping</i> proposto por Lazarus e Folkman	39
Figura 2 - Revisão sistemática adotada neste estudo	70
Figura 3 - Pontuação de P1 no Instrumento HADS - subescala Depressão ao longo do estudo	146
Figura 4 - Pontuação de P1 no Instrumento HADS - subescala Ansiedade ao longo do estudo	147
Figura 5 - Pontuação de P1 na Escala do Impacto do Evento Revisada (IES-R) - Somatório Total ao longo do estudo	149
Figura 6 - Pontuação de P1 na Escala de Barthel ao longo do estudo	150
Figura 7 - Pontuação de P4 no Instrumento HADS - subescala Depressão ao longo do estudo	165
Figura 8 - Pontuação de P4 no Instrumento HADS - subescala Ansiedade ao longo do estudo	165
Figura 9 - Pontuação de P4 na Escala do Impacto do Evento Revisada (IES-R) - Somatório Total ao longo do estudo	167
Figura 10 - Pontuação de P4 na Escala de Barthel ao longo do estudo	167
Figura 11 - Pontuação de P6 no Instrumento HADS - subescala Depressão ao longo do estudo	179
Figura 12 - Pontuação de P6 no Instrumento HADS - subescala Ansiedade ao longo do estudo	180
Figura 13 - Pontuação de P6 na Escala do Impacto do Evento Revisada (IES-R) - Somatório Total ao longo do estudo	181
Figura 14 - Pontuação de P6 na Escala de Barthel ao longo do estudo	182

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Detalhamento da revisão de literatura	74
Tabela 2 - Pacientes vítimas de amputações traumáticas (agosto de 2020 a agosto de 2021) 92	
Tabela 3 - Síntese dos Instrumentos utilizados no Estudo	102
Tabela 4 - Principais dados sociodemográficos dos pacientes	121
Tabela 5 - Principais dados obtidos na primeira avaliação psicológica de P1	129
Tabela 6 - Principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P1	139
Tabela 7 - Principais dados obtidos com a avaliação psicológica da primeira avaliação de <i>follow-up</i> (seis meses) de P1	142
Tabela 8 - Lista de problemas e propostas de soluções - P1	143
Tabela 9 - Subescalas da <i>Brief Cope Scale</i> - P1	145
Tabela 10 - Pontuação de P1 no SWLS, ao longo do estudo	148
Tabela 11 - Principais dados obtidos com a avaliação psicológica do segundo <i>follow-up</i> (12 meses) de P1	150
Tabela 12 - Principais dados obtidos com a primeira avaliação psicológica de P4	154
Tabela 13 - Principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P4	159
Tabela 14 - Principais dados obtidos com a avaliação psicológica da primeira avaliação de <i>follow-up</i> (seis meses) de P4	162
Tabela 15 - Lista de problemas e propostas de soluções P4	163
Tabela 16 - Subescalas da <i>Brief Cope Scale</i> - P4	164
Tabela 17 - Pontuação de P4 no Instrumento <i>Satisfaction With Life</i> ao longo do estudo	166
Tabela 18 - Principais dados obtidos com a avaliação psicológica da segunda avaliação de <i>follow-up</i> (12 meses) de P4	168
Tabela 19 - Principais dados obtidos com a primeira avaliação psicológica de P6	171
Tabela 20 - Principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P6	176

Tabela 21 - Lista de problemas e propostas de soluções P6.....	177
Tabela 22 - Subescalas da <i>Brief Cope Scale</i> - P6	178
Tabela 23 - Pontuação de P6 no Instrumento <i>Satisfaction With Life</i> ao longo do estudo	185
Tabela 24 - Principais dados obtidos com a avaliação psicológica do primeiro <i>follow-up</i> (seis meses) de P6	187
Tabela 25 - Evolução dos estilos de enfrentamento dos participantes ao longo do estudo ..	188
Tabela 26 - Médias dos escores dos participantes na subescala Depressão (HADS) ao longo do estudo.....	189
Tabela 27 - Médias dos escores dos participantes na subescala Ansiedade (HADS) ao longo do estudo.....	190
Tabela 28 - Médias dos escores dos participantes no <i>Instrumento Satisfaction With Life</i> (SWLS) ao longo do estudo	191
Tabela 29 - Médias dos escores dos participantes na Escala do Impacto Revisada (IES-R) ao longo do estudo.....	192
Tabela 30 - Médias dos escores dos participantes no Índice de Barthel ao longo do estudo	193

Introdução

Apresentação

Nesta seção, são abordados conteúdos de natureza técnico-científica e social, que justificam as motivações para a elaboração deste estudo. A fim de facilitar a leitura e compreensão, a seção “Introdução” foi subdividida em tópicos que, organizados, pretendem guiar a compreensão de leitores menos familiarizados com a temática abordada.

O primeiro tópico desta seção diz respeito às definições “clássicas”, referidas pela literatura nacional e internacional, que descrevem os critérios relacionados à amputação, e fornecem uma descrição dos principais conceitos adotados ao longo do trabalho. Em seguida, o(a) leitor(a) se depara com questões referentes à análise da funcionalidade de um paciente que perdeu um membro por amputação.

O tópico seguinte discute alguns aspectos psicológicos associados à amputação. Que tipo de reação poderia se chamar de “normais” ou “típicas” de um paciente submetido ao trauma potencial de uma amputação? São abordadas temáticas relacionadas à “Intervenção em Crise” que, no Brasil, também é referida como “Primeiros Socorros Psicológicos”, ou as intervenções executadas “imediatamente” após um trauma, no intuito de prevenir complicações psicológicas mais graves ou prolongadas.

Mais adiante, o(a) leitor(a) encontra a descrição de “Enfrentamento”, equivalente em inglês, *coping*. Espera-se que o(a) leitor(a) possa identificar as estratégias de enfrentamento adotadas por pacientes amputados, como forma(s) de o paciente lidar com a “nova” situação de vida. Em seguida, discutem-se os efeitos de estratégias de enfrentamento funcionais, adaptativas, sobre a percepção de “melhor” satisfação com a vida do paciente, bem como os principais conceitos de qualidade de vida e formas de mensurá-las.

O(a) leitor(a) ainda encontra sugestões acerca da possibilidade de acompanhamento psicológico a pacientes amputados, incluindo o uso de técnicas subsidiadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).

Por fim, o(a) leitor(a) tem acesso à descrição de algumas barreiras à implementação de acompanhamento psicológico com pacientes amputados.

Referencial Teórico

Amputações e algumas definições

As cirurgias de amputação se referem à retirada, total ou parcial, de um ou mais membros. Com os avanços tecnológicos da Medicina, estas cirurgias são consideradas “reconstrutivas”, pois objetivam maximizar a restauração de um ou mais membros doentes, de forma que o coto se transforme em um membro útil para uma reabilitação futura (Gabarra, 2010; Gabarra & Crepaldi, 2009; Seren & De Tilio, 2014; Souza & Gomes, 2021). Degni e Nasser (1937) já ressaltaram que tais intervenções cirúrgicas sempre foram realizadas com enfoque potencialmente conservador, tendo o objetivo maior de salvar a vida do paciente e, posteriormente, salvar o membro - amputar sempre a menor porção possível do membro - e a função - visando o potencial máximo de reabilitação do paciente -.

Em algumas situações, as cirurgias de amputação apresentam-se como procedimentos necessários ao controle e minimização de danos ao quadro clínico dos pacientes (Desteli et al., 2014; Matos et al., 2018). Como exemplo, uma cirurgia de amputação poderia reduzir: (a) infecções incontroláveis; (b) dores crônicas por doenças vasculares; ou (c) a deterioração, ou destruição de ossos e partes moles (músculos, tendões), devido a algum acidente traumático grave (Gabarra & Crepaldi, 2009).

Diante de potenciais danos, Carvalho (1999) destaca que a cirurgia de amputação pode ser concebida pelo paciente como o início de uma “nova fase”, onde não há nenhuma incapacidade ou deformidade.

As cirurgias de amputação, independente da causa, são identificadas como eventos de cuidado “[...] emergencial e de urgência, pois se trata de uma situação crítica, iminente, que não pode ser adiada, já que está em risco a vida do indivíduo” (Santos & Luz, 2015, p. 605). Podem, ainda, provocar impactos adversos à funcionalidade e à qualidade de vida (Milioli et

al., 2012; Santana et al., 2014; Santos & Luz, 2015; Seren & De Tilio, 2014; Shankar et al., 2020).

Entre os impactos à funcionalidade e à qualidade de vida que uma amputação pode provocar, destacam-se, entre outros: a busca recorrente por atendimento no sistema de saúde, a percepção recorrente de dor, episódios repetitivos de hospitalização, alterações da funcionalidade sexual e o confronto com uma nova imagem corporal e suas limitações (Milioli et al., 2012; Souza, 2021; Seren & De Tilio, 2014).

A literatura distingue as principais causas de amputações, destacando: artrite, agravada pela diabetes, ou não; traumas; tumores; gangrenas, infecções graves e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Kratz et al., 2010; Brasil, 2013; Oliveira, 2000; Sahu et al., 2016; Seren & De Tilio, 2014; Souza & Gomes, 2021; Brasil, 2013).

Desta forma, pode-se classificar funcionalmente as causas de amputações em: (a) traumáticas, como consequências de traumas diversos, como acidentes automobilísticos e com armas de fogo ou armas brancas, episódios de violência corporal, quedas de grandes alturas, entre outras; e (b) não-traumáticas, como consequências de doenças infecciosas, cardiovasculares, oncológicas ou de má-formação morfológica (Brasil, 2013).

Não raro, pacientes vítimas de amputação narram as suas próprias histórias como distintas, antes e após ao evento da amputação. Portanto, a amputação pode ser percebida como algo que escapou do controle, e que rompeu com o vetor linear do tempo histórico, do esperado, do que seria “natural”. A história que vinha sendo construída e desenvolvida até aquele momento fica em suspenso, pois o paciente começa a narrar sua vida a partir de dois momentos distintos: antes da amputação e depois da amputação (Paiva & Goellner, 2008).

Uma alteração significativa da percepção corporal é referida pelos pacientes amputados. Até então, o corpo era visto como uma “máquina” e, a partir da amputação, o corpo como uma “imagem fracionada”, com defeito, que vai ter que lidar com uma

“incapacidade” física, profissional e/ou social (Seren & De Tilio, 2014). Certamente, as implicações relacionadas às alterações de percepção corporal e aos seus efeitos durante o curso de vida de pacientes amputados, requerem estudos mais sistemáticos.

Entre as causas de amputação, pode-se destacar o impacto potencialmente mais agravado da especificidade das amputações de natureza traumática, onde não há a possibilidade de considerar/garantir o consentimento prévio do paciente, não havendo tempo de apresentar-lhe as implicações da intervenção. Outrossim, os pacientes que são vítimas de amputações com causas “não traumáticas” ; por consequências de diversos tipos de adoecimento físico, por exemplo -, usualmente apresentam longo histórico de adoecimento, fator normalmente associado a eventos de sofrimento, como dores crônicas e desgaste emocional, ou seja, contexto que pode funcionar como uma possível “preparação” para uma cirurgia de amputação (Kratz et al., 2010; Matos et al., 2018).

Em relação aos casos de amputações traumáticas, não há a possibilidade de qualquer preparação para a mudança corporal. Muitos destes pacientes veem, no local do trauma, seu membro separado de seu corpo ou, já despertam no hospital, após cirurgia de amputação (Boccolini, 2000).

Souza e Gomes (2021) destacam uma característica exclusiva das amputações traumáticas, em que a modificação do corpo ocorre de forma abrupta, em que não houve vivência prévia que prepare a mudança da classificação do corpo “normal” para a classificação do corpo estigmatizado dos “deficientes” (Souza & Gomes, 2021).

Apesar de se encontrarem relatos sobre as mudanças (adversas) à vida de pacientes vítimas de amputação traumática, verificou-se uma escassez de trabalhos que enfoquem a percepção corporal e psicossocial de antes e depois desses pacientes. É importante frisar que, pela etiologia traumática, em que não é possível identificar o paciente antes da amputação, esta condição dificulta a geração de relatos mais sistemáticos do tipo “antes e depois”.

Deve-se destacar, ainda, o perfil mais prevalente dos pacientes vítimas de amputação traumática: jovens, predominantemente do sexo masculino e sem comorbidades conhecidas (*Amputee Coalition*, 2022; Datta et al., 2004; Monné Cuevas et al., 2021; Perkins et al., 2012; Santana et al., 2014; Shankar et al., 2020), o que pode potencializar o efeito da frustração pelo rompimento potencial de objetivos/metas de vida.

Alguns autores (Hirs et al., 2010; Oliveira & Almeida, 2019; Silva et al., 2017; Souza et al., 2019) discutem que o perfil destes pacientes pode ser decorrente da maior exposição, deste grupo a acidentes traumáticos, tais como aqueles de natureza automobilística, agressões físicas e acidentes de trabalho; reforçando a concepção de “masculinidades” (Silva et al., 2017).

O exemplo de Silva et al. (2017) se refere a comportamentos de risco no trânsito, situação que provoca a morte de 1,2 milhões de pessoas por ano, no mundo. Destes, 77% são de vítimas do sexo masculino. Para Silva et al. (2017), dentre as causas relacionadas a esta alta porcentagem, deve-se incluir a instabilidade emocional provocada por situações de frustração, a atração por comportamentos competitivos (sem, necessariamente, a análise prévia de riscos), e comportamentos impulsivos típicos do dia a dia.

A exposição masculina a comportamentos de risco é tão significativa, que estudos comparativos indicam, inclusive, maior causa *mortis* em grupos de homens - se comparados a grupos de mulheres - por “causas evitáveis” (Silva et al., 2017). Esta exposição a riscos ainda não foi plenamente compreendida pela literatura (Arruda & Marcon, 2018). Pode-se levantar a hipótese de que, se ainda não plenamente compreendidos, eventuais sistemas de prevenção e de autocontrole também são insuficientes em termos de eficiência.

Perkins et al. (2012) também apontaram que acidentes traumáticos eram a principal causa de amputação de membros inferiores em países em desenvolvimento. Em países desenvolvidos, era a segunda principal causa de amputações de membros inferiores, ficando

atrás de amputações causadas por doenças vasculares. A prevalência de amputados era de 1,7% em países industrializados (Oliveira, 2000), sendo estimada uma incidência mundial de mais de um milhão de amputações por ano (McKechnie & John, 2014; Senefonte et al., 2012).

Apenas nos Estados Unidos da América (EUA) foi estimada a ocorrência de 185.000 amputações em 2022 (*Amputee Coalition*, 2022), das quais 45% provocadas por acidentes traumáticos. No Brasil, estima-se que a incidência de amputações seja de 13,9 por 100.000 habitantes/ano, sendo mais frequente em pacientes com patologias vasculares avançadas (Montiel et al., 2012).

Em concordância com Souza et al. (2019), e em consonância com o Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), há uma tendência crescente de amputações no Brasil, saltando de 42 mil amputações em 2010 para mais de 55 mil em 2017. De acordo com Souza et al. (2019), em 2018, foram registradas, no País, mais de 59 mil amputações. Todavia, no Brasil não há medidas epidemiológicas apropriadas para o reconhecimento e acompanhamento da população amputada (Matos et al., 2018).

Estima-se que em 2050 o número de amputados no mundo atingirá, aproximadamente, 3,6 milhões de pessoas (*Amputee Coalition*, 2022; Ramos, 2012). Desta forma, se pondera que o atendimento a pacientes amputados deveria ser abordado como uma questão de saúde pública, reforçando a importância do contínuo aprimoramento das técnicas cirúrgicas, bem como a melhoria dos cotos cirúrgicos, proporcionando melhor protetização dos pacientes (Boccolini, 2000; Bonnan-White et al., 2015), com finalidade de que eles alcançassem uma condição de vida cada vez mais funcional.

Atualmente, no Brasil, os cuidados à pessoa amputada são guiados pelas Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada (DAPA) (Brasil, 2013), que prevê o processo de reabilitação executado por uma equipe multiprofissional como etapa imprescindível ao tratamento.

Funcionalidade *versus* Dependência Funcional de pacientes amputados

Temáticas relacionadas à protetização não são abordadas no presente estudo, sendo, por vezes, apenas mencionado que a protetização é uma das etapas do processo de reabilitação, uma possibilidade terapêutica para alguns pacientes, dependendo de critérios clínicos, etários, funcionais, tecnológicos e socioeconômicos.

Considera-se o habilidade funcional como o nível de operacionalidade que o paciente desenvolverá para realizar atividades físicas à manutenção de suas ações da vida cotidiana (usualmente chamadas de “Atividades de Vida Diária - AVDs”), tais como: manutenção de higiene básica (tomar banho, pentear os cabelos); alimentar-se sem ajuda; arrumar a casa; e usar transporte coletivo (Santana et al., 2014).

As AVDs são reconhecidas como um dos critérios para a classificação da funcionalidade de cada paciente. O modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), onde podem ser encontradas as bases para definição, uso de terminologia padrão e avaliação de barreiras para o desempenho dos pacientes amputados (Brasil, 2013).

No estudo proposto por Santana et al. (2014), transversal e observacional, foram acompanhados 11 pacientes, sete do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades entre 16 e 86 anos, com amputações de membros inferiores. Os autores avaliaram o nível de dependência funcional dos pacientes a partir do Índice de Barthel. Observou-se que o grau de dependência funcional estava diretamente associado à idade e ao nível de amputação dos pacientes. As amputações de “maiores níveis”, por exemplo, hemipelvectomy, estavam associadas à maior dependência funcional do paciente, se comparadas às amputações “menores”, como aquelas restritas a dedos dos pés ou partes anteriores do pé (Santana et al., 2014).

Santos et al. (2014), em um estudo que avaliou o nível de atividade física de amputados, demonstraram que o nível de dependência de um paciente estava diretamente relacionado, também, às variáveis como possuir - e fazer uso - de uma prótese, e ter participado de um programa de reabilitação multiprofissional, o que aponta a amplitude de variáveis contextuais que devem ser consideradas na avaliação de funcionalidade.

Monné Cuevas et al. (2021), em um estudo de caso com um paciente amputado dos quatro membros (dois braços e duas pernas), discutiu que a amputação de membros superiores foi significativamente mais limitante para a realização de AVD, inclusive quando consideradas as atividades diárias básicas. Alguns autores (Santos et al., 2014; Monné Cuevas et al., 2021; Santana et al., 2014) observam que, para garantir - ou disponibilizar - uma maior possibilidade de independência funcional a um paciente amputado, deve-se considerar a necessidade de: um eficiente processo de reabilitação pós-cirúrgico, o que inclui amplo cuidado com o coto, amputação da menor parcela possível do corpo e inserção do paciente, o mais prontamente possível, em programas de reabilitação multiprofissional.

Desteli et al. (2014), em um estudo com 58 pacientes de amputações traumáticas, encontraram dados semelhantes aos apresentados pelos estudos anteriores (Monné Cuevas et al., 2021; Santana et al., 2014): quanto maior a adaptação à protetização, menor o nível de dependência funcional esperado. Entre os 58 pacientes, 20 eram amputados de membros superiores e 38 eram amputados de membros inferiores. Pacientes amputados de membros superiores apresentaram maiores níveis de restrição em AVD e menor grau de adaptação às próteses, o que acarretou maiores indicadores de ansiedade e depressão, quando comparados aos pacientes amputados de membros inferiores (Desteli et al., 2014; Monné Cuevas et al., 2021). Portanto, maiores ou menores níveis corporais de amputação devem implicar em variadas reações psicológicas à “nova” realidade dos pacientes.

Reações psicológicas à experiência de amputação

A experiência de uma amputação traz consigo mudanças/alterações físicas e psíquicas (Desteli et al., 2014; Matos et al., 2018; Melo et al., 2020). Inicialmente, as reações psicológicas vivenciadas após uma amputação podem referir uma estratégia de ajustamento não patológica. Ainda que as reações envolvam sentimentos considerados “negativos”, como raiva, medo e tristeza, é importante que um profissional avalie e acompanhe a evolução das reações ao longo do tempo.

É bastante frequente que o dano físico de uma amputação pode desencadear transtornos psíquicos, como alterações de identidade e de autoestima e dependência funcional (Desteli et al., 2014; Gabarra & Crepaldi, 2009; Kratz et al., 2010; Melcer et al., 2019; Melo et al., 2020; Oliveira, 2000; Oliveira & Almeida, 2019; Price & Fisher, 2007; Ramos, 2012; Sabino et al., 2013; Srivastava et al., 2011; Tennent et al., 2018), podendo desencadear transtornos mentais e de comportamento.

Gabarra e Crepaldi (2009) referem que o paciente submetido a uma cirurgia de amputação pode sentir-se fragilizado por ter que “entregar” os cuidados de seu corpo físico a outras pessoas. Esta fragilidade, por sua vez, pode desencadear percepções crescentes de medo(s), incerteza(s) e fantasia(s) sobre como será/estará o seu corpo após o procedimento cirúrgico.

A literatura refere, ainda, o frequente desencadeamento de sintomas depressivos - tristeza, isolamento social, apatia, alteração do apetite e insônia - entre pacientes amputados (Godoy et al., 2022). Em consonância com Gabarra e Crepaldi (2009), Godoy et al. (2022) destacam que são sentimentos comuns ao paciente amputado: a insegurança, o desconforto, a ansiedade e a irritabilidade. Estas alterações são consequência das mudanças físicas irreversíveis que a cirurgia de amputação acarreta (Almeida et al., 2022).

Para Almeida et al. (2022), a atuação ativa da equipe multiprofissional, incluindo psicólogos, principalmente nas fases iniciais após a amputação, pode auxiliar o paciente da aceitação na nova realidade corporal. Devem ser princípios fundamentais da atuação da equipe: uma postura que repasse segurança, confiança e acolhimento ao paciente. A equipe multiprofissional pode, e deve, também, contar com o suporte da rede de apoio familiar/social.

Viola et al. (2011) discutem que alguns eventos estressores relacionados à amputação podem produzir resultados comparáveis ao estresse gerado pela vivência de guerras, e que as reações psíquicas que tais eventos podem desencadear são de cunho individual e altamente variável.

Melo et al. (2020), em um estudo aplicando um roteiro de entrevista semiestruturado com pacientes vítimas de amputação, discutem algumas temáticas que tangenciam a autoimagem e autoestima que o paciente amputado elabora de si mesmo. Após o processo de amputação, a alteração da imagem corporal pode ser evidenciada em comportamentos de choro fácil e fragilização. Ademais, a necessidade de adaptação ao “novo corpo” se contrapõe às lembranças do corpo completo, conforme pode ser evidenciada na fala desta paciente: “Me vejo completa, eu vivi 60 anos completa, no ano passado perdi meus dedos, depois meu pé e agora corro o risco de perder a perna [choro] [...]”. (Melo et al., 2020, p. 325).

A definição de imagem corporal originou-se no século XVI, com os estudos do cirurgião Ambroise Paré, e evoluiu com estudos norte-americanos e franceses. Contudo, foram com os estudos do britânico Henry Head a primeira menção ao termo “esquema corporal”, que designava a maneira como cada indivíduo constrói uma figura de si mesmo. O desenvolvimento deste conceito ocorreu com subsídios dos estudos de Paul Schilder, que observou que o esquema, “ou imagem” corporal, não era constituído apenas pelo orgânico, mas, também, por uma construção cognitiva, emocional, social e de desejos (Barros, 2005;

Damasceno et al., 2006). O uso dos termos “esquema” ou “imagem” corporal dizem respeito apenas à área em qual o conceito será utilizado, tendo predominância do conceito de “esquema” na área neurológica e do conceito de “imagem” na área da Psicologia (Barros, 2005).

A insatisfação, “ou alteração”, com a imagem corporal, é um processo multifacetado por condições como sexo, idade, crenças cognitivas e cultura. Assim sendo, a insatisfação corporal aumenta ao passo que as mídias sociais expõem corpos esteticamente belos e estereotipados, que o indivíduo amputado perdeu definitivamente (Damasceno et al., 2006).

Quando se pensa na imagem corporal de pacientes amputados, assim como na imagem corporal de demais pacientes com alguma deficiência, associa-se à manifestação de alterações da imagem corporal. A ausência de um membro, ou segmento corporal, sinaliza, aos pacientes amputados, que os seus corpos são diferentes, muitas vezes, identificados como imperfeitos, sendo necessária uma adaptação à nova realidade (Matos et al., 2018; Albuquerque & Falkenbach, 2009; Godoy et al., 2022).

A literatura ainda associa que a resolução destes estados emocionais conflituosos esteja intimamente relacionada ao uso de próteses (Benedetto et al., 2002; Godoy et al., 2022; Brasil, 2013). Contudo, é necessário que se desenvolvam outras estratégias de reabilitação para o corpo amputado, uma vez que nem todos os pacientes são candidatos à protetização e/ou se adaptarão ao uso dela.

Experiências de angústia, raiva, indefinição com relação ao futuro e estranhamento físico, são reações emocionais comuns a pacientes amputados (Price & Fisher, 2007). Também é possível que ocorram reações de negação do ocorrido, quando a amputação é vivenciada como se nada tivesse mudado. Geralmente, nestes casos, o paciente usa da estratégia de enfrentamento de racionalização, evitando entrar em contato com a experiência emocional desencadeada pela amputação (Galván & Amiralian, 2009).

Extrapolando o aspecto da perda de um membro, Gonçalves e Bittar (2016) realizaram um estudo com 29 pacientes que enfrentavam o processo de luto de um ente querido. Dos 29 pacientes entrevistados, 22 disseram que ainda não haviam processado a sua perda. Os autores discutem que quanto mais próximo for o vínculo entre o falecido e o sobrevivente, mais difícil é o processo de superação e aceitação da separação. Pode-se pensar que, tratando-se de uma parte do corpo amputada e da intimidade que o corpo configura com o paciente amputado, a superação do evento traumático da amputação é um processo extremamente complexo.

Godoy et al. (2022) sugerem que, no manejo de pacientes amputados que vivenciam experiências de angústia, raiva e estranhamento físico, é fundamental que a equipe multiprofissional facilite, de forma saudável, a percepção e aceitação do novo corpo e de suas limitações. Esta postura, de “aceitação saudável”, pode se dar com comportamentos de empatia, compreensão e acolhimento (Godoy et al., 2022; Almeida et al., 2022). Esta postura prioriza o aspecto humano do paciente, a dignidade e o respeito com o período de luto; sendo mais relevante do que o uso de determinada técnica descrita em qualquer manual de referência.

Benedetto et al. (2002) indicam que o paciente amputado precisa “reintegrar” a sua percepção corporal de uma maneira positiva, a fim de evitar a vivência de sentimentos negativos. Para estes autores, a forma mais saudável para que tal “reintegração corporal” ocorra, é o reajuste das necessidades para a realização de suas atividades diárias. Benedetto et al. (2002) preconizam que o paciente amputado retome, o mais breve possível, a sua autonomia para AVDs, por meio de treinos funcionais e pelo próprio processo de reabilitação multiprofissional ao qual o paciente deverá ser submetido. Os autores ainda destacam que a expressão de raiva é uma reação esperada em um paciente que foi vítima de uma amputação, e que tal expressão deve ser compreendida funcionalmente.

De maneira prática, Benedetto et al. (2002) sugerem que o paciente amputado receba treinamento físico com os ajustes que a sua nova composição corporal requer. Os autores destacam que, em caso de um amputado de membro inferior, as AVDs sejam adaptadas à limitação imposta pela amputação. Este exemplo relembra um caso que foi acompanhado pelo Serviço de Psicologia, enquanto o paciente estava internado no Serviço de Traumatologia e Ortopedia do Hospital, local de realização deste trabalho. Este caso, em especial, não foi submetido ao protocolo de atendimento precoce, uma vez que a amputação foi um evento programado: o paciente foi atropelado, equipe médica tentou salvar o membro com uso de fixadores externos e curativos, mas com evolução desfavorável, optou-se pela amputação. No caso, o paciente exercia função remunerada de pedreiro. A amputação em nível de coxa, certamente, impactaria, de modo adverso, as condições de trabalho do paciente.

Adotando-se a perspectiva de Benedetto et al. (2002), coube à equipe multiprofissional o ajuste necessário para que o paciente pudesse retornar às atividades laborais. E, de fato, isto foi feito. O paciente foi treinado com o auxílio da equipe de Fisioterapia e Terapia Ocupacional para realizar atividades, como: agachar, equilibrar-se próximo à escada, carregar instrumentos utilizados em obras, por exemplo martelos, chaves de fenda e serras. Ou seja, parafraseando Benedetto et al. (2002), o paciente foi “reajustado para suas funções diárias”.

Todavia, ainda é limitado o número de estudos que investigam as implicações de natureza psicológica ao curso de vida dos amputados (Boccolini, 2000; Datta et al., 2004; Gabarra & Crepaldi, 2009; Kratz et al., 2010; Milioli et al., 2012; Pezzin et al., 2004; Ramos, 2012; Sahu et al., 2016; Shankar et al., 2020; Srivastava et al., 2011). Apesar do significativo número de estudos que investigam as principais reações após a perda de um membro, esse trabalho pretendeu responder a algumas lacunas de conhecimento: (a) como evoluiu o

paciente amputado quando este recebeu suporte psicológico precoce?; (b) Quais variáveis foram preditoras de uma recuperação mais ou menos favorável?; (c) Houve associação entre os níveis de ansiedade e depressão mensurados com a percepção de satisfação com a vida?; (d) Receber (ou perceber) suporte social influenciou as respostas aos instrumentos que mensuravam humor (tipo, ansiedade e depressão)?; e (e) Como foi possível preparar um programa de reabilitação para amputados em que o foco não fosse a protetização?

Supõe-se, então, que uma amputação, especialmente do tipo traumática, seja uma situação altamente provável para que o indivíduo, submetido a este evento de crise, desenvolva transtornos psicológicos, uma vez que significativas alterações emocionais e comportamentais são esperadas (Perkins et al., 2012; Ramos, 2012). Faro et al. (2020) destacam que a OMS, desde 2007, reforça que, em situações críticas, como situações de desastres naturais e eventos que ocasionaram as amputações traumáticas, os cuidados em saúde mental devem ser tão primordiais quanto aos cuidados primários físicos.

O profissional de saúde deve saber orientar o paciente acerca de possíveis sintomas do tipo ansiedade, impaciência, nervosismo, irritabilidade, tristeza, alteração no apetite e/ou qualidade do sono, para, então, planejar, o manejo técnico destes sintomas. Compreender, funcionalmente, os sintomas pode auxiliar o paciente na adesão ao tratamento psicológico, pois eventos que ocorrem sem qualquer previsibilidade, podem caracterizar a necessidade de uma intervenção em crise.

Intervenção em crise

O termo “crise”, de origem grega *krísis*, diz respeito a um “[...] momento decisivo em uma doença, quando esta toma o rumo da melhora ou do desenlace fatal; momento crítico ou decisivo” (Michaelis, 2019, para. 1). Trata-se de uma situação emergencial, delimitada no tempo, de origem natural e/ou humana, que ameaça a integridade física e/ou emocional das

pessoas envolvidas (Martínez et al., 2004; Sá et al., 2008). Duas características são descritas pela literatura:

(1) A crise é uma situação alheia às experiências cotidianas de um indivíduo e, pelo caráter intenso e incomum, desencadeia reações emocionais potencializadas (*Canada Border Services Agency* [CBSA], 2006; Perkins et al., 2012);

(2) A crise pode ser caracterizada por uma manifestação brusca de perda do equilíbrio emocional, podendo provocar sentimentos de desorganização, confusão e pânico, culminando na ineficiência, ou insuficiência, de estratégias de enfrentamento anteriormente adotadas (Carvalho & Matos, 2016; Sá et al., 2008).

Alguns autores (Silva et al., 2013; Stevens & Ellerbrock, 1995) discutem que, em contexto(s) de crise, certas intervenções conhecidas como “primeiros socorros psicológicos” podem ser aplicadas. Estas intervenções têm caráter focal, breve e objetivo de reduzir, ou prevenir, dificuldades psicológicas futuras. A organização *Save the Children* (2013) destaca que os primeiros socorros psicológicos possibilitam promover estratégias de enfrentamento funcionais, prevenindo o desencadeamento de problemas psicológicos a curto e longo prazo, como consequência aos eventos estressores. O objetivo dos “primeiros socorros psicológicos” (uma possibilidade para intervir em crises) é auxiliar o paciente a retornar ao nível de funcionamento pré-mórbido (Sá et al., 2008).

Conforme a Organização *Save the Children* (2013), o treinamento em primeiros socorros psicológicos auxilia os profissionais a reduzirem potencialmente o sofrimento inicial dos pacientes vítimas de acidentes, conflitos, desastres naturais ou eventos críticos. O treinamento visa capacitar o adulto/cuidador a prestar os primeiros socorros psicológicos às crianças. Contudo, no Manual para Cuidadores de Crianças, de Treinamento de Primeiros Socorros Psicológicos (2013), pode-se transpor os ensinamentos e aplicar as técnicas a outros (hipoteticamente todos) pacientes que sobrevivem a eventos estressores.

Consideram-se objetivos das intervenções em crise influenciar o funcionamento psicológico do paciente durante a crise, aliviando a seqüela do evento traumático (Sá et al., 2008). Isto equivale a dizer que a tarefa principal do profissional, durante uma intervenção em crise, é acionar os recursos sociais saudáveis do paciente para que, assim, possa enfrentar o estresse desencadeado pela situação. De forma prática, o profissional pode - e deve - acolher o relato verbal do paciente e, junto a este, elaborar possíveis soluções para a situação problema (Sá et al., 2008).

Ao propor intervenções em crise, a literatura indica que o papel do psicólogo deve visar, primordialmente, o alívio do impacto traumático do evento adverso ao qual o paciente foi submetido (e. g., a amputação). Neste momento, deve-se optar por suportes terapêuticos breves e focais, de modo que o psicólogo se engaje na resolução de problemas que possam surgir nesta fase inicial, avaliando, ainda, a motivação do paciente para o tratamento (Sá et al., 2008).

Ainda que seja difícil, para o profissional, escutar o relato de uma situação de crise, este é um passo fundamental para a intervenção em crise, podendo reduzir, ao longo do tempo, os sintomas relatados por pacientes (Sá et al., 2008). Os autores orientam, ainda, que permitir que o paciente relate a situação de crise pode gerar a percepção de que o evento adverso está temporalmente distante, o que auxilia a organização dos sentimentos dos pacientes (Sá et al., 2008).

A Organização *Save the Children* (2013) indica que parte do processo de primeiros socorros psicológicos é acolher as reações emocionais de medo e ansiedade de que um outro evento estressor possa acontecer. Também é uma das habilidades para um profissional que lida com eventos de crise transmitir segurança ao paciente, de que este não experimentará uma nova situação de sofrimento. Uma das estratégias para realizar os primeiros socorros psicológicos, ainda de acordo com manual da *Save the Children* (2013), é o princípio “Olhe,

Ouçã, Ligue”. Na fase “Olhe”, o profissional deve abordar o paciente, iniciando o contato com a sua apresentação, explicação do seu trabalho e a razão da sua presença naquele momento. Uma situação que pode ilustrar esta etapa é um psicólogo que vai até uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), prestar atendimento inicial a uma vítima de amputação: “Bom dia, fulana. Meu nome é ciclano, sou psicólogo da instituição na qual você se encontra e meu papel, neste momento, é ajudá-lo a elaborar o acidente do qual você foi vítima” (*Save the Children*, 2013). Prioriza-se o comportamento verbal calmo e devagar, olhando para o paciente, evitando distrações ou interrupções.

A fase “Ouça” consiste em reunir o máximo de informações sobre o evento estressor e o contexto sociocultural. De acordo com o manual *Save the Children* (2013), o papel do psicólogo, nesta fase, é de reduzir o estresse, dando vazão às demandas imediatas do paciente e oferecer suporte emocional. Não é pertinente insistir em recolher informações detalhadas sobre o evento traumático. O profissional deve prezar pela postura de aceitação da expressão emocional do paciente ao qual está prestando cuidado, transmitindo segurança para o paciente, fazendo-o compreender que o profissional é capaz de lidar com fortes emoções.

O terceiro princípio é o “Ligue”, momento em que o profissional deve identificar necessidades imediatas e responder a elas. Geralmente, este princípio diz respeito a garantir que o paciente não esteja sofrendo com dores não tratadas, fome, ou exposto a ambientes desconfortáveis.

Apesar do movimento *Save the Children* ser proposto ao público pediátrico, os princípios de ação se mantêm semelhantes aos princípios de intervenção em crise, propostos pela literatura nacional, onde os pilares podem ser resumidos em: estabelecer contato psicológico (Olhe); analisar o problema e as possíveis soluções (Ouça); executar ações concretas e verificar o progresso (Ligue) (Sá et al., 2008).

A principal justificativa para o atendimento em crise é a previsibilidade de que as vítimas desenvolvam reações agudas ao estresse vivenciado, necessitando de apoio especializado (Martínez et al., 2004; Mckechnie & John, 2014; Silva et al., 2013; *Save the Children*, 2013). Assim, a intervenção em crise é considerada um fator de proteção (Perkins et al., 2012), podendo reduzir os sintomas de estresse agudo nos 30 dias subsequentes à crise (Sá et al., 2008).

A avaliação e o acompanhamento psicológico precoce são considerados fatores de proteção ao desenvolvimento de transtornos psicológicos a longo termo (Perkins et al., 2012), além das vantagens da promoção da saúde mental e do bem-estar que tal acompanhamento pode propiciar (Carvalho & Matos, 2016; Mckechnie & John, 2014; Sá et al., 2008).

A intervenção em crise, se ofertada em tempo e por profissionais adequados, contribui para a prevenção de questões de saúde mental a médio e longo prazo para o paciente e a rede em que este se insere (Carvalho & Matos, 2016).

A literatura define alguns princípios norteadores para intervenções em crise: (a) proximidade: as intervenções podem ocorrer, inclusive, no local do evento adverso e deve-se evitar patologização das reações; (b) rapidez: intervir o mais rápido possível, buscando prevenir cronificação; (c) simplicidade: utilização de métodos e técnicas simples de acolhimento e apoio psicológicos, não se baseando em abordagem psicoterápica específica; (d) expectativas: “reações normais a eventos anormais”, transmitir informações positivas acerca das estratégias de enfrentamento (*coping*) dos pacientes; e (e) unidade: organização e estruturação da experiência traumática (CBSA, 2006; Geraldis et al., 2010; Guimarães et al., 2007).

A despeito de todos os fatores adversos, que uma situação de crise pode gerar, alguns autores indicam que esta pode ser uma oportunidade para um “ponto de mudança” (Martínez et al., 2004; Sá et al., 2008; Stevens & Ellerbrock, 1995). É possível tornar a situação de crise

(a amputação) em uma oportunidade para o desenvolvimento de estratégias que viabilizem um processo de reabilitação, uma “nova vida” (Carvalho, 1999, p. 9). Assim, a intervenção psicológica se torna uma possível ferramenta para a ressignificação da crise, como uma oportunidade para a mudança para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Estratégias de enfrentamento/*coping*

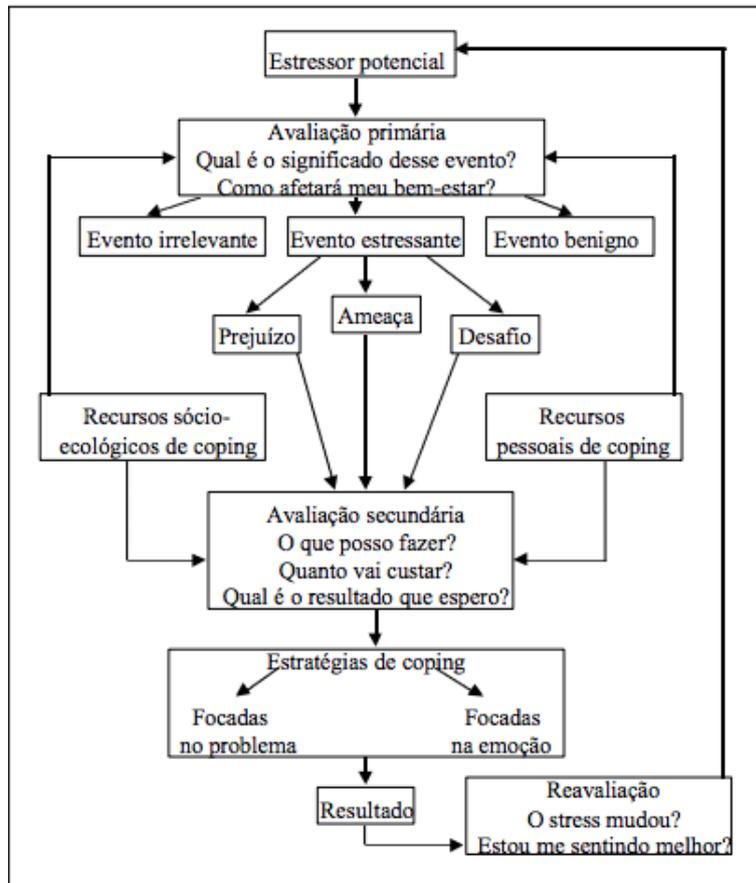
As diversas maneiras como as pessoas lidam ativamente com situações estressantes são conhecidas como “estratégias de enfrentamento”. Por falta de tradução equivalente na Língua Portuguesa, é comum encontrar na literatura o uso do termo original: *coping* (Antoniazzi et al., 1998; Oliveira & Almeida, 2019). Neste trabalho, adota-se o termo “estratégia de enfrentamento”.

O modelo de *coping*, mais referido pela literatura, foi proposto por Folkman e Lazarus, na década de 1980. Portanto, *coping* é compreendido como o conjunto de esforços intencionais - cognitivos e comportamentais - que uma pessoa lança mão para lidar com uma situação de “sobrecarga” de estresse (Antoniazzi et al., 1998; Vivan & Argimon, 2009).

É interessante observar que esta proposta indica que as estratégias de enfrentamento dizem respeito a um processo, ou seja, uma relação entre a situação estressante e a resposta do indivíduo, dependendo de uma avaliação individual (Figura 1), tendo como característica um componente dinâmico (Vivan & Argimon, 2009). Portanto, a utilização de uma estratégia de enfrentamento não implica em manifestação de características inatas, mas de processos de aprendizagem, produtos de experiências diretas e indiretas, cumulativas, e, assim, passíveis de serem ensinadas, treinadas e/ou modificadas. As estratégias de enfrentamento devem expressar a perspectiva de superar o evento estressor (Silva, R. T. S., et al., 2018).

Figura 1

Modelo de processamento de estresse e coping proposto por Lazarus e Folkman



Como se pode observar na Figura 1, no Modelo de Processamento de Estresse e Coping deve haver a avaliação, por parte do indivíduo, de um potencial evento estressor. Após a identificação do evento estressor, o indivíduo realiza a avaliação primária, tenta compreender como o evento estressor pode interferir no seu bem-estar e o que isso significa. Referem-se três possibilidades para o significado do evento: (a) ele é insignificante, e, neste caso, não há nada a ser enfrentado; (b) trata-se de um evento estressor e algo precisa ser feito; e (c) é um evento benigno, positivo e, nesse caso, há o que ser enfrentado, mas é potencialmente prazeroso.

Caso o indivíduo avalie o evento como “estressor”, cabe uma nova avaliação: O evento causa um prejuízo, uma ameaça ou um desafio? A avaliação secundária diz respeito a

“que” e “como” cada indivíduo enfrentará o evento. O indivíduo deve elaborar o que espera obter como resultado de sua ação (se, por exemplo, for reduzir o evento estressor), e se a situação na qual se encontra é passível, ou não, de atuação. Por exemplo: supõe-se um paciente que realiza o processamento de estresse e *coping* diante da morte de um ente querido. Trata-se de uma situação negativa, mas que não o ameaça diretamente.

Dentro deste processo, o paciente percebe (elabora) que uma das estratégias de enfrentamento possíveis é fazer uma análise, com mais compaixão do enlutamento. Assim, modifica-se a percepção que o paciente faz da situação, sem alterar a situação em si (o ente querido continua falecido). Trata-se de uma estratégia de enfrentamento focada em conteúdos emocionais. A cada nova percepção de um evento estressor, há uma nova avaliação quanto à funcionalidade do uso das estratégias de enfrentamento disponíveis para o indivíduo.

As estratégias de enfrentamento podem fazer alusão às ações cognitivas e/ou comportamentais no decorrer de uma situação particular de estresse. Didaticamente, são divididas em dois grupos, não excludentes entre si: (a) estratégias de enfrentamento focadas na emoção, quando o esforço é despendido para regular o estado emocional associado ao estresse, reduzindo a percepção desagradável (e. g., fumar um cigarro, sair para correr, assistir a um filme para se distrair); e (b) estratégias de enfrentamento focadas no problema, quando o esforço é dedicado a alterar a situação desagradável, com objetivo de modificá-la (e. g., negociar para resolver um conflito interpessoal, solicitar ajuda de terceiros para eliminar um problema). O uso de uma estratégia de enfrentamento não exclui a possibilidade de que outra estratégia seja adotada em outro momento da situação estressante (Antoniuzzi et al., 1998; Fontes & Neri, 2019; Silva et al., 2018; Souza & Gomes, 2021).

Dentre as estratégias de enfrentamento focadas na emoção, podem-se distinguir: afastamento do evento estressor, autocuidado, distração, aceitação, reavaliação positiva - que tem intuito de criar um significado (de natureza paliativa) para o evento estressor - e, ainda,

fuga-esquiva, como tentativa de fugir do problema (Silva et al., 2018). Entre as estratégias de enfrentamento focadas no problema, ser referidas as ações de confronto, busca ativa de informações e de resolução de problemas (Antoniazzi et al., 1998; Silva, R. T. S., et al., 2018).

Alguns autores ainda se referem à possibilidade do enfrentamento focado em suporte social (Turra et al., 2012; Silva et al., 2018; Melo et al., 2020) e o uso de práticas religiosas ou pensamento(s) mágico(s)/fantasioso(s) (Silva et al., 2018; Melo et al., 2020). Silva, R. T. S. et al. (2018), por exemplo, consideram que o suporte social funciona como meio-termo entre enfrentamento na emoção e no problema.

Suporte Social

O conceito de suporte social começou a ser pesquisado em Psicologia e Ciências Sociais na década de 1970, com estudos que pretendiam correlacionar a presença, ou não, do “suporte social” e a vulnerabilidade a doenças físicas e mentais (Lenzi et al., 2018), bem como com a associação do bem-estar psicológico e a percepção de qualidade de vida (Calvetti et al., 2016).

Divide-se o suporte social em dois aspectos: estruturais, que espelham a frequência e/ou quantidade das relações sociais, sem fazer menção ao nível da qualidade destas; funcionais, aspecto em que são avaliados o nível de satisfação, a disponibilidade e o tipo de apoio percebido. Sabe-se que o suporte social pode influenciar a adesão e a manutenção de um tratamento de saúde (Lenzi et al., 2018).

Quanto ao suporte social funcional, uma nova subdivisão é proposta pela literatura, fragmentando o suporte social instrumental e o suporte social emocional. O primeiro tipo diz respeito à concessão de ajuda na resolução de situações práticas do dia a dia. Já o segundo tipo faz referência à disponibilidade de recursos de cuidado sentimental, que podem envolver

escutar as queixas de uma pessoa, fazer companhia ou prover cuidados afetivos (Lenzi et al., 2018).

Calvetti et al. (2016) demonstram, em um estudo com pacientes com o Vírus da Imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), que a percepção de suporte social é inversamente correlacionada ao estresse percebido durante o tratamento. Ou seja, quanto maior a percepção de suporte social, menor é o estresse vivenciado pelo paciente em tratamento para HIV/AIDS (Calvetti et al., 2016). Independente das subdivisões expostas, o que se pretende ressaltar ao leitor é que a simples percepção de suporte social pode facilitar a adesão do paciente amputado ao tratamento de saúde proposto.

Para o modelo de Lazarus e Folkman, qualquer tentativa de administrar o evento estressor é considerada *coping*, a despeito do sucesso, ou não, da estratégia (Oliveira & Almeida, 2019). A estratégia de enfrentamento por si só não é algo “bom ou ruim”, deve ser avaliada dentro de um processo de resposta a um evento estressor (Fontes & Neri, 2019). Considera-se uma estratégia de enfrentamento eficaz quando há a redução do impacto e das implicações que o evento estressor desencadeia (Pereira & Branco, 2016).

No caso de uma deficiência adquirida, tal como uma amputação, os principais fatores a serem analisados, no repertório de comportamentos dos pacientes, para avaliar se ocorreu uma redução do impacto adverso, podem incluir: a busca pela resolução do problema, uma postura de flexibilidade diante das barreiras encontradas, a busca por suporte social, ou uma valorização de qualidades não físicas ligadas à autoestima (Souza & Gomes, 2021).

Fontes e Neri (2019), em um estudo sobre o uso de estratégias de enfrentamento em pacientes idosos, avaliaram que a associação de estratégias de enfrentamento focadas no problema com estratégias de enfrentamento focadas na emoção potencializa o desenvolvimento/reconhecimento do constructo de “resiliência psicológica” (Fontes & Neri, 2019).

Ou seja, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento é passível de treino e, se associadas duas ou mais estratégias de enfrentamento, podem-se alcançar resultados potencialmente mais satisfatórios (Fontes & Neri, 2019).

Estudos (Sahu et al., 2016; Price & Fisher, 2007) evidenciam que, especialmente ao abordar amputações traumáticas, o paciente pode enfrentar dificuldades quanto ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficientes, devendo este evento ser avaliado e acompanhado de forma diferenciada dos demais tipos de amputação.

Achados na literatura evidenciam que estratégias de enfrentamento focadas na emoção, como desinvestimento emocional, pensamento catastrófico e evitação, estão associadas a um pior ajustamento psicossocial de pacientes amputados. Estas estratégias de enfrentamento, consideradas pouco saudáveis no contexto de pacientes amputados, estão positivamente associadas a níveis mais elevados de depressão, hostilidade e menor aceitação da condição de amputado (Desmond, 2007).

A estratégia de enfrentamento “negação”, por exemplo, é amplamente discutida no contexto de enlutamento. A literatura articula que o enfrentamento baseado em “negação” representa a recusa de um aspecto inerente à vida: o da perda (Gonçalves & Bittar, 2016). Discute-se, ainda, que alguns dos caminhos possíveis para a resolução do enfrentamento de negação pode ser o apego a um componente religioso ou de espiritualidade (Gonçalves & Bittar, 2016), uma vez que criam uma noção de “sentido” entre a perda vivenciada e a sua resolução, ou seja, uma noção de que existe um “apesar de” na perda.

Apesar dos estudos evidenciarem a dificuldade de amputados em adotar estratégias de enfrentamento mais eficientes (Desmond, 2007; Price & Fisher, 2007; Sahu et al., 2016), esses autores não fazem referência sobre como os profissionais de saúde poderiam auxiliar os pacientes amputados a enfrentar as adversidades de formas mais adequadas. Desmond (2007)

refere que a adaptação ao uso de próteses, por exemplo, poderia auxiliar a adoção de estratégias de enfrentamento focadas no problema, o que o autor considera “mais positivo”.

Ramos (2012), em estudo com pacientes amputados de membros inferiores, encontrou correlação positiva entre a capacidade para marcha e o uso de estratégias de enfrentamento de aceitação. Os amputados que fazem uso de prótese foram associados ao maior uso de estratégias de enfrentamento de aceitação, humor mais positivo e planejamento de eventos futuros.

Especificamente sobre pacientes amputados por causas traumáticas, a autora encontrou maior uso da estratégia de enfrentamento de autodistração (Ramos, 2012), o que significa uma tentativa de reduzir a concentração de pensamentos no problema da amputação e seus efeitos adversos (Berzuini et al., 2020). A estratégia de autodistração pode envolver, por exemplo, comportamentos de “desligamento mental”, tais como: ler um livro, ouvir músicas, meditar, assistir um filme etc (Sousa et al., 2021).

Kratz et al. (2010), em acompanhamento com pacientes amputados, indicam que a percepção do suporte social é uma das estratégias de enfrentamento com impacto mais positivo sobre a percepção de qualidade de vida, interferindo diretamente sobre a menor percepção de dor e de sintomas depressivos. Em entrevista com pacientes de dois centros de reabilitação, os autores abordaram 111 pacientes amputados, com o objetivo de compreender se os fatores dor, sintomas de estresse pós-traumático e suporte social tinham correlação com o tipo de amputação (traumática ou não traumática). Em ambos os grupos (amputados vítimas de trauma e amputados não traumáticos), identificou-se que a percepção de suporte social estava inversamente relacionada a sintomas de depressão e de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Avalia-se, desta forma, que a busca por suporte social é uma das estratégias de enfrentamento mais eficientes, potencialmente viável de ser estruturada a pacientes amputados.

O estudo de Kratz et al. (2010) corrobora o de Melo et al. (2020). Neste último, as autoras indicam que, muitas vezes, os amigos e os familiares preocupam-se em ofertar cuidados físicos, o que contribui para a percepção que muitos pacientes têm de não serem mais úteis, gerando a crença de que a amputação provoca o afastamento de pessoas queridas (Melo et al., 2020).

A rede de apoio é um elemento fundamental no processo de adaptação psicossocial após uma experiência de amputação. Destaca-se que a rede de apoio é composta por indivíduos que interagem com o paciente, sendo considerados os contatos mais próximos e até os vínculos esporádicos, desde que disponíveis. A rede de apoio pode exercer diversas funções, como de apoio social, emocional, conselheiro e suporte financeiro (Gabarra, 2010).

Igualmente, pode-se pensar como intervenção possível, a estruturação do suporte social de pacientes amputados, orientando tanto familiares quanto os pacientes, acerca da importância do convívio com seus pares. Ademais, fortalecer o paciente para que não busque contato com familiares/amigos de maneira exclusivamente a solicitar auxílio de cuidados físicos pode ser uma intervenção também possível. Estudos mostram que é possível criar uma “teia” de ciclos “virtuosos”, onde a rede de apoio funciona como proteção geral à saúde do indivíduo (Sluzki, 1997; Gabarra, 2010).

Desta forma, esta autora acredita que é possível ensinar (por meio da psicoeducação), tanto pacientes quanto familiares/amigos (membros de rede de apoio), maneiras mais efetivas de prestar suporte de natureza emocional, operacional ou social.

O paciente amputado precisa compreender que, para além de sua alteração física, ainda participa de um núcleo social, onde possui função. As orientações sobre como fazer isso, manter ativa a função social do paciente amputado, foram referidas por Gabarra (2010), que reforça a importância de se recompensar o paciente por comportamentos de presença social, (re)organização de vínculos, estabelecimento de papéis sociais e organização de

tarefas de grupo. Contudo, a própria autora discorre o quanto esta temática é limitada na literatura internacional, destacando que, muitas vezes, é a própria equipe multiprofissional quem assume o papel de rede de apoio dos pacientes (Gabarra, 2010).

Por outro lado, ao se deparar com pacientes que adotam estratégias de enfrentamento pouco adaptativas, pode ser de responsabilidade do psicólogo proporcionar maneiras para a integração do acidente à nova realidade corporal imposta ao paciente (Galván & Amiralian, 2009; Oliveira & Almeida, 2019; Ramos, 2012; Melo et al., 2020).

A escolha por uma estratégia de enfrentamento, em detrimento de outra, é influenciada por fatores relacionados a crenças, habilidades de resolução de problemas, desenvolvimentos sociais, eficiência do suporte social e assertividade. Para Maturana e Valle (2014), propor um treino de controle de estresse, ressaltando a importância de programas que objetivem desenvolver habilidades sociais relacionadas à comunicação e competências de relacionamento interpessoal, por exemplo, poderia auxiliar os pacientes a enfrentarem situações de conflitos de maneiras mais adequadas e, conseqüentemente, menos estressantes.

É de largo conhecimento o papel de psicólogos na identificação de características individuais de cada paciente (Rosca et al., 2021) que, em momentos de grande adversidade, podem produzir estratégias de enfrentamento pouco funcionais e/ou pouco resolutivas e, assim, acarretar maior autopercepção de sofrimento, embora a sistematização sobre como fazer ainda seja insuficiente na maior parte dos relatos de pesquisa (Rosca et al., 2021).

Qualidade e satisfação com a vida

De acordo com a OMS, a qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1998). Em outras palavras, a qualidade de vida é a avaliação que a pessoa faz acerca

de que está tendo oportunidade para alcançar seus desejos de felicidade e autorrealização (Pereira et al., 2012).

O termo “qualidade de vida” ainda é controverso, possuindo diversas definições com clareza limitada (Milioli et al., 2009; Rôla et al., 2018; Seidl & Zannon, 2004). De maneira geral, há um consenso entre estudos que indicam que o conceito de qualidade de vida é um constructo multidimensional, podendo implicar em avaliações mais globais, para além dos sintomas e doenças, contemplando a subjetividade do paciente (conteúdos singulares, emocionais, eventos encobertos), bem como estilo de vida, estados de bem-estar social, laboral e financeiro (Cella & Vilagra, 2011; Cruz et al., 2018; Pereira et al., 2012; Rôla et al., 2018; Silva et al., 2022).

A literatura propõe a concepção de qualidade de vida de natureza psicológica: a ênfase da avaliação pode ser realizada pelo próprio paciente, considerando a percepção que este elabora acerca de seu estado de saúde e contexto de vida. Esta concepção faz contraponto ao conceito de qualidade de vida avaliada por um observador externo, como um profissional de saúde (Cruz et al., 2018; Seidl & Zannon, 2004; Matos, 2006).

Estudos (Seidl & Zannon, 2004; Rôla et al., 2018) destacam que a compreensão do termo “qualidade de vida” envolve o funcionamento físico e social, a saúde mental e o bem-estar psicológico, sendo um indicador para a avaliação da repercussão biopsicossocial que o adoecimento pode produzir no paciente, possibilitando uma melhor compreensão do paciente e de sua adaptação ao adoecimento (Seidl & Zannon, 2004, p. 581; Silva et al., 2022). Ao propor uma avaliação da qualidade de vida de pacientes amputados, busca-se compreender de que maneira a mobilidade e o suporte social percebidos influenciam a percepção que o próprio paciente faz de sua vida nesse “novo” contexto de limitações (Sangirolamo et al., 2021).

Seidl e Zannon (2004) criticaram os instrumentos disponíveis e comumente utilizados para mensuração da qualidade de vida, uma vez que a maior parte dos estudos publicados inclui amostras de indivíduos saudáveis. Para Seidl e Zannon (2004), existem duas tendências para a conceituação da qualidade de vida: (a) uma diz respeito a um conceito mais genérico, amplo, onde se consideram, principalmente, fatores sociológicos, e não há referência a questões e/ou disfunções de saúde; e (b) a outra se refere ao conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (*health related quality of life*). Tais afirmações estão em consonância com a literatura (Noronha et al., 2016; Rôla et al., 2018).

Rôla et al. (2018), em revisão sistemática de literatura, analisaram os instrumentos disponíveis no Brasil para avaliação da qualidade de vida entre 1995 e 2006. Apenas seis manuscritos cumpriram os critérios de inclusão da pesquisa. As autoras diferenciaram os manuscritos dentro da mesma classificação proposta por Seidl e Zannon (2004), entre instrumentos genéricos e específicos. Instrumentos genéricos foram caracterizados como aqueles que analisavam o perfil de saúde de um grupo e, genericamente, pretendiam avaliar aspectos funcionais, tais como: dor, estado geral de saúde, indicadores emocionais e de saúde mental. Estes instrumentos não tinham a pretensão de avaliar uma patologia, ou condição específica. Já os instrumentos classificados como específicos, avaliavam questões relacionadas às particularidades de uma doença/patologia.

Rôla et al. (2018) destacam que instrumentos genéricos não eram capazes de analisar funcionalmente grupos específicos de pessoas, ou variáveis como raça, idade ou sexo. Quando se considera a qualidade de vida como aspecto genérico, grande parte dos estudos utilizam amostras de pessoas saudáveis, excluindo pessoas portadoras/afetadas por determinados agravos de saúde. Para esta conceituação, estavam catalogados, aproximadamente, 960 instrumentos de avaliação de qualidade de vida (Matos, 2006).

Rôla et al. (2018) fizeram um levantamento apenas dos instrumentos utilizados no Brasil, o que reduzia substancialmente o número de instrumentos para avaliação de qualidade de vida proposto por Matos (2006). No levantamento mais recente, as autoras destacaram seis instrumentos para mensuração da qualidade de vida no Brasil: *Short-Form Health Survey* (SF)-36, SF-12, SF-6D, *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), *World Health Organization Quality of Life Assessment* WHOQOL-100 e WHOQOL-36. Tais instrumentos já haviam sido referidos em pesquisa por Seidl e Zannon (2004). Rôla et al. (2018) destacam que, no contexto brasileiro, os instrumentos de qualidade de vida mais utilizados são o SF-36 e WHOQOL, que possuem qualificações psicométricas atestadas.

Seidl e Zannon (2004) ainda explanam que o conceito de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) pressupõe as características mais vinculadas às enfermidades ou às intervenções em saúde” (Seidl & Zannon, 2004). Matos (2006) complementa que o conceito de QVRS diz respeito aos mais diversos domínios, sendo eles: físico, psicológico e social da saúde.

Noronha et al. (2016) enfatizam que os instrumentos utilizados para mensurar a QVRS apresentam-se divididos em grupos de domínios/dimensões, pretendendo avaliar alguns aspectos da limitação de saúde e bem-estar (Noronha et al., 2016). Esta “divisão” entre domínios se assemelha, à divisão proposta por Rôla et al. (2018) entre instrumentos “genéricos” *versus* “específicos”.

Os instrumentos desenvolvidos para a mensuração da QVRS mantêm o caráter multidimensional, mas enfatizam sintomas ou limitações consequentes do adoecimento, tendendo a evidenciar sintomas e incapacidades ocasionados pelo adoecimento (Cruz et al., 2018; Matos, 2006; Noronha et al., 2016). Também é objeto destes instrumentos a análise do impacto do adoecimento sobre o indivíduo.

Noronha et al. (2016) sublinham a escassez de pesquisas sobre QVRS com populações sem patologia e pessoas não institucionalizadas. Certamente, um maior número de estudos sistemáticos com populações não clínicas, sem história de adoecimento, aumentaria o conhecimento da comunidade científica sobre as relações entre comportamento e saúde, por exemplo, destacando a perspectiva promocional da área de psicologia da saúde.

A partir da década de 1970, foram elaborados instrumentos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida a partir da interação entre as diversas dimensões do sujeito e da relação destas dimensões com certos fatores psicológicos -- estressores físicos, ambientais, culturais, ocupacionais e psicológicos. De acordo com Matos (2006), este foi o movimento inicial para o desenvolvimento da avaliação da QVRS.

Na década de 1990, muitos estudos foram publicados com propostas de diferentes instrumentos para a avaliação da QVRS, com maior rigor metodológico. Alguns instrumentos foram validados para a mensuração da QVRS: *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), *Medical Outcomes Study-HIV* (MOS-HIV), *Wisconsin-Quality of Life Index* (W-QLI), motivo que “ainda” contribui para a dificuldade de estabelecimento de um único instrumento de referência para as pesquisas em QVRS (Seidl & Zannon, 2004; Rôla et al., 2018; Matos, 2006).

Noronha et al. (2016) propuseram um estudo com a aplicação do instrumento SF-12 em indivíduos sem patologias conhecidas. Tal instrumento é composto por 12 itens com respostas de escala Likert, onde é possível calcular os componentes físico e mental do participante. Os escores variam de zero a 100, sendo que, quanto mais alto o escore, maior a QVRS. O trabalho de Noronha et al. (2016) evidenciou alta prevalência entre adultos com algum comprometimento da QVRS, ainda que os sujeitos de pesquisa não possuíssem qualquer patologia conhecida. Algumas das características sociodemográficas que influenciaram o resultado da QVRS foram: (a) mulheres são mais propensas a desenvolver

estados de preocupação com a saúde; (b) mulheres procuram assistência médica com maior frequência; (c) o uso de serviços odontológicos, no último ano, também figurou como importante fator para escores mais altos no QVRS; (d) o consumo de tabaco apresentou correlação com menores escores de QVRS; e (e) a prática de atividades físicas atuou funcionalmente como fator promotor de maiores níveis de QVRS.

Em um estudo com universitários sobre um dos componentes da qualidade de vida, Reppold et al. (2019) demonstraram que as variáveis da escala de “satisfação com a vida” tendem a se manter estáveis ao longo do tempo. Este estudo está em consenso com o trabalho de Fujita e Diener (2005), que acompanharam uma amostra de participantes por 17 anos, confirmando a estabilidade de 76% do constructo “satisfação com a vida”. É válido ressaltar que, no estudo de Fujita e Diener (2005), a amostra acompanhada vivenciou períodos de adversidade e, ainda assim, manteve grande estabilidade na percepção de satisfação com a vida.

Gonçalves e Kapczinski (2008) sinalizam que, em revisões sistemáticas, a percepção de satisfação com a vida apresentou correlação com sintomas de ansiedade e depressão. Ademais, comprometimento em âmbitos familiar, laboral e de lazer também podem resultar em baixa percepção de satisfação com a vida.

O estudo de Reppold et al. (2019) indicou que a satisfação com a vida é uma constante que não sofre influência significativa de gênero, o que equivale a dizer que homens e mulheres apresentaram resultados semelhantes em percepções de satisfação com a vida.

De maneira contraditória, Gonçalves e Kapczinski (2008) indicam que mulheres apresentam médias menores na Escala de “Satisfação com a Vida” (SWLS), se comparadas às médias de homens. Para Gonçalves e Kapczinski (2008), a média menor no grupo feminino pode estar associada à maior prevalência de transtornos mentais em mulheres. Em

relação à satisfação com a vida e o gênero, ainda são necessários estudos com maior rigor metodológico para análises de correlações.

Neste estudo, utilizou-se do constructo “satisfação com a vida”. A apresentação de conceitos e instrumentos relacionados à “qualidade de vida” foi feita de maneira didática, a fim de construir uma linha do tempo, onde fosse possível que o leitor compreendesse os motivos que diferenciam um conceito de outro.

Diante da apresentação do panorama de atendimento à pacientes amputados, diversidade de instrumentos para mensuração de sintomas psicológicos, apresenta-se algumas possibilidades para a intervenção técnica do profissional.

Acompanhamento psicológico: algumas possibilidades e técnicas

É possível encontrar na literatura (Boccolini, 2000; Kratz et al., 2010; Oliveira, 2000) uma divisão - puramente educativa - de dois momentos pós-amputação: (a) fase aguda, imediatamente após o ocorrido, onde a “missão” do indivíduo é garantir a sua sobrevivência com as adaptações necessárias; e (b) fase crônica (ou “tardia”), onde o paciente deve lidar com características de sua nova limitação, como presença de dor, possível avanço da doença, recursos sociais disponíveis, o significado da perda, satisfação com a vida e, eventualmente, a protetização.

Em ambas as fases de pós-amputação - aguda e crônica - a ausência de um membro e a limitação imposta resultam em alterações da vida diária do paciente, impactando as esferas social, laboral e sexual (Gabarra & Crepaldi, 2009; Galván & Amiralian, 2009; Milioli et al., 2012; Sahu et al., 2016; Seren & De Tilio, 2014). Destaca-se, por exemplo, o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos (*Amputee Coalition*, 2022; Gabarra & Crepaldi, 2009; Matos et al., 2018; Mckechnie & John, 2014; Melcer et al., 2019; Ramos, 2012; Sahu et al., 2016; Srivastava et al., 2011) e seus efeitos adversos ao curso de vida.

Enfatiza-se que intervenções psicológicas são recomendadas em ambos os momentos (Almeida et al., 2022; Gabarra & Crepaldi, 2009; Matos et al., 2018; Srivastava et al., 2011; Vincent et al., 2015), a fim de evitar agravamento das alterações psicológicas (Melo et al., 2020). Quanto ao acompanhamento psicológico na fase aguda, alguns estudos (McKechnie & John, 2014; Oliveira, 2000; Perkins et al., 2012; Ramos, 2012; Srivastava et al., 2011) ressaltam que podem ser observadas reações ansiosas e depressivas de alta intensidade, como comportamentos regredidos, descrença, medo e pânico.

Price e Fisher (2007) constataram que pacientes amputados traumáticos apresentavam níveis maiores de raiva, ressentimento e de sintomas depressivos, principalmente na fase aguda, quando comparados a pacientes amputados por decorrência de doenças crônicas (Kratz et al., 2010; McKechnie & John, 2014; Pezzin et al., 2004; Vincent et al., 2015).

Branco et al. (2017) indicam que, com o devido planejamento, intervenções na fase aguda, quando o paciente ainda está hospitalizado, podem facilitar o processo de reabilitação do paciente após a alta hospitalar, aqui chamada de “fase crônica”.

Perkins et al. (2012, p. 79) sugerem que a intervenção psicológica ocorra “[...] tão logo seja possível” (tradução literal). Para tal atuação, os autores destacam que é ideal que o profissional considere intervenções psicoeducativas, suporte emocional e abordagem de preocupações individuais. Indica-se que nas intervenções psicoeducativas o profissional aborde os possíveis desfechos da cirurgia de amputação, tanto o desfecho idealizado pelo paciente quanto o desfecho real (Perkins et al., 2012; Almeida et al., 2022).

Pode-se caracterizar a psicoeducação como uma intervenção terapêutica com finalidade de auxiliar o tratamento de doenças por intermédio de mudanças comportamentais, sociais e emocionais do paciente, de maneira a permitir um conjunto de ações de prevenção em saúde (Lemes & Ondere Neto, 2017). A psicoeducação pode ser direcionada ao paciente e aos seus cuidadores, de maneira a educá-los sobre o tratamento psicoterapêutico para que

estes possam desenvolver estratégias de enfrentamento e adaptação mais eficientes às contingências do tratamento (Leal & Rodicz, 2019; Lemes & Ondere Neto, 2017; Oliveira & Almeida, 2019).

Lemes e Ondere Neto (2017), em revisão sistemática de literatura, constataram que a psicoeducação é utilizada em diversos campos e problemáticas de saúde, entre eles: câncer, dependência química, disfunção cognitiva, transtornos de ansiedade e de estresse pós-traumático. Desta maneira, pode ser utilizada como recurso psicoterapêutico adicional frente às mais diferentes demandas.

Nogueira et al. (2017) discutem a psicoeducação é uma ferramenta importante para orientar o paciente a respeito de suas condições de saúde. Esta técnica é capaz de desenvolver reflexão para que o paciente se adapte melhor ao tratamento e/ou reabilitação. Em revisão sistemática, os autores sugerem que a psicoeducação seja referida como a “[...] técnica mais eficaz no tratamento psicológico” (Nogueira et al., 2017, p. 115), potencializando a adesão aos tratamentos de saúde (Corrêa et al., 2018).

Especialmente em relação ao público amputado, a psicoeducação é uma técnica para o manejo da dor fantasma e dessensibilização do coto, o que pode, conseqüentemente, reduzir os níveis de ansiedade e medo do paciente acerca do processo de reabilitação. Reduções dos níveis de ansiedade e de respostas de medo podem deixar o organismo ainda mais disponível ao aproveitamento de uma abordagem psicológica (Leal & Rodicz, 2019).

Alguns autores sugerem a adoção de propostas terapêuticas complementares, tais como a prática de yoga para redução dos níveis de ansiedade. Os participantes do estudo em questão foram orientados à prática de posturas próprias da yoga, técnicas de meditação e visualização. A redução da ansiedade do grupo de participantes foi demonstrada pelo instrumento SF-36, além de ter sido apontada uma redução da atividade simpática (redução

da frequência cardíaca e da pressão arterial e maior estado de relaxamento muscular) (Vorkapic & Rangé, 2011).

Dentre as possibilidades de atuação, nesta Tese, utilizou-se dos pressupostos da Teoria Cognitivo-Comportamental, por ser uma abordagem que se adequa às intervenções focais, estruturadas.

Técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental

A TCC, fundamentada por Aaron Beck, foi desenvolvida na década de 1960, com o objetivo de ser uma psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais. O modelo cognitivo, proposto por Beck, sustenta a ideia de que o pensamento distorcido (ou disfuncional) influencia o humor e o repertório geral de comportamentos do paciente. A avaliação realista e a modificação de pensamento(s), por consequência, podem produzir melhora no humor e no comportamento.

A TCC está fundamentada em quatro princípios essenciais: (a) se baseia na formulação contínua do desenvolvimento do paciente e de seus problemas; (b) requer aliança terapêutica segura; (c) enfatiza a colaboração e participação ativa do paciente, daí a utilização das chamadas “tarefas de casa” de terapia; e (d) é orientada em metas e focalizada em problemas (Beck, 2007). Outras técnicas sugeridas e utilizadas pela TCC performam como possibilidades ao planejamento de intervenções a pacientes amputados.

Rememoração

Esta técnica está, prioritariamente, relacionada ao contexto social. O paciente é convidado a construir significados sobre as suas experiências no mundo e, a partir desta construção, externaliza o seu conhecimento acerca da realidade e pode construir novos significados sobre a situação específica, ou seja, uma construção de novos significados,

agregados àquilo que está sendo lembrado. Os autores reforçam que com a lembrança, o paciente “adiciona” conhecimentos e/ou significados novos (Silva & Lyra, 2017).

Ressignificação

Tal método consiste em identificar pensamentos e sentimentos distorcidos, ou seja, que causam perturbação emocional, e modificá-los, de forma que estes pensamentos e sentimentos se tornem funcionais, adaptativos e sirvam para resolução de problemas. Uma das maneiras de propor a resignificação é pelo questionamento socrático, um exame de evidências (fatos) acerca do pensamento/sentimento distorcido em questão, flexibilização cognitiva e elaboração de pensamentos/sentimentos alternativos (Arrigoni et al., 2021). Ao elaborar novos significados a partir da necessidade de uma demanda vivenciada, o paciente pode resignificar um conceito, compreendendo que isto é a “[...] evolução do conceito [...] e uma reformulação dos esquemas” (Silva & Lyra, 2017, p. 37).

Para a TCC, os pensamentos distorcidos (ou desajustados, como aqueles que provocam sofrimento ao paciente), podem ser modificados a partir da técnica de resignificação, isto é, pela mudança das significações de como se interpreta um evento, objeto ou situação. A técnica de resignificação também inclui um processo educativo - principalmente quanto aos aspectos distorcidos dos pensamentos dos pacientes - quando o profissional leva o paciente a questionar vantagens e desvantagens de manter um pensamento distorcido. Neste momento, o profissional pode propor a elaboração de pensamentos alternativos com objetivo de alterar percepções, sentimentos e pensamentos distorcidos (Dantas, 2016).

Reforçamento

Esse conceito foi formulado pela área da Análise do Comportamento, de filosofia behaviorista, que propõe que os comportamentos são controlados por suas consequências. Uma contingência de reforço positivo aumenta a probabilidade de ocorrência do

comportamento, na mesma situação ou em ocasiões semelhantes. Uma contingência punitiva reduz a probabilidade de repetição do mesmo comportamento. Para a Análise do Comportamento, é possível exercer algum controle sobre o processo de aprendizagem a partir da indicação de que o comportamento é desejado, através do reforço positivo (Orrú, 2008). Assim, o reforço positivo pode ser qualquer estímulo que aumente a probabilidade de ocorrência de um comportamento.

A Análise do Comportamento ainda diferencia o conceito de reforço negativo, quando aumenta a probabilidade de ocorrência de um comportamento mediante a retirada de uma consequência adversa (Almeida et al., 2013). A partir de esquemas de reforçamento positivos e negativos, pode ser estabelecido o procedimento de Modelagem do Comportamento, na qual se ensina um comportamento desejado, passo a passo (Almeida, A. P., et al., 2013). É a partir da modelagem do comportamento que se atinge outro conceito relevante, o de Extinção de Comportamento.

A Extinção é o procedimento de ruptura da relação entre a emissão de um comportamento e a obtenção de uma consequência, reduzindo a probabilidade de o comportamento continuar a ocorrer. A extinção é a completa suspensão do reforçamento (Almeida et al., 2013).

Treino Cognitivo (ou Reestruturação Cognitiva)

Um dos pressupostos das intervenções cognitivas é a prática de exercícios - cognitivos ou físicos - com o intuito de preservar ou potencializar o desenvolvimento mais funcional. O treino cognitivo pode envolver a estimulação mental, que consiste em prática repetitiva de tarefas cognitivas para potencializar os efeitos da intervenção cognitiva programada e, por fim, a reabilitação cognitiva, prioritariamente reservada a pacientes em idade avançada para treino de deficiências específicas e próprias da idade (D'El Rey & Pacini, 2006; Santos & Flores-Mendonza, 2017).

O treino cognitivo é uma técnica que pode ser aliada à psicoeducação para pacientes com adoecimentos crônicos, para permitir a melhora da compreensão cognitiva e de seu quadro de saúde (Lima-Silva & Yassuda, 2012). A técnica ensina a questionar crenças disfuncionais a partir de teste(s) de realidade, corrigindo conteúdos distorcidos que, geralmente, estão ligados à hipervalorização de conteúdos negativo. Também pode ensinar o paciente a observar e controlar pensamentos negativos, fazer exame das evidências favoráveis e modificar crenças distorcidas por crenças mais saudáveis/adaptativas (D'El Rey & Pacini, 2006).

Enfrentamento Disfuncional

Esta técnica, pressupõe que existe um esquema desadaptativo de respostas de enfrentamento. O enfrentamento disfuncional deve ser tratado na individualidade de resposta de cada paciente, considerando que existem especificidades no processo terapêutico e que, nem sempre, o paciente tem a percepção de que está utilizando uma estratégia pouco eficiente. Esta ausência de percepção se dá, em grande parte, pelo baixo controle que os pacientes têm em relação ao seu tratamento. Por isso, cabe ao profissional motivar o paciente a desenvolver estratégias de enfrentamento mais funcionais e adaptativas (D'El Rey & Pacini, 2006; Lopes et al., 2014).

Adaptação de Atividades

Essa técnica implica em incentivar o paciente a buscar alternativas com a finalidade de que as atividades, quaisquer que sejam, por exemplo: manter higiene pessoal, cuidado com a casa, vestir-se sozinho etc., sejam realizadas pelo paciente do modo mais eficiente possível, valorizando o autorreforçamento.

Como ainda é baixa a produção acadêmica acerca das limitações e adaptações necessárias aos pacientes amputados, extrapolou-se este conceito, abordando a adaptação de atividades a pacientes amputados. O processo de adaptação de atividades não envolve apenas

o paciente, mas a sua rede de apoio completa, proporcionando “adaptação biopsicossocial” (Gonçalves et al., 2015, p. 116).

Desta forma, a adaptação de atividades deve ser executada de maneira individualizada, considerando o contexto e limitações de cada paciente. Em conjunto, paciente e psicólogo, avaliam qual a limitação percebida em cada atividade, e planejam possibilidades para a conclusão de cada destas.

Percepção de capacidades

Este item inclui a noção do que pessoas com deficiência fazem acerca da limitação imposta pelo dano, e como isto impacta o exercício de sua cidadania, ou seja, o exercício de seus direitos civis, políticos e sociais. No que refere a pessoas amputadas, a percepção de capacidades vai além da percepção física, incluindo, também, a dificuldade de inclusão social por estereótipos, estigmas, estratégias de negação e de enfrentamento disfuncional, preconceitos e atitudes discriminatórias no ambiente laboral e/ou social (Bernardes & Araújo, 2012; Ponte & Silva, 2015).

A percepção da capacidade deve considerar a adaptação de propriedades físicas e sociais tendo um caráter dinâmico, que deve ser modificado pelas necessidades de cada pessoa e em cada momento de vida (Ponte & Silva, 2015). Isto equivale dizer que a percepção de capacidades não é um conceito a ser abordado exclusivamente com o paciente amputado, mas com toda a sua rede de apoio social e familiar.

Paciente amputado: quando intervir?

Kratz et al. (2010) destacam a importância do acompanhamento psicológico a médio e longo prazos em pacientes vítimas de amputação. De acordo com estes autores, a reação de adaptação dos pacientes sofre modificações com o passar do tempo. A proposta de Kratz et al. (2010) vai ao encontro da proposta de Branco et al. (2017), de que a intervenção psicológica na fase aguda pode influenciar os comportamentos da chamada “fase crônica”.

Perkins et al. (2012) endossam a importância do acompanhamento psicológico a longo prazo, uma vez que pacientes amputados apresentam maior tendência ao desenvolvimento de complicações psicológicas, tais como: sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático (Kratz, 2010; Leal & Rodicz, 2019).

Um exemplo sobre as modificações psicológicas observadas em pacientes amputados pode ser um estudo com 22 pacientes amputados traumáticos, em que se verificou, na fase aguda (pós-operatório precoce), que, pelo menos, um quarto ($\frac{1}{4}$) necessitava de acompanhamento psicológico diante de sintomas de estresse agudo (Copuroglu et al., 2010, como citado em Ramos, 2012).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5; *American Psychological Association* [APA], 2014), os sintomas associados ao estresse agudo envolvem, principalmente, resposta de ansiedade com revivência/reatividade ao evento estressor. Pode, ainda, haver resposta de raiva e/ou ira. No estudo de Copuroglu et al. (2010), como citado em Ramos (2012), após o sexto mês (fase crônica), 77,2% dos pacientes apresentavam sintomatologia equivalente ao TEPT.

Os dados referidos nos parágrafos anteriores estão em consonância com outros estudos (Kratz et al., 2010; Mckechnie & John, 2014; Melcer et al., 2019; Perkins et al., 2012; Price & Fisher, 2007), que apontam que o intervalo de tempo entre seis meses e um ano é importante para o surgimento/desenvolvimento de sintomas emocionais, sendo os de natureza depressiva mais frequentes. Os autores discutem que, no primeiro ano, após amputação, os pacientes percebem alterações drásticas na saúde física, mental, na funcionalidade e nas atividades social e laboral, sendo necessário, por vezes, alteração de crenças sobre si e sobre o mundo (Kratz et al., 2010; Price & Fisher, 2007; Ramos, 2012; Srivastava et al., 2011).

Melcer et al. (2019), em um estudo com amputados norte-americanos, veteranos de guerra, identificou prevalência de 84 a 91% de transtornos psicológicos (TEPT, ansiedade, depressão e abuso de substâncias) nos primeiros cinco anos após a amputação. Após o quinto ano, observou-se prevalência entre 41 e 53% dos pacientes. Uma das possibilidades para manejo dos danos psicológicos, sugeridas pelos autores, é a protetização, bem como a intervenção multiprofissional de maneira precoce. Tais ações podem facilitar a reinserção do paciente amputado no mercado de trabalho e no contexto social, bem como melhorar a mobilidade e diminuir a mortalidade (Perkins et al., 2012).

Ademais, esta fase de retorno para casa também é descrita por Carvalho-Freitas et al. (2018), que indicam que as amputações, assim como a aquisição de qualquer outra deficiência, podem estar relacionadas ao receio e evitação de momentos sociais. Gabarra (2010) discute que a aquisição de uma deficiência - tal como uma amputação - pode fazer com que o paciente apresente “retração” social, evitando o contato social para não ser visto como aquele que sempre precisa de ajuda.

Asseveram Kratz et al. (2010), que a fase crônica, quando os pacientes passam pelo processo de reabilitação e o “[...] retorno para a casa para retomar a nova vida¹” (p. 135), é um momento menos estudado pelos pesquisadores. Um dos motivos poderia ser a dificuldade de manter os pacientes disponíveis para coleta de dados em ambiente doméstico.

Em levantamento para este estudo, uma das poucas referências acerca dessa fase, além de Kratz et al. (2010), foi a do *site Limbs 4 Life - Empowering Amputees* (2022), com orientações sobre o momento de retorno para casa, após uma amputação: (a) manter posse de dispositivos que auxiliam a adaptação após a amputação (muletas, cadeiras de rodas, cadeiras para banho); (b) verificar quais ambientes não podem ser utilizados (banheiros pequenos sem

¹ “[...] return home to start a new life”.

condições de locomoção com cadeira de rodas); e (c) adaptar a rotina do paciente dentro de ambientes nos quais possa usufruir de estímulos reforçadores, tais como assistir TV com a família, desde que o sofá não seja baixo demais para o amputado. Dados semelhantes aos propostos pelo *Limbs 4 Life* estão no acompanhamento psicológico proposto por este trabalho, a fim de acompanhar a evolução do nível de independência de cada paciente, pelo Índice de Barthel, referido na seção de Resultados.

Salienta-se que comportamentos análogos à sintomatologia ansiosa e depressiva não são, necessariamente, patológicos, e podem servir como ponto de partida para a reabilitação. Exemplo disto pode ser a motivação do paciente para a adesão ao tratamento de reabilitação proposto, com demonstrações de comportamentos de resiliência ao evento estressor. Melo et al. (2020) avaliaram que alguns pacientes amputados compreendem a vivência da amputação como uma oportunidade para viver de maneira mais saudável. Nesta perspectiva, é possível que o paciente entenda que a amputação foi a melhor opção terapêutica para (re)estabelecer a sua saúde. A transformação de alterações psicológicas, como ansiedade e depressão, para comportamentos de resiliência, implica na ressignificação da amputação. Fatores essenciais para tal transformação, de acordo com o estudo de Melo et al. (2020), incluem o apoio familiar/social, religiosidade, capacidade de distrair-se e adaptação à situação.

Sempre que possível, o paciente amputado deve ser avaliado por um psicólogo, referindo algumas possibilidades para intervenção: compreensão do quadro geral de saúde, bem como a necessidade de submeter-se à cirurgia tão mutiladora, avaliação acerca de alteração de imagem corporal, presença de sensação de dor fantasma, e, em momento oportuno, desenvolvimento de aspectos psicológicos inerentes à protetização (Boccolini, 2000; Carvalho, 1999; Melo et al., 2020; Oliveira & Almeida, 2019; Ramos, 2012).

Branco et al. (2017) reforçam, ainda, a educação em saúde como intervenção possível e potencial para o trabalho de reabilitação desses pacientes. Salientam que a função de

educação em saúde, bem como o fornecimento de informações ao amputado, com consequente avaliação da quantidade de informações ofertadas (adaptar a quantidade de informação de acordo com a necessidade individual de cada paciente), sanando dúvidas pertinentes, deve ser realizada, sempre que possível (Perkins et al., 2012).

A sistemática avaliação e acompanhamento dos diversos aspectos psicológicos dos pacientes é tão relevante que, conforme já mencionado, está previsto pelas DAPA, como parte do processo de reabilitação (Brasil, 2013; Seren & De Tilio, 2014). Ademais, a avaliação e o acompanhamento psicológico precoces são considerados fatores de proteção para o desenvolvimento de transtornos psicológicos em longo prazo (Melo et al., 2020; Perkins et al., 2012; Srivastava et al., 2011).

Barreiras ao acompanhamento de amputados

Apesar da referência a inúmeros sintomas psicológicos vivenciados após uma amputação, ainda é relativamente baixo o número de estudos que investigam as implicações, de natureza psicológica, ao curso de vida dos amputados (Boccolini, 2000; Datta et al., 2004; Gabarra & Crepaldi, 2009; Kratz et al., 2010; Milioli et al., 2012; Pezzin et al., 2004; Ramos, 2012; Sahu et al., 2016; Shankar et al., 2020; Srivastava et al., 2011; Rosca et al., 2021). Por exemplo, mesmo após o levantamento de literatura para a redação deste trabalho, verifica-se uma lacuna nos estudos que discutem/mensuram níveis de ansiedade, depressão, prejuízo social e laboral após as amputações.

Inúmeras são as implicações psicológicas no curso de vida de amputados que parecem ainda não terem sido privilegiadas pela literatura. Pode-se citar, por exemplo: De que maneira a existência de uma amputação prévia interfere na decisão de constituir família e gestar? Qual a relação funcional entre a amputação e a escolha da profissão a ser exercida? Há diferença na percepção da deficiência entre amputações traumáticas na fase de infância e na fase juvenil/adulta? Há relação entre o tempo de amputação (se, por exemplo, trabalhar com um

paciente amputado em fase de infância) e os seus escores em instrumentos que mensuram ansiedade e depressão? Fica mais “fácil” lidar com a limitação imposta pela amputação? Pacientes bem adaptados ao uso de prótese têm níveis de QVRS similares ao das pessoas não amputadas?

Datta et al. (2004) levantaram a hipótese de que a baixa produção acadêmica acerca das implicações psicológicas dos pacientes submetidos à amputação pode estar relacionada às dificuldades de adesão dos pacientes às orientações psicológicas, além de dificuldades metodológicas de avaliação que permitam a adoção de critérios objetivos, operacionais e aplicados a diferentes contextos de atendimento clínico e psicossocial. Estes autores destacavam que não existia, até a data da publicação, um questionário formalmente validado para a entrevista (psicológica) com pacientes amputados, e sugeriram a necessidade da construção de questionários que atendessem às necessidades próprias de cada serviço (serviços de reabilitação fisioterapêutica, ou de reabilitação multiprofissional ou, ainda, serviços que incluíssem a protetização como uma fase da reabilitação).

Apesar da defasagem entre a publicação de Datta et al. (2004) e a presente pesquisa, lança-se mão da produção acadêmica de alguns autores que também discutem as barreiras ao acompanhamento, a longo prazo, de pacientes amputados (Kratz et al., 2010; Melcer et al., 2019; Pomares et al., 2020; Rosca et al., 2021; Shankar et al., 2020). Por exemplo, a literatura aponta dificuldades para recrutar pacientes com amputações recentes, e que já tenham recebido alta hospitalar, o que limita a consistência dos dados apresentados em estudos. Uma das hipóteses a esta dificuldade é que a experiência “adversa” de crise, desencadeado por uma amputação, influencie negativamente a motivação à adesão ao tratamento e à participação em pesquisas (Kratz et al., 2010; Melcer et al., 2019; Pomares et al., 2020; Shankar et al., 2020).

Conforme Kratz et al. (2010), a literatura apresenta maior número de publicações sobre pacientes amputados durante o período da hospitalização (ou seja, no Pós-Operatório Imediato - POI), considerando o acesso mais facilitado a esta população. Assim, estudos que avaliem a evolução dos processos psicológicos de pacientes amputados durante a fase crônica e no período de reabilitação são “ainda” escassos, mesmo na literatura internacional.

Kratz et al. (2010) e Rosca et al. (2021) sugerem que, apesar da dificuldade em manter a adesão e participação em pesquisas, uma direção a futuros estudos com pacientes amputados seria o acompanhamento além do primeiro ano após a amputação. Ainda que haja “um norte”, estes autores não são enfáticos ao sugerir algum recorte específico de pesquisa, tampouco sugerem o uso de técnicas especializadas a fim de “solucionar” uma baixa adesão dos pacientes às pesquisas.

Em estudo com pacientes amputados que foram acompanhados em um centro de reabilitação no Reino Unido, Datta et al. (2004) demonstram a dificuldade de acompanhamento destes pacientes. Os autores propuseram o acompanhamento de 82 pacientes após a reabilitação/protetização. Os pacientes foram escolhidos a partir do registro do centro de reabilitação, não sendo limitado o tempo após a amputação. Também é válido ressaltar que os autores não descrevem em qual fase de reabilitação os pacientes acompanhados estavam. Destes, apenas 60 mantiveram acompanhamento (75%). A proposta era uma avaliação retrospectiva quanto a alguns fatores após a cirurgia de amputação, incluindo a reinserção (ou não) no mercado de trabalho, uso eficiente de próteses, percepção de autoimagem, presença de dor fantasma e desenvolvimento de transtornos psicológicos.

Os resultados sugerem proporção de quatro pacientes do sexo masculino para cada paciente do sexo feminino, com idade média de 58,1 anos. Quanto à reinserção no mercado de trabalho, 26% (n = 16) mantiveram-se ativos, 41,6% (n = 25) aposentaram-se e 26,6% (n = 16) estavam desempregados. Quanto ao uso de próteses, todos os 60 pacientes foram

protetizados, contudo, apenas 43 pacientes mantiveram uso adequado das próteses fornecidas. Os 17 pacientes que não mantiveram o uso de próteses referiram dor durante o uso da prótese, bem como peso excessivo da prótese e baixa funcionalidade. Sobre a autoimagem, 46 pacientes (76,6%) estavam satisfeitos. Finalmente, quanto ao estado psicológico (mensurado com a *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS), 18 pacientes (30%) apresentavam sintomas ansiosos, e 11 (18,3%) sintomas depressivos (Datta et al., 2004).

Rosca et al. (2021) indicam dificuldades no acompanhamento psicológico de pacientes amputados, principalmente em estudos transversais com aplicação de questionários, em grande parte, pela baixa taxa de resposta dos participantes. Para os autores, a solução poderia ser o planejamento de estudos qualitativos e interpretativos, que seriam úteis em informações que auxiliassem os pesquisadores a entender as consequências da amputação. Os autores ainda destacam a possibilidade, mais viável, de estudos com pequenas quantidades de participantes, incluindo estudos multicêntricos, que permitiriam uma maior comparabilidade entre os mesmos dados.

De maneira análoga, Pomares et al. (2020), em estudo com pacientes que tiveram membros superiores amputados, identificaram 1.058 pacientes. Contudo, apenas 49% (n = 551) responderam ao estudo. O objetivo era avaliar a presença de fatores preditores de luto patológico após a perda de algum membro superior. Os autores utilizaram a análise retrospectiva a partir de prontuários disponíveis entre 2004 e 2014, além de um questionário desenvolvido pelos pesquisadores. O questionário abordava fatores físicos (nível de amputação), dados socioeconômicos e fatores subjetivos (percepção de autoimagem e de funcionalidade, e sentimentos ligados à amputação). Os resultados indicaram prevalência de pacientes do sexo masculino, com idade média de 54,2 anos (Pomares et al., 2020). Estes dados estão em consonância com o estudo de Datta et al. (2004).

Em relação à percepção de autoimagem, 230 pacientes responderam que se percebem portadores de algum “defeito” (tradução literal). Pomares et al. (2020) argumentam que eventos de amputação traumática incorrem em alta probabilidade (no estudo, foi encontrada porcentagem de 40%) de desenvolvimento de transtornos psicológicos, com destaque para luto patológico, TEPT, depressão e ansiedade.

No âmbito de pesquisas nacionais, Melo et al. (2020) propuseram uma avaliação retrospectiva de pacientes que tiveram membros amputados, buscando identificar correlação entre amputação e alterações de autoimagem. No estudo, foram considerados como participantes aptos todos os pacientes amputados, com idade entre 18 e 82 anos, sem comorbidades psiquiátricas, e que faziam acompanhamento em um hospital geral do município. Foram considerados dados dos últimos seis anos antes da publicação, ou seja, entre 2013 e 2019. Apesar dos critérios de inclusão, apenas 15 pacientes foram selecionados para responderem à pesquisa. Destes, apenas nove aceitaram participar do estudo. Dados como estes indicam a dificuldade de avaliação de pacientes amputados na fase “crônica” (ou seja, a médio e longo prazos). Estes dados estão, ainda, em consonância com a literatura internacional recente.

Schmidhammer et al. (2004) discutem, em um artigo sobre o acompanhamento de pacientes amputados, as dificuldades de se realizar estudos com uma grande amostra, e sugerem que estudo(s) de caso(s) seria(m) uma metodologia mais viável para o acompanhamento deste público. Apesar da desvantagem metodológica, realizar estudos transversais é uma das saídas para a lacuna da produção científica com pacientes amputados (Schmidhammer et al., 2004).

Ao ler os relatos dos pesquisadores, identifica-se que realizar pesquisas com amputados que não sejam veteranos de guerra também traz um importante viés para a produção acadêmica, porque existe uma polarização das produções acerca de amputados: ou

se estuda amputados com doenças crônicas ou os amputados veteranos de guerra (e, com isso, refere-se à produção, prioritariamente, norte-americana).

Apesar de os estudos de Datta et al. (2004), Melo et al. (2020) e Schmidhammer et al. (2004) não terem explicitado claramente as principais barreiras para obtenção de amostras significativas de pacientes amputados, para acompanhamento a longo prazo, observa-se que a dificuldade de selecionar e manter pacientes em acompanhamento é uma limitação explicitada em vários estudos.

Considerando, desta forma, a lacuna de informações quanto aos aspectos psicológicos dos pacientes amputados, optou-se por uma revisão sistemática de literatura. Foram utilizados os descritores indexados (na língua portuguesa e seus equivalentes em inglês) “amputação traumática” (*traumatic amputation*), “trauma psicológico” (*psychological trauma*) e “intervenção na crise” (*crisis intervention*), combinados de maneira que fossem levantados artigos que abordassem amputações traumáticas e questões psicológicas (amputação traumática AND trauma psicológico; amputação traumática AND intervenção em crise) (Figura 2). A combinação “trauma psicológico e intervenção em crise” foi desconsiderada, uma vez que selecionou artigos sobre temáticas muito amplas, fora do espectro das amputações (tais como, intervenção após desastres naturais, agressões sexuais e contextos ambientais de refugiados).

Foram considerados critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2000 e 2021, redigidos em língua inglesa e portuguesa, disponíveis na íntegra, e referidos nas plataformas PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

A triagem dos artigos foi feita a partir da leitura do título e, em sequência, com a leitura do resumo/*abstract*. Foram considerados válidos os artigos que contemplassem amputações traumáticas e aspectos psicológicos avaliados durante as fases aguda e crônica do acompanhamento em saúde.

Foram considerados critérios de exclusão: artigos que dissertavam sobre as demais formas de amputação (amputações não traumáticas, vascular, oncológica ou de outra natureza), bem como estudos sobre amputações de extremidades (considerou-se a amputação peniana e de extremidades).

Também foram excluídos artigos que tratavam de pacientes em contexto pediátrico e os que não abordassem diretamente questões psicológicas no resumo (artigos que versavam sobre questões de técnicas cirúrgicas, farmacológicas ou diagnósticas e que, desta forma, não continham descritores relativos à psicologia / psicoterapia / aspectos psicológicos / psicopatologias). Ademais, foram desconsideradas dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos que não estavam disponíveis para leitura na íntegra.

Com os descritores “amputação traumática” AND “trauma psicológico”, foram listados 133 artigos, que foram triados pelo resumo/*abstract* e palavras-chave e, caso não atendessem aos critérios de inclusão, foram desconsiderados para esta revisão.

Dos 133 artigos, 42 estavam duplicados, tendo sido referidos em mais de uma base de dados. Verificou-se que 26 artigos não abordavam questões relativas às amputações traumáticas. Outros sete artigos foram excluídos, por abordarem questões técnicas referentes ao manejo medicamentoso de pacientes, procedimentos cirúrgicos, ou critérios diagnósticos de transtornos psicológicos não relacionados a amputações.

Quatro artigos foram excluídos por descreverem contextos pediátricos. Outros 20 artigos foram excluídos por tratarem de cirurgias de reimplantação/revascularização de membros amputados. Além desses, 11 artigos foram desconsiderados por se versar sobre amputações de extremidades. Mais um artigo foi excluído por abordar traumas físicos relacionados à prática de circuncisão na África, e outros seis não estavam disponíveis na íntegra.

Desta forma, após a aplicação dos critérios de inclusão, foram considerados válidos 16 artigos para a redação desta revisão sistemática (Figura 2).

Figura 2

Revisão sistemática adotada neste estudo

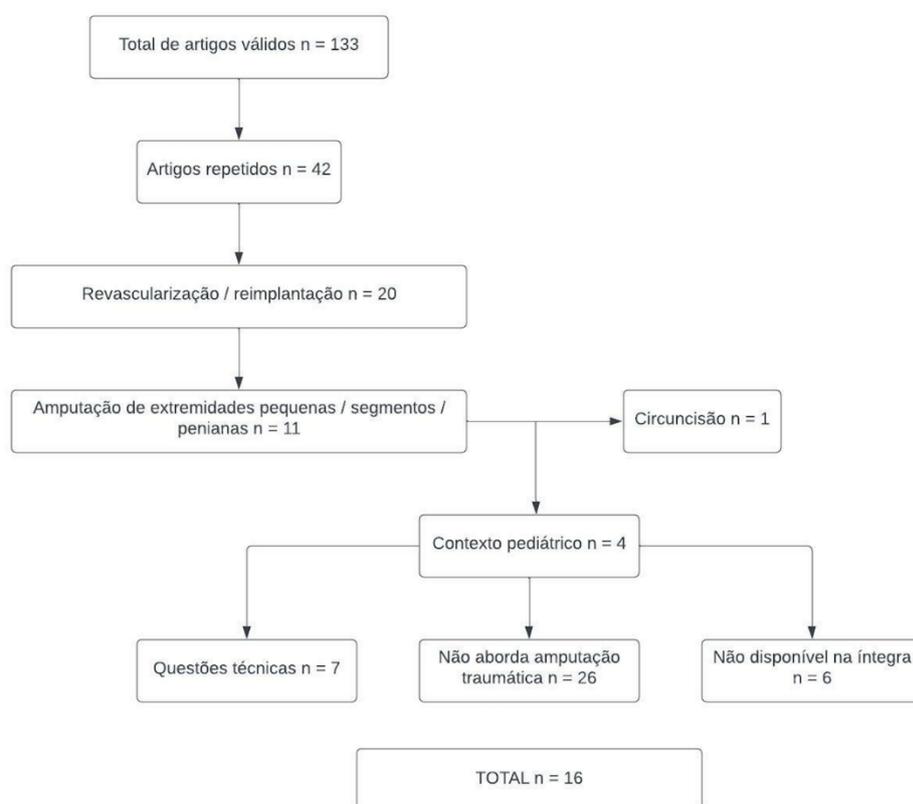


Tabela 1

Detalhamento da revisão de literatura

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Muyshondt, C., Monforte, M., & Droupy, S. (2013). Traumatismes sexuels. <i>Progrès en urologie</i> , 23(9), 771-779.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Nielson, W. R., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Kerns, R. D., & Molton, I. R. (2008). Further development of the multidimensional pain readiness to change questionnaire: The MPRCQ2. <i>The Journal of Pain</i> , 9(6), 552-565.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Noci, C. D., & Berra, C. (2015). Trauma and chronic pain: echoes and amplifications of physical and emotional suffering. <i>Revue Medicale Suisse</i> , 11(480), 1395-1399.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Ogilvie, R., Foster, K., McCloughen, A., & Curtis, K. (2015). Family members' experience of providing support for comparison people with traumatic physical injury during the acute hospital phase of care: A qualitative study. <i>Injury</i> , 46(9), 1834-1840.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Otto, I. A., Kon, M., Schuurman, A. H., & van Minnen, L. P. (2020). Replantation versus Prosthetic Fitting in Traumatic Arm Amputations: A Systematic Review. <i>PLoS One</i> , 10(9).	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Reich, H., Schutz, T., Gabl, M., Angermann, P., Russe, E., & Wechselberger, G. (2017). Hand replantation: differences in functional outcome considering patient age and sociomedical aspects. <i>Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie</i> , 45(6), 344-349.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Ricketts, S., De Steiger, R., & Breidahl, A. (2016). Eleven-year follow-up of cross-leg replantation for traumatic bilateral amputation. <i>Journal of reconstructive microsurgery</i> , 25(2), 111-115.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Abdurakhmanov, R. A., Abdurakhmanov, A. K., & Kopylov, V. A. (2008). Self-inflicted genital injury. <i>Urologiia</i> , 5, 97-99.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Abeyasinghe, N. L., de Zoysa, P., Bandara, K. M., Bartholameuz, N. A., & Bandara, J. M. (2021). The prevalence of symptoms of post-traumatic stress disorder among soldiers with amputation of a limb or spinal injury: a report from rehabilitation center in Sri Lanka. <i>Psychology, health & medicine</i> , 17(3), 376-381.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Akula, M., Gella, S., Shaw, C. J., McShane, P., & Mohsen, A. M. (2013). A meta-analysis of amputation versus limb salvage in mangled lower limb injuries - the patient perspective. <i>Injury</i> , 42(11), 1194-1197.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Álvarez-Martínez, S., Maldonado-Morillo, A., Vara-Patudo, I., Martínez-González, C., & Miranda-Gorozarri, C. (2010). Ray resection in paediatric population. <i>Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)</i> , 61(4), 233-239.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas
Bach, O., Friedel, R., Donicke, T., Nestmann, H., & Markgraf, E. (2017). Microvascular complications following replantations and revascularisations. <i>Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie</i> , 34(6), 363-368.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Baj, A., Beltramini, G., Laganà, F., Bonanno, V., De Riu, G., & Gianni, A. (2013). Amputation trauma of the face: surgical techniques and microsurgical replantations. <i>Acta Otorhinolaryngologica Italica</i> , 29(2), 92-96.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Barbato, B., & Salsac, A-V. (2020). Finger and thumb replantation: From biomechanics to practical surgical applications. <i>Hand Surgery and Rehabilitation</i> , 39(2), 77-91.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Bolduc, A., Hwang, B., Hogan, C., Bhalla, V. K., Nesmith, E., Medeiros, R., Alexander, C., & Holsten, S. B. (2010). Identification and Referral of Patients at Risk for Post-traumatic Stress Disorder: A Literature Review and Retrospective Analysis. <i>The American Surgeon</i> , 81(9), 904-908.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Borne, A., Porter, A., Recicar, J., Maxson, T., & Montgomery, C. (2017). Pediatric Traumatic Amputations in the United States: A 5-Year Review. <i>Journal of Pediatric Orthopaedics</i> , 37(2), 104-107.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Butowicz, C. M., Dearth, C. L., & Hendershot, B. D. (2014). Impact of traumatic lower extremity injuries beyond acute care: movement-based considerations for resultant longer term secondary health conditions. <i>Advances in wound care</i> , 6(8), 269-278.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Butowicz, C. M., Silfies, S. P., Vendemia, J., Farrokhi, S., & Hendershot, B. D. (2013). Characterizing and Understanding the Low Back Pain Experience Among Persons with Lower Limb Loss. <i>Pain Medicine</i> , 21(5), 1068-1077.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Canpolat, U., Kaya, E. B., Aytemir, K., & Kabalçi, G. (2017). Severe limb pain suppresses chest pain in a patient with anterior myocardial infarction. <i>Herz</i> , 37(6), 706-708.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Carter, W. E., Darko, I. A., Chandan, P., & Pai, A. B. (2015). Colitis after polytrauma: case report. <i>Journal of Rehabilitation Research and Development</i> , 51(4), 655-660.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Chang, A. J., & Brandes, S. B. (2006). Advances in diagnosis and management of genital injuries. <i>Urologic Clinics</i> , 40(3), 427-438.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Daigeler, A., Fansa, H., & Schneider, W. (2017). Orthotopic and heterotopic lower leg reimplantation. Evaluation of seven patients. <i>The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume</i> , 85(4), 554-558.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Daigeler, A., Fansa, H., Westphal, T., & Schneider, W. (2017). Replantation at lower leg level. <i>Der Chirurg; Zeitschrift für Alle Gebiete der Operativen Medizin</i> , 74(11), 1040-1046.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Day, M. C. (2014). The role of initial physical activity experiences in promoting posttraumatic growth in Paralympic athletes with an acquired disability. <i>Disability and rehabilitation</i> , 35(24), 2064-2072.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
De Roos, C., Veenstra, A. C., de Jongh, A., den Hollander-Gijsman, M., van der Wee, N. J., Zitman, F.G., & van Rood, Y. R. (2015). Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. <i>Pain Research and management</i> , 15(2), 65-71.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Di Napoli, A., Baglio, G., Bracci, C., Taviani, A., Zerbino, E., & Romano, V. (2017). Torture Survivor asylum seekers in Italy: the experience of the humanitarian association "Doctors Against Torture". <i>Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità</i> , 17(4), 343-350.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Dorstyn, D. S., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2019). Psychosocial outcomes of compariso-based counseling for adults with an acquired physical disability: a meta-analysis. <i>Rehabilitation psychology</i> , 56(1), 1-14.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Ebrahimzadeh, M. H., Moradi, A., Khorasani, M. R., Hallaj-Moghaddam, M., & Kachooei, A. R. (2019). Long-term clinical outcomes of war-related bilateral lower extremities amputations. <i>Injury</i> , 46(2), 275-281.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Frappel-Cooke, W., Wink, P., & Wood, A. (2005). The psychological challenge of genital injury. <i>BMJ Military Health</i> , 159, 52-56.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Furr, J., & Culkin, D. (2008). Injury to the male external genitalia: a comprehensive review. <i>International urology and nephrology</i> , 49(4), 553-561.	Não.	Texto discute questões técnicas.
Goiato, M. C., Mancuso, D. N., Marques Ferreira, P. P., & dos Santos, D. M. (2016). <i>Finger prosthesis: the art of reconstruction. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan</i> , 19(10), 670-671.	Não.	Texto discute questões técnicas.
Goyal, A., & Goel, H. (2016). Prosthetic rehabilitation of a patient with finger amputation using silicone material. <i>Prosthetics and Orthotics International</i> , 39(4), 333-337.	Não.	Texto discute questões técnicas.
Grob, M., Papadopulos, N. A., Zimmemann, A., Biemer, E., & Kovacs, L. (2010). The psychological impact of severe hand injury. <i>Journal of Hand Surgery (European Volume)</i> , 33(3), 358-362.	Não.	Texto discute questões técnicas.
Gu, Y., Li, S., Chen, D., Zhang, L., Wang, H., & Hu, S. (2018). Delayed toe transplantation: experimental study and clinical application. <i>Plastic and reconstructive surgery</i> , 105(5), 1675-1679.	Não.	Texto não disponível na íntegra.
Gustafsson, M., Amilon, A., & Ahlstrom. (2010). Trauma-related distress and mood disorders in the early stage of an acute traumatic hand injury. <i>Journal of Hand Surgery</i> , 28(4), 332-338.	Não.	Texto não disponível na íntegra.
Hadj Hassine, Y., Hmid, M., & Baya, W. (2014). Trauma of the hand from circular saw table: a serie of a 130 cases. <i>La Tunisie Medicale</i> , 94(12), 851.	Não.	Texto não disponível na íntegra.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Hakala, M., Rinne, J. & Karlsson, H. (2017). Onset of neuropsychiatric symptoms after psychological trauma may result in erroneous diagnostic bias. <i>Case Reports</i> , 9.	Não.	Texto não disponível na íntegra.
Hernekamp, J. F., Bigdeli, A. K., Engel, H., Kneser, U., Kremer, T., & Pelzer, M. (2017). Bilateral hand salvage of subtotal left hand amputation and complex right wrist destruction. <i>Unfallchirurg</i> , 119(6), 527-531.	Não.	Texto não disponível na íntegra.
Hirsh, A. T., Braden, A. L., Craggs, J. G., & Jensen, M. P. (2019). Psychometric properties of the community integration questionnaire in a heterogeneous sample of adults with physical disability. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> , 92(10), 1602-1610.	Não.	Trata-se de amputação peniana/de extremidades.
Ho Quoc, C., Meruta, A., La Marca, S., Fabiano, L., Toussoun G., & Delay, E. (2016). Breast amputation correction of a horse bite using the lipomodeling technique. <i>Aesthetic Surgery Journal</i> , 33(1), 93-96.	Não.	Trata-se de amputação peniana/de extremidades.
Hu, W., Le Nen, D., Kerfant, N., Trimaille, A., Monnerie, C., Claudic, Y., & Ta, P. (2009). Secondary digit reconstruction of mutilated hand. <i>Annales de Chirurgie Plastique et Esthetique</i> , 64(5-6), 694-708.	Não.	Trata-se de amputação peniana/de extremidades.
Ince, B., Gundeslioglu, A. O., Cicekcibasi, A. E., Dadaci, M., Inan, I., & Buyukmumcu, M. (2020). Transfer of the Fifth Finger to Replace an Amputated Thumb: A Preliminary Study. <i>Surgical Innovation</i> , 22(5), 462-468.	Não.	Trata-se de amputação peniana/de extremidades.
Infanger, M., Kossmehl, P., & Grimm, D. (2017). Successful microsurgical primary replantation of an amputated cheek. <i>Acta oto-laryngologica</i> , 126(4), 432-434.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Jayakaran, P., Johnson, G. M., & Sullivan, S. J. (2021). Turning performance in persons with a dysvascular transtibial amputation. <i>Prosthetics and Orthotics International</i> , 38(1), 75-78.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.
Jones, N. F., Graham, D., & Au, K. (2020). Bilateral Metacarpal Hands: Reconstruction With 6 Toe Transfers. <i>Hand (NY)</i> , 15(4), 465-471.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.
Bandela, V., Bharathi, M., & SV, G. R. (2014). Acrylic finger prosthesis: A case report. <i>Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR</i> , 8(8), ZD07.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.
Kapidzic-Durakovic, S., Karabegovic, A., Halilbegovic, E., Cickusic, A., Osmanovic, N., & Kudumovic, Z. (2014). Check list of symptoms SCL-90-R at persons with extremities amputations. <i>Bosnian Journal of Basic Medical Sciences</i> , 6(1), 58-61.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.
Kearns, N. T., Powers, M. B., Jackson, W. T., Elliot, T. R., & Ryan, T. (2014). Posttraumatic stress disorder symptom clusters and substance use among patients with upper limb amputations due traumatic injury. <i>Disability and rehabilitation</i> , 41(26), 3157-3164.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.
Kepe, T. (2010). 'Secrets' that kill: crisis, custodianship and responsibility in ritual male circumcision in the Eastern Cape Province, South Africe. <i>Social Science & Medicine</i> , 70(5), 729-735.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.
Khan, M. A. A., Javed, A. A., Rao, D. J., Corner, J. A., & Rosenfield, P. (2003). Pediatric Traumatic Limb Amputation: The Principles of Management and Optimal Residual Limb Lengths. <i>World journal of plastic surgery</i> , 5(1), 7-14.	Não.	Trata-se de artigo sobre circuncisão.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Kirven, J. C., Everhart, J. S., DiBartola, A. C., Jones, J., Flanigan, D. C., & Harrison, R. (2006). Interventional Efforts to Reduce Psychological Distress After Orthopedic Trauma: A Systematic Review. <i>HSS Journal</i> ®, 16(3), 250-260.	Não.	Trata-se de artigo sobre circuncisão.
Kolodzynski, M. N., Kon, M., Egger, S., & Breugem, C. C. (2014). Mechanisms of ear trauma and reconstructive techniques in 105 consecutive patients. <i>European Archives of Oto-Rhino-Laryngology</i> , 274(2), 723-728.	Não.	Texto discute questões técnicas.
Kranz, J., Duck, M., Steffens, C., Reisch, B., & Steffens, J. (2018). Surgical urinary diversion in children from war and crisis areas-20-year experience report. <i>Der Urologe A</i> , 57(10), 1208-1213.	Não.	Texto discute questões técnicas
Krueger, C. A., & Wenke, J. C. (2019). Initial injury severity and social factors determine ability to deploy after combat-related amputation. <i>Injury</i> , 45(8), 1231-1235.	Não.	Trata-se de artigo sobre trauma genital/de extremidades.
LEAP Study Group. (2014). Perceived need and unmet need for vocational, mental health and other support services after severe lower-extremity trauma. <i>Archives of physical medicine and rehabilitation</i> , 91(5), 774-780.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Liarto, J., & Adi, K. (2004). Traumatic penile partial amputation caused by rubber band: a case report. <i>International journal of surgery case reports</i> , 86, 106358.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Lucas, P. A., Page, P. R., Phillip, R. D., & Bennett, A. N. (2012). The impact of genital trauma on wounded servicemen: qualitative study. <i>Injury</i> , 45(5), 825-829.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Majid, U., & Argáez, C. (2010). Off-Loading Devices for People with Diabetic Neuropathic Foot Ulcers: A Rapid Qualitative Review. <i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i> , 17.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Melcer, T., Walker, J., Bhatnagar, V., Richard, E., Han, P., Sechriest, V., Lebedda, M., Quinn, K., & Galarneau, M. (2015). Glasgow Coma Scale scores, early opioids, and 4-year psychological outcomes among combat amputees. <i>Journal of rehabilitation research and development</i> , 51(5), 697-710.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Melcer, T., Walker, J., Sazon, J., Domasing, R. Perez, K., Bhatnagar, V., & Galarneau, M. (2012). Outpatient Pharmacy Prescriptions During the First Year Following Serious Combat Injury: A Retrospective Analysis. <i>Military medicine</i> , 185(7-8), 1091-1100.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Rtshiladze, M. A., Andersen, S. P., Nguyen, D. Q., Grabs, A., & Ho, K. (2014). The 2009 Sydney shark attacks: case series and literature review. <i>ANZ Journal of Surgery</i> , 81(5), 345-351.	Não.	Texto não disponível na íntegra.
Mion, G., Masson, J. L., Granier, C., & Hoffman, C. (2015). A retrospective study of ketamine administration and the development of acute or post-traumatic stress disorder in 274 war-wounded soldiers. <i>Anaesthesia</i> , 72(12), 1476-1483.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Mohta, M., Sethi, A. K., Tyagi, A., & Mohta, A. (2009). Psychological care in trauma patients. <i>Injury</i> , 34(1), 17-25.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Momeni, A., Parret, B. M., & Kuri, M. (2016). Using an unconventional perfusion pattern in ear replantation-arterialization of the venous system. <i>Microsurgery</i> , 34(8), 657-661.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Sagiv, P., Shabat, S., Mann, M., Ashur, H., & Nyska, M. (2015). Rehabilitation process and functional results of patients with amputated fingers. <i>Plastic and reconstructive surgery</i> , 110(2), 497-503.	Não.	Trata-se de amputação peniana/de extremidades.
Salminger, S., Roche, A. D., Hraby, L. A., Sturma, A., Riedl, O., Bergmeister, K. D., & Aszmann, O. C. (2016). Prosthetic reconstruction to restore function in transcarpal amputees. <i>Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery</i> , 69(3), 305-310.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2015). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. <i>Pain Medicine</i> , 9(1), 76-82.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Sposato, L., Yancosek, K., & Cancio, J. (2013). Psychosocial reactions to Upper extremity limb salvage: A case series. <i>Journal of Hand Therapy</i> , 32(1), 48-56.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Sposato, L., Yancosek, K., & Cancio, J. (2014). Psychosocial reactions to Upper extremity limb salvage: a cross-sectional study. <i>Journal of Hand Therapy</i> , 31(4), 494-501.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Thirkannad, S. M. (2016). Mutilating Hand Injuries in Children. <i>Hand clinics</i> , 32(4), 477-489.	Não.	Trata-se de artigo em contexto pediátrico.
Van Dongen, T. T. C. F., Huizinga, E. P., de Kruijff, L. G. M., van der Krans, A. C., Hoogendoorn, J. M., Leenen, L. P. H., & Hoencamp, R. (2019). Amputation: Not a failure for severe lower extremity combat injury. <i>Injury</i> , 48(2), 371-377.	Não.	Texto discute diferentes recuperações em lesões de extremidades.

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Rocío de la, Miró, Jordi, Esteve, Rosa, Ramírez-Maestre, Carmen, López-Martínez, Alicia E., Jensen, & Mark, P. (2018). Sleep disturbance in individuals with physical disabilities and chronic pain: The role of physical, emotional and cognitive factors. <i>Disability and Health Journal</i> , 12(4), 588-593.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Vucetic, C. S., Vukasinovic, Z., Miric, D., & Tulic, G. (2017). Two cases of big-toe replantation: a ten-year follow-up. <i>Journal of reconstructive microsurgery</i> , 22(2), 79-86.	Não.	Trata-se de cirurgia de reimplantação/revascularização.
Young-McCaughan, S., Bingham, M. O., Vriend, C. A., Inman, A. W., Gaylord, K. M., & Miaskowski, C. (2015). The impact of symptom burden on the health status of service members with extremity trauma. <i>Nurs Outlook</i> , 65(5S), 61-70.	Não.	Não aborda questões relativas a amputações traumáticas.
Bonnan-White, J., Yes, J., & Hetzel-Riggin, M. D. (2020). Voices from the past: Mental and physical outcomes described by American Civil War amputees. <i>Journal of Trauma & Dissociation</i> , 17(1), 13-34.	Sim.	
Datta, D., Selvarajah, K., & Davey, N. (2016). Functional outcome of patients with proximal upper limb deficiency - acquired and congenital. <i>Clinical rehabilitation</i> , 18(2), 172-177.	Sim.	
Desteli, E. E., Irmen, Y., Erdogan, M., Sarisoy, G., & Cosgun, S. (2018). Comparison of upper limb amputees and lower limb amputees: a psychological perspective. <i>European Journal of Trauma and Emergency Surgery</i> , 40(6), 735-739.	Sim.	

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Heszlein-Lossius, H. E., Al-Borno, Y., Shaqqoura, S., Shaik, N., Giil, L. M., & Gilbert, M. (2002). Does pain, psychological distress and deteriorated family economy follow traumatic amputation among war casualties? A retrospective, cross-sectional study from Gaza. <i>BMJ Open</i> , 9(6).	Sim.	
Luchetti, M., Montebanocci, O., Rossi, N., Cutti, A. F., & Sutin, A. R. (2013). Autobiographical memory and psychological distress in a sample of upper-limb amputees. <i>PLoS One</i> , 9(6).	Sim.	
Mckechnie, P. S., & John, A. (2014). Anxiety and depression following traumatic limb amputation: a systematic review. <i>Injury</i> , 45(12), 1859-1866.	Sim.	
Melcer, T., Walker, J., Sechriest, V. F. 2 nd ., Bhatnagar, V., Richard, E., Perez, K., & Galarneau, M. (2013). A Retrospective Comparison of Five-Year Health Outcomes Following Upper Limb Amputation and Serious Upper Limb Injury in the Iraq and Afghanistan Conflicts. <i>PMR.</i> , 11(6), 577-589.	Sim.	
Monné Cuevas, P., Borrás Correa, A., Vidal Fortuny E., Ángeles Diaz Vela, M., & Calvo Sanz, J. (2010). Traumatic quadruple amputee rehabilitation: from amputation to prosthetic functionality: a case report. <i>Disability and Rehabilitation: Assistive Technology</i> , 16(1), 112-118.	Sim.	
Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G., & Tai, N. R. (2006). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. <i>Journal of British Surgery</i> , 75-86.	Sim.	

Tabela 1*Detalhamento da revisão de literatura (cont.)*

Referências	Considerado na revisão	Se não considerado, motivo
Pomares, G., Coudane, H., Dap, F., & Dautel, G. (2020). Psychological effects of traumatic upper-limb amputations. <i>Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research</i> , 106(2), 297-300.	Sim.	
Schmidhammer, R., Nimmervoll, R., Pelinka, L. E., Huber, W., Schrei, K., Kroeplf, A., & Redl, H. (2016). Bilateral lower leg replantation versus prosthetic replacement: long-term outcome of amputation after an occupational railroad accident. <i>Journal of Trauma and Acute Care Surgery</i> , 57(4), 824-831.	Sim.	
Shankar, P., Grewal, V. S., Agrawal, S., & Nair, S. V. (2014). A study on quality of life among lower limb amputees at a tertiary prosthetic rehabilitation center. <i>Medical journal armed forces India</i> , 76(1), 89-94.	Sim.	
Talbot, L. A., Brede, E., & Metter, E. J. (2017). Psychological and Physical Health in Military Amputees During Rehabilitation Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. <i>Military Medicine</i> , 182(5-6), 1619-1624.	Sim.	
Tennent, D. J., Polfer, E. M., Sgromolo, N. M., Krueger, C. A., & Potter, B. K. (2018). Characterization of disability following traumatic through knee and transfemoral amputations. <i>Injury</i> , 49(6), 1193-1196.	Sim.	
Vicent, H. K., Horodyski, M. B., Vicent, K. R., Brisbane, S. T., & Sadasivan, K. K. (2003). Psychological Distress After Orthopedic Trauma: Prevalence in Patients and Implication for Rehabilitation. <i>PMR</i> , 7(9), 978-989.	Sim.	
Kratz, A. L., Williams, R. M., Turner, A. P., Raichle, K. A., Smith, D. G., & Ehde, D. (2009). To lump or to split? Comparing individuals with traumatic and nontraumatic limb loss in the first year after amputation. <i>Rehabilitation Psychology</i> , 55(2), 126-138.	Sim.	

Objetivos

O objetivo geral deste estudo foi avaliar os efeitos de uma intervenção psicológica precoce, que ocorreu em até 72 horas após o evento e o seu seguimento de *follow-up* em até 12 meses a pacientes que foram submetidos a amputações traumáticas.

Objetivos Específicos

(a) Analisar possíveis relações funcionais da intervenção psicológica sistemática sobre os indicadores de ansiedade e depressão, a sintomatologia traumática, a dependência funcional, as estratégias de enfrentamento e a satisfação com a vida de pacientes submetidos a amputações traumáticas de grandes segmentos;

(b) Reavaliar possíveis relações funcionais da intervenção psicológica, em esquema de *follow-up*, após seis e 12 meses da cirurgia de amputação traumática;

(c) Comparar a evolução dos indicadores psicológicos de ansiedade, depressão, satisfação com a vida e uso de estratégias de enfrentamento, entre os pacientes submetidos à intervenção psicológica.

Método

Delineamento

O presente estudo está norteado pelas seguintes características:

(a) Intervencional: a pesquisa não se limitou a observar a evolução de indicadores psicológicos após amputações traumáticas, disponibilizando suporte psicológico aos pacientes;

(b) Analítico: o objetivo principal é identificar possíveis relações funcionais entre a intervenção psicológica e a evolução clínica de pacientes;

(c) Clínico: com amostra por conveniência, sendo os participantes considerados elegíveis, ou não, de modo não aleatório e acompanhados por um período de 12 meses (*follow-up*) após o episódio de amputação;

(d) Qualitativo: na medida em que busca compreender conteúdos subjetivos, de percepção de experiências pessoais, sendo um delineamento tipicamente adotado por estudos de caso, ou de pequenos grupos, que relatam experiências de vida. O estudo não contou com delineamento de grupo de intervenção e controle. A organização do Serviço de Psicologia do Hospital (descrito adiante), não permitiu delineamento de grupo. Os pacientes foram comparados com eles mesmos, em sua evolução ao longo do tempo (Hochman et al., 2005; Andrade, 2011);

(e) Baseado nos pressupostos da Terapia Cognitivo Comportamental, conforme a proposta de Aaron Beck (2007).

Coleta de dados

Acerca da coleta de dados, é necessário fornecer informações sobre a inserção do Serviço de Psicologia que serviu de campo de pesquisa para este estudo.

O Serviço de Psicologia contava, à época da coleta de dados, com 26 psicólogos, lotados em UTI, enfermarias e pronto-atendimento. A escala de trabalho era organizada de

modo a garantir, pelo menos, um(a) psicólogo(a) por turno, das 07 às 19 horas, de domingo a domingo. A pesquisadora responsável por esta Tese era, à época, psicóloga de referência do Serviço de Traumatologia e Ortopedia, o que decerto facilitou a comunicação entre pesquisadora e equipe médica e multidisciplinar.

Realizou-se a coleta de dados ao longo de treze meses (agosto de 2020 a agosto de 2021), a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital, com pacientes atendidos em uma instituição pública, de atenção terciária, do Distrito Federal (DF). Os pacientes elegíveis foram triados de acordo com sinalização direta da equipe médica e/ou de enfermagem, ou, via busca ativa em sistema de prontuário eletrônico.

A princípio, os pacientes elegíveis seriam divididos, aleatoriamente, entre grupos de intervenção 1 e 2. O fator controlado seria o tempo cronológico para a primeira abordagem psicológica (o Grupo 1 seria abordado em até 72 horas após a amputação e o Grupo 2 seria abordado após este período). Contudo, isso não foi possível, e todos os pacientes foram abordados com menos de 72 horas após a amputação.

Participantes

Entre os meses de agosto de 2020 a agosto de 2021, os 12 pacientes vítimas de amputações traumáticas (Tabela 2) deram entrada no Hospital. Destes, dez eram do sexo masculino. A idade média dos pacientes foi de 35,5 anos (sendo o paciente mais jovem de 16 anos e o mais velho de 60 anos). Os dados sociodemográficos dos pacientes estão em consonância com a literatura internacional (Shankar et al., 2020; Datta et al., 2004; Selvarajah & Davey, 2004; Schmidhammer et al., 2004).

Descrito na Tabela 4, encontram-se os dados sociodemográficos dos pacientes atendidos pelo Hospital, durante o período de coleta de dados, incluindo: sexo, idade, mecanismo de trauma que ocasionou a amputação, se o paciente foi abordado pelo Serviço de Psicologia em até 72 horas após a amputação e se o paciente continuou em acompanhamento

psicológico durante o período de internação hospitalar. Também há dados sobre o encaminhamento às sessões psicológicas, conforme previsto na coleta de dados e, do contrário, qual o critério de exclusão do paciente (se recusa do paciente, se sequela por uso de substâncias psicoativas, ou outra).

Dados sociodemográficos

Dos 12 pacientes, três foram excluídos por apresentarem diagnóstico prévio de transtorno mental e/ou apresentar sequelas cognitivo-comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas (e. g., *crack*, *álcool*). Um paciente foi encaminhado ao Serviço de Psicologia, mas recusou acompanhamento pois desejava obter atendimento em outra rede de serviços de saúde. Um paciente não manteve o acompanhamento, mesmo após tentativas, sem sucesso, de contatos telefônicos. Dois pacientes foram excluídos por possuírem diagnósticos psicológicos/psiquiátricos prévios. Um paciente foi a óbito no período hospitalar, diante da gravidade das lesões que ocasionaram a amputação.

Dos quatro pacientes elegíveis, todos tiveram a primeira intervenção psicológica em até 72 horas após o acidente traumático e todos foram acompanhados à beira do leito, diariamente, durante internação hospitalar e, após a alta, foram convidados a participar do protocolo de acompanhamento psicológico - cinco sessões estruturadas + *follow-up* de seis e 12 meses. No entanto, um destes pacientes abandonou o tratamento após a primeira sessão de acompanhamento psicológico. Deve-se destacar que este paciente oscilou entre retomar o tratamento, ou, não aderir a qualquer tipo de orientação. A pesquisadora se disponibilizou a realizar sessões conforme dias e horários mais cômodos para ele, contudo, sem sucesso. Ademais, tal paciente abandonou, também, o tratamento ortopédico e fisioterapêutico. Este paciente já apresentava histórico de baixa adesão ao tratamento de saúde. Anteriormente à amputação, paciente tinha diagnóstico de hanseníase, sem compreensão do adoecimento e da necessidade de tratamento contínuo.

Desta forma, três pacientes mantiveram o acompanhamento psicológico continuado durante todo o protocolo das cinco sessões. Um destes pacientes concluiu a avaliação de *follow-up* apenas de seis meses e abandonou o estudo.

Dos três pacientes restantes, um era do sexo feminino. Os três tiveram membros superiores amputados. O intervalo médio entre a primeira e a quinta sessão foi de 67,3 dias (58 dias para o menor intervalo e 73 dias para o maior intervalo).

Tabela 2*Pacientes vítimas de amputações traumáticas (agosto de 2020 a agosto de 2021)*

Paciente/ Idade/Sexo	Diagnóstico	Mecanismo de Trauma	Intervenção precoce? (72h)	Manteve abordagem à beira do leito?	Aceitou encaminhamento ao estudo?
P1 18/M	1) queimaduras de 2 e 3 graus em membros; 2) amputação parcial traumática de mão esquerda com posterior amputação em CC pela UTO; 3) múltiplas escoriações em tórax, coxas, joelho D, mão D, pé D, com exposição gordurosa, muscular e óssea (joelho); 4) PO (15/08) desbridamento de feridas + mastectomia parcial bilateral; 5) PO (19/08) desbridamento de feridas; 6) PO (24/08) desbridamento de lesões em corpo + rotação de retalho fásquio cutâneo de joelho direito + rotação de retalho fascio cutâneo de dorso pé direito; 7) PO (26/08) enxertia de pele.	Colisão moto vs. carro com deslizamento pelo asfalto (16/08/2020)	Sim. Paciente ficou sedada e IOT/VM até a data de 24/08/2020. Foi abordada pela 1ª vez em 26/08/2020	Sim, visitas diárias à beira do leito até a alta hospitalar	Sim

Tabela 2

Pacientes vítimas de amputações traumáticas (agosto de 2020 a agosto de 2021) (Cont.)

Paciente/ Idade/Sexo	Diagnóstico	Mecanismo de Trauma	Intervenção precoce? (72h)	Manteve abordagem à beira do leito?	Aceitou encaminhamento ao estudo?
P2 43/M	1) semi-amputação traumática de perna esquerda; 2) fratura exposta de diáfise de tibia e fibula esquerdas.	Atropelamento por automóvel em via rápida (09/10/2020)	Atropelamento por automóvel em via rápida (09/10/2020)	Sim, visitas regulares, que raramente abordavam o acidente traumático como foco	Não. Paciente não se aplica aos critérios de inclusão (déficit cognitivo por uso abusivo de álcool)
P3 16/M	1) Semi-amputação traumática de perna direita - amputação transfemoral baixa devido à falta de cobertura viável abaixo desse nível; 2) Fixação de fratura medial da tibia distal esquerda.	Colisão ônibus vs. cavalo (19/10/2020)	Sim. Paciente ficou sedado e em IOT/VM até a data de 20/10/2020. Foi abordado pela Psicologia em 21/10/2020.	Não manteve acompanhamento regular conforme previsto, pois paciente foi transferido para o Serviço de Traumatologia e Ortopedia do Hospital Regional de Taguatinga	Sim, mas na primeira sessão de acompanhamento psicológico referiu desejo de manter acompanhamento na rede Sarah
P4 34/M	Amputação traumática a nível de antebraço terço distal esquerdo.	Esmagamento em betoneira (10/11/2020)	Sim. Paciente foi abordado pela Psicologia na manhã do dia 11/11/2020 (menos de 12h após entrada hospitalar)	Sim	Sim

Tabela 2

Pacientes vítimas de amputações traumáticas (agosto de 2020 a agosto de 2021) (Cont.)

Paciente/ Idade/Sexo	Diagnóstico	Mecanismo de Trauma	Intervenção precoce? (72h)	Manteve abordagem à beira do leito?	Aceitou encaminhamento ao estudo?
P5 60/M	Amputação traumática de falange distal de 3º, 4º e 5º dedos da mão esquerda.	Esmagamento em correia dentada de motor de caminhão (12/11/2020)	Sim. Paciente foi abordado pela Psicologia na manhã do dia 13/11/2020	Sim, visitas diárias à beira do leito até a alta hospitalar	Não se aplicava. Paciente com histórico de transtorno de ansiedade crônico (> 10 anos), com tratamento psiquiátrico prévio irregular. Deve-se avaliar o perfil pré-mórbido bastante ansioso que influenciava, inclusive, nas relações sociais.
P6 19/M	Amputação traumática de 1º, 2º e 3º QRD esquerdo.	Trauma com serra (16/11/2020)	Sim. Paciente foi abordado pela Psicologia na manhã de 18/11/2020 (< 24h)	Sim, visitas diárias à beira do leito até a alta hospitalar	Sim
P7 32/F	1) Secções rafiadas: MSDir - FPD + FSD (2º + 3º QDT) + n. mediano. MSeq - FSD (5º QDT) + a. ulnar + FPD (3º QDT); 2) Desarticulação de 2º AMTC-F à esq. + regularização de coto de amputação 3) Fx exposta extra articular da diáfise proximal do 1º MTC esq.	Esfaqueada com facão (19/11/2020)	Sim, paciente foi abordada pela Psicologia em 20/11/2020	Sim	A paciente não aceitou o encaminhamento para ambulatório. Contudo, menos de um mês após a alta hospitalar, paciente compareceu ao ambulatório da pesquisadora solicitando acompanhamento. Foi inserida nas sessões estruturadas na data de 04/02/2021; porém paciente não apresentava nível cognitivo suficiente para responder aos instrumentos da pesquisa (sequela de crack). Paciente teve suporte psicológico prestado pela pesquisadora até que fosse assegurada a inclusão da paciente para cuidados psicológicos e psiquiátricos na rede CAPS

Tabela 2

Pacientes vítimas de amputações traumáticas (agosto de 2020 a agosto de 2021) (Cont.)

Paciente/ Idade/Sexo	Diagnóstico	Mecanismo de Trauma	Intervenção precoce? (72h)	Manteve abordagem à beira do leito?	Aceitou encaminhamento ao estudo?
P8 41/M	1) Amputação traumática transfemural E; 2) amputação traumática de mão E; 3) laceração com perda total da estrutura do globo ocular esquerdo e direito.	Acidente por explosivo com dinamite	Acidente na data de 01/12/2020. Paciente foi a óbito em 10/01/2021	Óbito	Óbito
P9 47/M	1) Amputação traumática MSD; 2) TCE conservador; 3) acidose metabólica descompensada.	Acidente moto vs. carro	Sim. Paciente admitido pela equipe de Psicologia da UTI trauma em menos de 24h.	Sim	Na data de 04/02/2021, paciente possuía consulta de retorno para acompanhamento. Paciente falta à sessão. Em contato telefônico, a esposa do paciente informa que ele decidiu abandonar o tratamento, a despeito dos pedidos de familiares para que ele mantivesse o acompanhamento. É válido ressaltar que este paciente apresentava perfil de baixa adesão a tratamentos de longo prazo (paciente tinha hanseníase na época do acidente). Na data de 25/02/2021, a esposa do paciente entra em contato telefônico com a pesquisadora por demanda espontânea. Refere que o paciente deseja retornar o acompanhamento. Na data de 08/04/2021, encerro as possibilidades de acompanhamento do paciente após 5 faltas consecutivas às sessões (o sistema impõe que após 3 faltas não justificadas, o paciente perca continuidade do acompanhamento).

Tabela 2

Pacientes vítimas de amputações traumáticas (agosto de 2020 a agosto de 2021) (Cont.)

Paciente/ Idade/Sexo	Diagnóstico	Mecanismo de Trauma	Intervenção precoce? (72h)	Manteve abordagem à beira do leito?	Aceitou encaminhamento ao estudo?
P10 45/M	1) PO Regularização de amputação traumática de diáfise distal de tíbia direita; 2) fratura exposta de fêmur distal a direita; 3) fratura exposta de cotovelo direito.	Colisão moto vs. carro (28/03/2021)	Sim. Paciente admitido pela equipe de Psicologia no dia 31/03/2021	Sim.	Não se aplica. Paciente com três acidentes de moto (2011, 2017), seqüela de fratura de quadril e maléolo direito (afastado pelo INSS desde 2011). Em março de 2016 paciente acompanhado pela Psiquiatria após “trauma familiar” - ficou sabendo que era filho da irmã mais velha e não de sua mãe. Agressão física e ameaça entre os familiares. Paciente vem com incapacidade de ficar sozinho, agressividade, tentativas de autoextermínio, psicose de perseguição, mudança de humor. Paciente ouve vozes, não consegue entender. Relato de delírio persecutório” (cf. consta evolução médica). Paciente com uso de SPA (<i>cannabis</i> e álcool). Hipótese diagnóstica psiquiatria: transtornos bipolar/personalidade <i>borderline</i> /mental decorrente do álcool

Tabela 2

Pacientes vítimas de amputações traumáticas (agosto de 2020 a agosto de 2021) (Cont.)

Paciente/ Idade/Sexo	Diagnóstico	Mecanismo de Trauma	Intervenção precoce? (72h)	Manteve abordagem à beira do leito?	Aceitou encaminhamento ao estudo?
P11 42/M	PO Regularização de amputação traumática de pé direito.	Colisão moto vs. carro (07/05/2021)	Sim. Paciente foi admitido pela equipe de Psicologia no dia 09/05/2021	Sim	Não se aplica, pois paciente não tem critério para inclusão no estudo. Paciente com histórico de abuso de substâncias psicoativas (álcool e cocaína), com prejuízo social e laboral importante
P12 21/M	Esmagamento de MIE ao nível de tornozelo/pé.	Atropelamento bicicleta vs. carro (21/05/2021)	Não. Na ocasião da admissão do paciente, pesquisadora estava afastada devido ao COVID	Não	Paciente não teve acompanhamento na ocasião de sua internação e após alta hospitalar, pesquisadora não conseguiu contato com paciente (tentado contato telefônico inúmeras vezes)

Nota: Para esclarecimento do uso de algumas siglas aos leitores menos familiarizados com a escrita em prontuário médico. Compreende-se “CC” como “centro cirúrgico”; qualquer referência à uma parte do corpo seguida de “E” ou “D”, diz respeito ao membro esquerdo ou direito em questão abordado; “PO” significa “pós-operatório”; “IOT/VM” quer dizer do procedimento intubação orotraqueal com ventilação mecânica; “QRD” significa “quiroadáctilo”, ou, dedos; “MSD” membro superior direito, ou, braço direito; “TCE”, trauma cranioencefálico; “MIE” membro inferior esquerdo, ou, neste caso (P12), conforme detalhado, esmagamento da perna esquerda a nível do tornozelo.

Instrumentos

Todos os instrumentos selecionados eram autoaplicáveis. Contudo, foi necessário que a pesquisadora lesse, em voz alta, as instruções e as alternativas de respostas dos instrumentos com os pacientes. Também houve necessidade de, em respostas às questões de Escala Likert, utilizar discriminativos visuais para que o paciente conseguisse responder adequadamente às questões. Esta estratégia foi adotada devido à dificuldade de compreensão cognitiva que os pacientes avaliados possuíam - possivelmente relacionada ao baixo nível de instrução escolar formal.

O fato de a aplicação dos instrumentos ter sido conjunta, entre a pesquisadora e paciente, pode ter causado viés de desejabilidade social nas respostas.

Entrevista Semiestruturada e Autorrelato do paciente

O uso de entrevista semiestruturada (Anexo F) teve como objetivo a avaliação do estado mental do paciente, nos momentos de contato com a pesquisadora, assim como a coleta de dados complementares aos instrumentos apresentados nesta seção. O momento da entrevista mostrou-se como uma oportunidade de espaço de troca entre a pesquisadora e o paciente, contribuindo para a manutenção do vínculo terapêutico. As questões propostas serviam apenas um guia inicial, ou seja, caso surgissem, a partir do discurso do paciente, questões que não estivessem previstas, a pesquisadora acolhia a temática e buscava desenvolvê-la com o paciente, de maneira que houvesse maior coleta de dados significativos.

Assim, a estrutura da entrevista serviu como um convite da pesquisadora para que cada paciente fizesse o seu autorrelato sobre as suas percepções acerca dos temas motivadores de cada sessão.

Kohlsdorf e Costa Junior (2009) indicam que, em pesquisa, comumente se associa o uso de instrumentos objetivos (tais como, questionários, inventários e escalas), com o uso de entrevistas e autorrelatos. Corrêa et al. (2018) discutem que a ênfase no autorrelato do

paciente, ou seja, na narração de sua história pessoal, é uma ferramenta importante para a atuação do psicólogo, uma vez que possibilita que o paciente exponha o máximo de detalhes possíveis sobre a sua situação, e possa integrar pensamentos e sentimentos de maneira mais coerente.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Esta escala, desenvolvida por Zigmond e Snaith, em 1983, tem como objetivo identificar possíveis e prováveis sintomas de depressão e ansiedade em pacientes internados em hospitais gerais, não psiquiátricos (Faro, 2015; Marcolino et al., 2007). Apesar do principal objetivo ser mensurar os sintomas de ansiedade e depressão em pacientes internados, seu uso extravasa os limites iniciais, sendo utilizada como escala para pacientes não hospitalizados, assim como pacientes sem doenças conhecidas (Marcolino et al., 2007; Butowicz et al., 2020).

A HADS (Anexo B) é composta por 14 itens, sendo sete para mensuração de ansiedade e sete para depressão. Apresenta ponto de corte no escore de oito pontos para ambas as escalas. Uma pontuação de 15 pontos define uma indicação de casos graves de ansiedade e/ou depressão (Butowicz et al., 2020; Castro et al., 2006; Marcolino et al., 2007).

No presente estudo, o uso desta escala objetivou acompanhar os escores de ansiedade e depressão dos pacientes submetidos a amputações traumáticas ao longo do tempo, com hipótese de que as reações mais intensas seriam esperadas na fase aguda, ou seja, imediatamente após a amputação. Ou seja, de acordo com a hipótese inicial desta pesquisadora, os escores mensurados na HADS deveriam diminuir com o passar do tempo.

A escala HADS também foi reaplicada nos encontros de *follow-up*, com hipótese de que os escores de ansiedade e depressão também poderiam estar associados a uma correlação positiva com comportamentos mais adaptativos de enfrentamento dos fatores estressores do dia a dia dos pacientes amputados.

Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R)

Este é considerado um instrumento de rastreio (não diagnóstico) da sintomatologia do TEPT, de acordo com os critérios do DSM-IV, e pode ser aplicada em qualquer fase de desenvolvimento dos sintomas, agudo ou crônico (Caiuby et al., 2012; Monteiro, 2011). A IES-R (Anexo D) é composta por 22 itens, divididos em três subescalas, onde as duas primeiras subescalas se referem à intrusão e evitação e são, cada uma, compostas por oito itens. São estas subescalas: evitação (itens 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17 e 22) e intrusão (itens 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16 e 20). Já a escala hiperestimulação é composta por seis itens (4, 10, 15, 18, 19 e 21) (McGabe, 2019).

O escore para cada subescala é igual à média dos itens que compõem as subescalas, sendo desconsideradas as questões não respondidas. O escore total é a soma das subescalas. Contudo, os autores discutem que, usualmente, o escore é obtido com a simples soma dos itens, desconsiderando o cálculo da média dos itens. Estudos indicam, ainda, que quanto maior a pontuação total neste Instrumento, maior a probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia de estresse pós-traumático (Caiuby et al., 2012). Pode-se concluir, assim, que maiores pontuações nesta avaliação indicariam maior fragilidade dos pacientes.

Brief Cope Scale

Trata-se de um instrumento composto por 28 itens agrupados em 14 escalas (dois itens em cada escala, com escores que variam de um mínimo de dois e o máximo de oito pontos), entre elas: *coping* ativo, uso de suporte social emocional, aceitação, negação e uso de substâncias como álcool e drogas (Anexo A), com respostas do tipo Likert (Brasileiro, 2012; Carver, 1997; Maroco et al., 2014). Trata-se de uma derivação compacta do *COPE Inventory* e visa avaliar a maneira como as pessoas respondem a eventos estressores (Brasileiro, 2012; García et al., 2018).

Este inventário pode ser utilizado no âmbito de cuidados com a saúde para mensurar como os pacientes estão reagindo emocionalmente a algum evento estressor ou conjunto de eventos estressores (Caver, 1997).

O questionário solicita que a pessoa responda como lida com situações desafiadoras, como, por exemplo: diagnóstico de uma doença, cirurgia, provas avaliativas, entre outros (Brasileiro, 2012). O resultado obtido pode auxiliar a formular hipóteses sobre as estratégias de enfrentamento adotadas pelo indivíduo, se estão sendo adaptativas, ou não, em resposta aos eventos adversos (Carver, 1997).

Também é possível que o escore seja avaliado separadamente, em três estilos de enfrentamento (*coping*): (a) focado no problema; (b) focado na emoção; e (c) enfrentamento (*coping*) de fuga/esquiva, com as seguintes definições (Carver, 1997):

(a) Enfrentamento focado no problema: se caracteriza pela escolha de comportamentos de enfrentamento ativo, busca por informações adicionais sobre o evento estressor, planejamento e reavaliação do evento estressor. Um alto escore neste estilo de enfrentamento implica no uso de estratégias de enfrentamento focadas na alteração do evento estressor. Para este estilo de enfrentamento são considerados os itens 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23 e 25 da Escala (Carver, 1997);

(b) Enfrentamento focado na emoção: aponta para a escolha de comportamentos de desabafar, buscar suporte emocional, uso de remodelação de humor, comportamentos de aceitação e/ou autculpabilização, e uso de estratégias de espiritualidade/religiosidade. O alto escore neste estilo de enfrentamento indica a tentativa de regulação emocional associada ao evento estressor. Obter um escore alto ou baixo neste estilo de enfrentamento não indica, por si só, saúde/doença mental, mas, auxilia o pesquisador a formular o estilo de enfrentamento do paciente. Para este estilo de enfrentamento são considerados os itens 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27 e 28 (Carver, 1997);

(c) Enfrentamento de evitação (fuga/esquiva): caracteriza-se por comportamentos de autodistração, negação e esforço cognitivo para evitar o evento estressor. Pontuações mais altas neste estilo de enfrentamento, geralmente, significam enfrentamento desadaptativo. Os itens considerados para somatória deste enfrentamento são: 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16 e 19 (Carver, 1997).

Além desta divisão, é possível avaliar a *Brief Cope Scale* a partir de 14 subescalas, divididas da seguinte forma: autodistração/evitação (itens 1 e 19); *coping* ativo/aproximação (itens 2 e 7); negação (itens 3 e 8); uso de substâncias (itens 4 e 11); suporte emocional (itens 5 e 15); busca por informações adicionais (itens 10 e 23); desengajamento emocional (itens 6 e 16); desabafar (itens 9 e 21); reestruturação cognitiva positiva (itens 12 e 17); planejamento (itens 14 e 25); humor (itens 18 e 28); aceitação (itens 20 e 24); religião/religiosidade (itens 22 e 27); e autoculpabilização (itens 13 e 26).

Índice de Barthel

O Índice de Barthel (Anexo E) é uma escala que avalia as AVDs, propondo-se a medir a independência funcional no autocuidado, mobilidade e locomoção (Minosso et al., 2010; Santana et al., 2014). A escala está dividida em dez atividades do dia a dia, como vestir-se, tomar banho e alimentar-se. O paciente deve responder de acordo com a sua capacidade atual para realizar cada atividade.

Ao final da aplicação da escala, obtém-se uma pontuação global que varia de zero a 100, onde quanto maior a pontuação, maior é o nível de independência. Pacientes com escores menores que 60 são considerados pacientes dependentes. Aqueles que possuem pontuação entre 60 e 80 pontos são considerados pacientes “moderadamente” dependentes; e, escores maiores de 80, indicam pacientes independentes (Santana et al., 2014; Minosso et al., 2010).

Este instrumento é habitualmente utilizado no contexto geriátrico (Minosso et al., 2010). Contudo, Santana et al. (2014) já o utilizaram em pacientes amputados de membros inferiores acompanhados em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do estado da Paraíba (PB).

Para uso e análise deste Instrumento, “independente” significa o paciente que não necessita de auxílio em nenhum momento do desenvolvimento da tarefa (Santana et al., 2014). Por exemplo, em um paciente com amputação de membro superior, não se pode considerá-lo “independente”, caso ele necessite de ajuda de alguém para cortar alimentos mais rígidos, tais como pedaços de carne.

Santana et al. (2014) indicam que pacientes mais jovens tiveram menores escores e, desta forma, a idade pode ser considerada um dos fatores para a formulação de uma hipótese de melhor funcionalidade. Outro fator que foi associado à maior dependência foi o “maior nível da amputação”, como amputações com níveis mais altos (e. g., desarticulações de quadril *versus* amputações de pedaços dos pés).

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Bedin e Sarriera (2014) destacam que o uso de escalas para mensuração do bem-estar e satisfação não deveriam se focar apenas em aspectos psicopatológicos. Desta forma, propõem o uso de instrumentos que considerem as potencialidades dos indivíduos avaliados e uma avaliação global do contexto no qual estão inseridos.

A literatura destaca que a percepção de bem-estar leva em consideração aspectos afetivos, qualidades das relações com os outros, percepção de autoeficácia, prazer e entusiasmo que cada pessoa faz acerca do seu modo de viver (Bedin & Sarriera, 2014; Reppold et al., 2019). Em resumo, a satisfação com a vida é fator de julgamento individual.

Assim, a SWLS (Anexo C) se baseia na percepção de bem-estar subjetivo, propondo-se a avaliar, de maneira global, e não por domínios específicos, de que forma uma pessoa se autoavalia como satisfeita com a sua própria vida, incluindo os seus interesses e valores

(Bedin & Sarriera, 2014; Gonçalves & Kapczinski, 2008; Gouveira et al., 2008; Silva, W. R., et al., 2018).

Esta escala é o principal instrumento para avaliação da satisfação com a vida em nível internacional (Reppold et al., 2019). A Escala é composta por cinco questões, com respostas do tipo Likert, onde as respostas podem variar de “não, de nenhuma forma (0)” a “sim, completamente (10)”. A soma dos escores da SWLS pode variar de cinco a 35 pontos. Quanto maior o escore total, maior é a percepção de satisfação com a vida. Considera-se o escore 20 o ponto neutro da Escala (Gonçalves & Kapczinski, 2008).

Conforme referido na seção “Introdução”, ainda se discute a validade comparativa de dados obtidos por uma multiplicidade de instrumentos que avaliam a QVRS, especialmente no que se refere ao fato de que cada instrumento prioriza um dos aspectos relativos à percepção de satisfação com a vida que o paciente faz, tais como: funcionamento mental e físico, satisfação com aspectos da vida, estilo de vida, riqueza, percepção de suporte social, percepções de limitação que o adoecimento acarreta, entre outros (Silva et al., 2022; Divas & Silva, 2022; Sangirolamo et al., 2021).

Desta forma, uma vez exposta à diversidade de instrumentos que mensuram a QVRS, e na aparente ausência de um instrumento considerado “padrão-ouro” (Seidl & Zannon, 2004), optou-se por utilizar a SWLS por ser uma escala de fácil compreensão e aplicação, e por considerar as dimensões de satisfação com a vida relacionadas às condições e padrões de vida estabelecidos pelo paciente, ou seja, não generalizável (Gonçalves & Kapczinski, 2008; Silva, W. R., et al., 2018, 2022).

Tabela 3*Síntese dos Instrumentos utilizados no Estudo*

Instrumentos	Objetivo(s)
Entrevista Semiestruturada/Autorrelato	Avaliar o estado mental do paciente, fortalecer e manter o vínculo terapêutico, favorecer a narrativa da história pessoal de cada paciente (integrar pensamento e sentimento). Composta por 20 questões com respostas de “sim”, “não” e “explique”.
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	Identificar sintomas de depressão e ansiedade. Escala composta por sete itens que mensuram depressão e sete itens que mensuram ansiedade. O somatório das duas subescalas igual, ou maior, a 15 pontos, indica presença de sintomas depressivos e ansiosos graves.
Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R)	Instrumento de rastreio (não diagnóstico) de sintomatologia do TEPT, em fase aguda ou crônica. Escala composta por 22 itens divididos em três subescalas (evitação, intrusão e hiperestimulação). O escore total é o somatório das subescalas. Quanto maior o escore total, maior a probabilidade de sintomas de TEPT.
<i>Brief Cope Scale</i>	Estratégias de enfrentamento. Escala composta por 28 itens que mensuram o uso de estratégias de enfrentamento frente aos eventos estressores.
Índice de Barthel	Nível de independência funcional na execução de AVD. Índice varia de zero a 100. Quanto maior o escore, maior a independência funcional do paciente. Consideram-se dependentes pacientes com escores superiores a 60 pontos.
Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	Avaliação global de satisfação com a vida. Os escores podem variar de cinco a 35 pontos. Quanto maior o escore, maior a percepção de satisfação com a vida.

Participantes

Os três pacientes, participantes deste estudo, foram submetidos à intervenção psicológica precoce sistematizada, sendo abordados por uma psicóloga treinada, no prazo máximo de 72 horas após a cirurgia de amputação. A primeira abordagem pretendia apresentar e aproximar a pesquisadora do paciente, estabelecendo vínculo terapêutico. Neste primeiro momento, a pesquisadora se dirigia ao leito do paciente, apresentava-se como

psicóloga de referência daquele Serviço e realizava a admissão, conforme a Ficha Semiestruturada pelo Serviço de Psicologia (Anexo F).

Foram objetivos do primeiro encontro com os pacientes: (a) compreender a autoavaliação do paciente acerca de sua situação atual, bem como avaliar o seu nível de compreensão do diagnóstico e de seu quadro atual de saúde; (b) avaliar o nível de consciência do paciente, a fim de determinar se seria elegível, ou não, para acompanhamento do protocolo descrito neste estudo; e (c) avaliar a existência/disponibilidade de rede de apoio do paciente, triando se haveria algum familiar e/ou amigo(a) a ser acionado(a) pela equipe de saúde.

O critério “a” (compreender a avaliação que o paciente fazia sobre a sua situação e avaliar a compreensão de seu quadro atual de saúde) pretendeu conhecer o conteúdo que o paciente era capaz de referir sobre sua situação de saúde. Estas informações eram acessíveis em diálogos introdutórios entre a pesquisadora e o paciente. Por exemplo, uma fala - da pesquisadora - que poderia motivar a resposta do paciente:

Bom dia, senhor José [nome fictício]. Como o senhor passou a noite? O médico, ou algum outro profissional já veio ver o senhor? O senhor consegue me dizer, com o máximo de detalhes possíveis, qual o seu estado de saúde hoje? Ainda sobre o seu estado de saúde, há alguma informação que lhe foi passada e que o senhor não entendeu ou ficou com dúvida? É possível que eu consiga ajudá-lo a entender as informações que o senhor ainda apresente dúvidas?

Nesta abordagem, a pesquisadora verificava se havia falhas na compreensão do paciente e se colocava à disposição para esclarecer possíveis dúvidas pertinentes.

É válido ressaltar que o nível de consciência do paciente (critério “b”) foi avaliado a partir de registros médicos disponíveis em prontuário. Assim, os pacientes que possuíam

alterações em nível de consciência, conforme avaliado pela equipe médica (e. g., sequelas de traumatismos cranioencefálicos) foram indeferidos à participação no estudo.

Os critérios que a pesquisadora também avaliou em relação ao nível de consciência dos pacientes diziam respeito à orientação espaço-temporal, conforme entrevista semiestruturada, e presença/ausência de desorganização no pensamento. Algumas perguntas que poderiam servir como norteadoras para a avaliação de desorganização de pensamento são aquelas propostas pelo *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)*, por exemplo: “Um quilo pesa mais que dois?”; “Pode-se usar um martelo para cortar madeira?”; “Uma pedra flutua na água?”. O nível de consciência foi avaliado como: alerta, completamente ciente do ambiente, interagindo de maneira adequada; vigilante, hiperalerta; letárgico, sonolento, mas facilmente despertável; ou, torporoso, completamente alheio, mesmo quando estimulado (Salluh et al., n. d.).

A avaliação da rede de apoio (critério “c”) foi feita, também, por questões diretas ao paciente. Por exemplo: “Quando o senhor está em situações difíceis, como dizem, ‘quando o calo aperta’, quem o senhor chama?”; “Quem, geralmente, ajuda o senhor a resolver os problemas que aparecem?”; “O senhor conta mais com sua família ou tem algum amigo (antigo, por exemplo) que ajuda o senhor quando precisa?”

Avaliar a presença da rede de apoio se justifica, pois é notório que a presença de rede de apoio ativa está negativamente associada a níveis de depressão, ansiedade e dor (Gabarra, 2010). Além disso, compreender de que maneira um “emaranhado” de pessoas (rede de apoio) vai lidar com o paciente, agora amputado, parece essencial. É a rede de apoio que oferece “[...] companhia social, apoio social, apoio emocional [...] conselhos, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos” (Gabarra, 2010, p. 27).

Ainda sobre a primeira abordagem da pesquisadora ao paciente, considera-se que um vínculo terapêutico é um requisito para a construção de uma relação de confiança que vai ser

estabelecida a partir da escolha de palavras, do tom de voz e expressões faciais e corporais da profissional. Com o estabelecimento deste vínculo, os pacientes tendem a se sentir mais valorizados e compreendidos (Beck, 2007; Côrrea et al., 2018).

Também é válido ressaltar que este primeiro encontro com o paciente (que engloba os critérios “a”, “b” e “c”) deveria ocorrer em um momento em que a pesquisadora tivesse tempo para escutar o paciente, sem apressar as suas respostas. É relevante que a pesquisadora fizesse o primeiro contato ciente de que o paciente poderia demonstrar reações emocionais intensas (e. g., o paciente poderia chorar, se perguntar “por que eu (?)”, ou, ainda, poderia culpar Deus) e, uma vez que a pesquisadora compreendesse e respeitasse o momento do paciente, haveria maior probabilidade do estabelecimento de um vínculo.

Ao longo da internação hospitalar, a pesquisadora fez visitas à beira do leito diariamente. As visitas tinham como objetivo avaliar a evolução do quadro de saúde do paciente e possíveis alterações psicológicas associadas (e. g., manifestações de tristeza, ansiedade, inquietação, baixa adesão ao tratamento). As alterações de humor (e. g., se o paciente estivesse triste ou ansioso) eram avaliadas pelo comportamento verbal e expressões faciais do paciente. O paciente poderia, em seu autorrelato, comentar que se sentia triste desde o acidente, que desde que chegou ao hospital só vê “o lado ruim” das coisas. No caso da tristeza, seria possível avaliar a referência à perda do apetite e baixa volição. No caso da ansiedade, poderia verificar o paciente querelante, elaborando muitas perguntas sobre como seriam as próximas etapas do tratamento.

Também foi avaliada a compreensão e a elaboração que o paciente fazia do seu quadro de saúde, conforme evolução diária do caso. Assim, como no exemplo do senhor José, nesta etapa da visita à beira do leito, a pesquisadora perguntava:

Boa tarde, dona Maria! Como a senhora se sentiu desde ontem, a última vez que nos vimos? O médico, ou algum profissional, veio até o seu leito lhe dar informações

sobre o seu quadro de saúde? A senhora tem dúvidas sobre algum procedimento (exame, medicação, curativo, fisioterapia) que a senhora fez hoje?

Além disto, avaliou-se a adesão que o paciente expressava aos cuidados sugeridos pela equipe (recusa e/ou pedidos excessivos de medicação, recusa ao tratamento de curativos, ou dificuldades de comunicação com equipe de saúde, como a comunicação não eficaz). As visitas à beira do leito seguiram a Ficha Semiestruturada pelo Serviço de Traumatologia e Ortopedia (Anexo F).

Foram objetivos das visitas ao leito, ainda, obter informações do paciente sobre as principais temáticas: (a) pensamentos; (b) humor; (c) comportamentos; (d) reações físicas (Baú & Tobias, 2017; Beck, 2007). Estas informações foram coletadas, majoritariamente, pelo autorrelato do paciente. Contudo, a pesquisadora contou, ainda, com o relato da equipe assistente e com os registros em prontuário. Isto equivale a dizer que, além dos próprios pacientes serem questionados sobre o que pensavam, como percebiam o seu humor (e as suas possíveis alterações), os seus comportamentos e reações físicas, a equipe assistente (composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) também era indagada sobre a percepção que fazia acerca destas temáticas.

Por exemplo: foi possível que um dos pacientes analisados, “P1”, tivesse as temáticas de (a) pensamentos, (b) humor, (c) comportamentos e (d) reações físicas exploradas através da sua ficha estruturada (Anexo F). De maneira complementar, os profissionais que prestavam assistência direta a P1 também foram ouvidos, a fim de conferir se as percepções do paciente eram compatíveis com seus relatos.

Desta forma, a avaliação foi contínua na fase aguda (POI). Posteriormente, o paciente foi convidado a participar de um conjunto de cinco sessões sistemáticas de intervenção psicológica com objetivos de abordar as temáticas de: (a) *coping* e desenvolvimento de

estratégias funcionais de enfrentamento; (b) reabilitação funcional de atividades sociais, laborais e cotidianas; (c) satisfação com a vida; e, (d) percepção da imagem corporal.

Conhecer a avaliação e compreensão que o paciente fazia de sua situação de saúde foi de encontro com o pressuposto de entender que a forma como o paciente percebe/avalia o seu contexto de saúde, influencia como se sentirá e, conseqüentemente, a maneira como agirá (Baú & Tobias, 2017).

Após a alta hospitalar, as sessões psicológicas sistematizadas aconteceram com intervalo médio de 15 dias entre elas. O maior período entre sessões foi de 39 dias, e o menor período entre as sessões foi de nove dias, com média de 22 dias.

Esta variação entre os dias das sessões se deu diante de questões próprias dos pacientes, como, por exemplo, não podiam ir ao Hospital na data agendada e/ou por questões do próprio ambulatório do Serviço de Psicologia, como falta de salas para o atendimento ou superlotação de agenda da profissional, havendo a necessidade de realizar triagem de pacientes de primeira consulta de outras especialidades.

A suspensão das atividades ambulatoriais, por protocolo sanitário do Hospital, para contenção da pandemia do SARS-COV-19, também gerou adiamentos em sessões previamente planejadas. A primeira sessão ocorreu em até 30 dias após a alta hospitalar.

Todas as sessões foram realizadas em ambiente apropriado, garantindo sigilo e confidencialidade. Durante as sessões, que tiveram duração média de 60 minutos, estiveram presentes no consultório apenas o paciente e a pesquisadora. Estas sessões ocorreram nas dependências do ambulatório do Serviço de Psicologia.

As sessões foram estruturadas de acordo com o preconizado pela TCC, priorizando-se o uso dos seguintes conceitos:

(1) Crenças irracionais: ou crenças disfuncionais, são o centro de todos os transtornos psicopatológicos e questões de desajustamento (descritas na seção “Resultados”). Os

pacientes que apresentam crenças irracionais tendem a exigir desempenho perfeito nas tarefas que são impostas a eles, lidando com alto grau de frustração quando não conseguem desempenhar as atividades conforme planejaram (D'El Rey & Pacini, 2006);

(2) Vulnerabilidade cognitiva: os pacientes que possuem maiores suscetibilidades à elaboração de processos cognitivos tendem a apresentar falhas no processamento cognitivo, o que leva à distorção de suas experiências pessoais. Tendem a manter pensamentos negativos acerca de si e de seu futuro;

(3) Reestruturação Cognitiva: é a modificação de crenças disfuncionais por crenças mais adaptativas. Pode ser utilizada para substituir pensamentos e comportamentos desadaptativos, ou pouco saudáveis, por outros mais eficientes (D'El Rey & Pacini, 2006);

(4) Monitoramento de humor: em conjunto com a psicoeducação, permite que o paciente tenha mais domínio sobre os seus pensamentos e como estes influenciam a alteração de humor, facilitando o autocuidado e melhor manejo de situações de crise e de sentimento de culpa, aumentando a percepção de satisfação com a vida (Beck, 2007; Oliveira & Almeida, 2019);

(5) Resolução de problemas: é o incentivo a que cada paciente criasse uma “lista de problemas” e, de maneira ativa, propusesse soluções possíveis e ativas para a resolução desses problemas (Beck, 2007).

Entende-se que a estruturação de cada uma das sessões, possibilitou tornar o processo de acompanhamento psicológico compreensível ao paciente, mantendo-se um padrão sistemático de avaliação (Beck, 2007).

As sessões mantiveram os elementos básicos de uma sessão de psicoterapia comportamental-cognitiva: (a) manutenção do vínculo saudável entre pesquisadora e paciente, com demonstrações de empatia e compreensão por parte da pesquisadora; (b) atualização e checagem do humor do paciente, por meio de autorrelatos e referência à sessão

anterior; (c) estabelecimento de agenda (tema norteador de cada sessão), com explicação compreensível do objetivo da sessão daquele dia, de maneira que a participação do paciente fosse ativa e produtiva; e, (d) definição de tarefas de casa, fazendo com que o paciente pensasse sobre a situação-problema que poderia abordar na sessão seguinte (Beck, 2007).

As sessões de intervenção ocorreram com a seguinte sistemática:

Primeira sessão de acompanhamento psicológico. Nesta sessão, novamente, houve a apresentação da pesquisadora, com a rememoração dos objetivos da pesquisa, convite à participação voluntária e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisadora lembrou ao paciente, de maneira verbal:

Conforme conversamos anteriormente, você foi convidado para participar de uma pesquisa que tem como objetivos avaliar a evolução dos pacientes após as amputações traumáticas no decorrer do primeiro ano do acidente. Sua participação é voluntária e você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, e isto não interferirá no serviço de saúde ofertado.

Os pacientes foram convidados a responder aos instrumentos da pesquisa (Índice de Barthel, HADS, Escala de Impacto do Evento - Revisada [IES-R], *Brief Cope Scale* e SWLS). Com isto, pretendeu-se avaliar os principais constructos psicológicos do paciente mensurados pelos Instrumentos antes das intervenções programadas.

O objetivo da primeira sessão foi avaliar, em detalhes, a principal estratégia de enfrentamento adotada pelo paciente previamente ao acidente. Ou seja, a pesquisadora quis compreender, em detalhes, de que maneira o paciente reagia/resolvia situações adversas em sua vida antes do acidente que ocasionou a amputação. A atividade que conduziu a sessão foi elencar, pelo menos, duas situações que o próprio paciente considerasse adversas, e o relato, à pesquisadora, de que maneira estas situações se resolveram.

Neste momento, foi dada ênfase à presença - ou não - de sintomas ansiosos e/ou depressivos (Anexo B), para, então, tentar triar quais pacientes potencialmente necessitariam de auxílio psicológico intensivo durante o período de internação e após a alta.

Em um segundo momento, a pesquisadora realizou intervenção de psicoeducação, a fim de orientar e treinar o paciente quanto às estratégias de *coping* ativas, funcionais e focadas no problema. Além disto, a psicoeducação objetivou, também, ressignificar emoções que pudessem estar atuando de maneira disfuncional naquele momento, instruindo o paciente quanto aos seus sintomas, formas de enfrentamento e o objetivo do tratamento (Cardoso et al., 2020; Beck, 2007). As intervenções adotadas pela pesquisadora foram individualizadas a partir das demandas de cada paciente. Por exemplo: o paciente apresenta crenças disfuncionais sobre sua responsabilização no acidente que ocasionou a amputação. Tal crença foi submetida ao teste de evidências, momento em que a pesquisadora propôs que o paciente fizesse análise de quais evidências ele possuía sobre sua responsabilização - ou não - no acidente. A única informação que foi compartilhada com todos os pacientes foi o objetivo do acompanhamento psicológico.

Ao final da sessão, estabeleceu-se um plano de atividades (tarefa de casa) com o paciente para a previsibilidade de atividades a serem enfrentadas, e estratégias a serem adotadas. A tarefa de casa era estabelecida de maneira colaborativa com o paciente, na tentativa de assegurar que o paciente obtivesse sucesso na realização da tarefa proposta, tal como orientado por Beck (2007).

Entre a lista de tarefas estavam atividades como: (a) monitoramento de atividades, relatar quais os eventos que desencadeavam reações negativas e positivas; (b) adaptação de atividades limitantes naquele momento, por exemplo, melhorar a adesão ao tratamento fisioterapêutico; (c) buscar seus direitos com aos profissionais do Serviço Social do Hospital, para saber se haveria direito ao benefício de Danos Pessoais por Veículos Automotores

Terrestres (DPVAT) e outros concedidos pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Esta tarefa foi instituída em razão de os pacientes apresentarem altos níveis de descrença no tratamento de saúde e níveis altos de ansiedade e depressão, a partir da escala HADS (Anexo B), bem como baixos escores de satisfação com a vida, com base na escala SWLS.

As tarefas de busca por orientações acerca de direitos civis também tiveram como objetivo garantir que os pacientes vislumbrassem conteúdos potencialmente “positivos” da situação atual de pessoas amputadas, de modo que, apesar dos danos adquiridos, pudessem ter percepção de suporte por parte do Estado para manter, minimamente, os benefícios adquiridos ao longo de suas vidas. Além disso, poderiam adquirir novos comportamentos a serem mantidos por contingências futuras de reforçamento (benefícios sociais, auxílios do Estado, entre outros).

Segunda sessão de acompanhamento psicológico. Reapresentação da pesquisadora, rememoração dos objetivos da pesquisa, bem como os termos apresentados no TCLE. Neste momento, foi reforçado ao paciente o caráter voluntário da sua participação na pesquisa, além de ser o momento de fortalecimento do vínculo terapêutico. O objetivo desta sessão foi comparar a funcionalidade prévia do paciente, anterior à amputação, com o momento presente.

Foi apresentada, novamente, a lista de atividades estabelecidas pelo Índice de Barthel (Anexo E) para que o paciente selecionasse quais ele era capaz de realizar e se já havia, anteriormente, alguma limitação funcional. Depois, imediatamente o paciente era solicitado a hierarquizar quais as atividades que ele percebia alguma limitação. Neste momento, poderia indicar limitações funcionais que seriam solucionadas por treino simples, que implicavam em pequenas alterações da rotina do paciente. Esta etapa foi personalizada para cada paciente, uma vez que cada um apresentava limitações diversas, necessitando de treinos específicos para cada caso.

Por exemplo, um paciente indicou que a principal limitação percebida naquele momento era conseguir amarrar o cadarço dos sapatos. A equipe de Terapia Ocupacional foi acionada e, em conjunto com a Psicologia, ensinou formas alternativas para realização da tarefa. Assim, foi realizado o treino funcional para que o paciente desenvolvesse maneiras alternativas de fazê-lo. Outra paciente relatou, como principal limitação, o receio de deambular com muletas, apesar de já ter sido liberada pelo médico assistente, sem necessidade de cadeira de rodas. Esta paciente recebeu orientações da equipe de Fisioterapia sobre os primeiros treinos para adaptar-se ao uso das muletas, visando facilitar a sua locomoção. Em ambos os casos, as equipes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional atuaram em conjunto com a Psicologia, assessorando a pesquisadora e respeitando os limites da atuação profissional de cada área.

Terceira sessão de acompanhamento psicológico. Reapresentação da pesquisadora, rememoração dos objetivos da pesquisa, bem como os termos apresentados no TCLE. Neste momento, foi reforçado, novamente, ao paciente, o caráter voluntário da sua participação na pesquisa, além de ser o momento de fortalecimento do vínculo terapêutico. O objetivo desta sessão foi compreender a percepção de satisfação com a vida do paciente. Foi avaliado se as atividades estabelecidas na segunda sessão foram realizadas (e. g., pequenos ajustes ambientais e os treinos sugeridos).

A avaliação das atividades propostas na segunda sessão havia sido feita pelo autorrelato de cada paciente, bem como pela observação direta da pesquisadora. No exemplo referido anteriormente (segunda sessão), acerca da paciente que relatava o receio de usar muletas, apesar de já ter recebido liberação médica, a avaliação de que se o treino realizado havia atingido o seu objetivo foi feito pela observação direta da paciente na terceira sessão, deambulando com o auxílio de muletas, tendo abandonado a cadeira de rodas.

Nesta sessão, também foi abordado o resultado do Instrumento SWLS (respondido pelo paciente na primeira sessão). O SWLS (Anexo C), fornece afirmações para o autojulgamento como, por exemplo: “na maioria dos aspectos minha vida é próxima do meu ideal” e “dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida”. Com cada paciente, as respostas foram avaliadas e discutidas.

A intenção desta intervenção foi realizar uma reestruturação cognitiva, abordar questões relativas às crenças disfuncionais e reforçar respostas comportamentais mais adaptativas à situação e ao tratamento de saúde de cada paciente. Como cada paciente apresentou crenças disfuncionais específicas a cada contexto de vida, tabelas com listas de crenças disfuncionais e comportamentos desejados (que foram reforçados positivamente pela pesquisadora) são apresentados na seção “Resultados”.

Quarta sessão de acompanhamento psicológico. Ocorreu a rerepresentação da pesquisadora, rememoração dos objetivos da pesquisa, bem como os termos apresentados no TCLE. Neste momento, foi reforçado ao paciente o caráter voluntário quanto à sua participação na pesquisa. A temática abordada nesta sessão foi a imagem corporal e percepção de alterações corporais após a amputação. Por meio de entrevista semiestruturada (Anexo F), a pesquisadora pretendeu compreender de que maneira a amputação influenciou a alteração da imagem corporal do paciente, bem como se existia relação entre percepção de alteração de imagem corporal com sintomas psicológicos de ansiedade ou depressão.

As perguntas que guiaram esta sessão foram baseadas na observação dos comportamentos de cada paciente. Inclusive, um dos pacientes, com amputação parcial da mão, comparecia sempre às sessões com a mão enfaixada ou usando luvas.

Outra paciente, uma mulher jovem que teve ambas as mamas e a mão esquerda amputadas, verbalizou que “Me sinto agoniada de olhar no espelho, quando eu visto alguma roupa, parece que falta algo aqui [e aponta para as mamas]”.

As alterações corporais exemplificam o quanto os fatores socioculturais - como a percepção do corpo do outro - podem influenciar a percepção de alteração do próprio corpo amputado. A exemplificar: a paciente que “sentia falta” das mamas, o fazia a partir da noção de que todas as mulheres possuem mamas, sendo esta uma característica tipicamente feminina. Assim como o paciente com amputação parcial da mão “escondia” a alteração corporal com uso de luvas, supondo que todos os seres humanos possuem mãos.

Nos casos referidos, a intervenção psicológica tinha como principal intuito a ressignificação do que a alteração corporal implicava, fazendo com que os pacientes compreendessem que não era a ausência de um segmento corporal que tornaria os seus corpos incapazes. Mas, ao contrário, era, justamente, a partir da ausência destes segmentos, que se poderia preparar um plano de reabilitação psicológica onde as alterações corporais pudessem servir como ponto de partida para a adaptação que cada paciente, individualmente.

Quinta sessão de acompanhamento psicológico. Houve a reapresentação da pesquisadora, rememoração dos objetivos da pesquisa, bem como os termos apresentados no TCLE. Neste momento, foi reforçado ao paciente o caráter voluntário quanto à participação na pesquisa. Nessa sessão, o paciente foi convidado a falar sobre a presença de suporte social.

Objetivou-se analisar se o paciente recebia suporte social efetivo, bem como qual a sua compreensão sobre o suporte social oferecido. É de conhecimento que uma rede de apoio estruturada facilita a adesão ao tratamento, inclusive auxiliando em deslocamentos até às consultas, busca de remédios e incentivo na adesão ao tratamento, e a reinserção social (Silva, R. T. S., et al., 2018; Kratz et al., 2010).

Os dados coletados nesta sessão também foram comparados com os dados coletados durante o período em que o paciente esteve internado, onde uma das perguntas da entrevista semiestruturada era a presença, ou não, de suporte social.

A intenção foi avaliar se a rede de suporte social indicada no início do acompanhamento psicológico se manteve com o passar do tempo, ou se houve alguma mudança, como por exemplo, se mais pessoas da família se mobilizaram para auxiliar o tratamento do paciente, ou, ao contrário, se as pessoas que antes se configuravam como rede de apoio se afastaram do paciente.

Os dados referentes à presença, bem como à qualidade do suporte social, foram coletados, prioritariamente, pelo autorrelato do paciente. O paciente foi diretamente indagado quanto ao nível de suporte social recebido, e sobre quem eram as pessoas que ofereceriam este tipo de cuidado. A pesquisadora teve o zelo de diferenciar o suporte emocional de suporte operacional, a fim de que o paciente pudesse compreender que alguns agentes - geralmente, familiares - poderiam atuar como suporte operacional, a despeito de não fornecerem suporte emocional. E também foram consideradas as presenças dos integrantes da rede de suporte social nas sessões.

Nesta última sessão, os pacientes foram convidados a responder, novamente, aos instrumentos da pesquisa (Índice Barthel, HADS, IES-R, *Brief Cope Scale* e SWLS), pretendendo-se avaliar se as intervenções psicológicas propostas tiveram efeitos a curto espaço de tempo. Os escores obtidos nesta avaliação foram comparados com os escores obtidos na primeira avaliação.

Acompanhamento após as cinco sessões de acompanhamento psicológico. Os pacientes que cumpriram o protocolo das cinco sessões foram reavaliados aos seis e 12 meses após a amputação. Passado este período, nos dois encontros de *follow-up*, foram retomados os temas abordados durante as cinco sessões estruturadas de acompanhamento (sintomas de ansiedade e depressão, percepção de autoimagem, rede de apoio, estratégias de enfrentamento e funcionalidade).

Em ambos os encontros (com seis e 12 meses após a amputação), os instrumentos utilizados (Índice de Barthel, HADS, IES-R, *Brief Cope Scale* e SWLS) foram reaplicados, com o objetivo de comparar a evolução de cada paciente ao longo do primeiro ano após a amputação, com o seu padrão inicialmente avaliado. O intuito de reaplicar os instrumentos, com intervalos de seis e 12 meses, foi comparar se houve alteração entre os principais constructos em médio e longo prazo. As reavaliações ocorreram em ambiente ambulatorial, com dia e horário previamente agendados, conforme disponibilidade dos pacientes.

Abordagem estatística

Para que os objetivos específicos fossem atingidos, foi realizada, inicialmente, uma análise exploratória dos dados para conhecimento das variáveis.

Diante da amostra reduzida, realizou-se a análise estatística descritiva, com obtenção das distribuições das medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (Desvio-Padrão [DP]). Foram considerados os seguintes fatores: idade, tempo de internação hospitalar, tempo entre alta hospitalar e a primeira sessão do protocolo, e tempo entre as cinco sessões do protocolo.

Também foram realizadas análises estatísticas descritivas dos dados obtidos com a aplicação dos Instrumentos, a fim de mensurar se houve alteração, ao longo do tempo, nas variáveis medidas.

No presente estudo, na seção “Resultados”, optou-se pela descrição dos resultados para cada participante, sendo o método principal utilizado o qualitativo, “[...] coletado a partir de eventos reais, com objetivo de explicar, explorar ou descrever fenômenos atuais inseridos em seu próprio contexto” (Branski et al., 2010, s/p).

Apesar de ser uma metodologia que contribui para o detalhamento dos eventos estudados, ainda é uma metodologia bastante criticada, principalmente pela limitação de não

permitir generalizações (Branski et al., 2010; Costa et al., 2013). Contudo, Branski et al. (2010) destacam que esta metodologia vem ganhando mais espaço nas pesquisas científicas, por ser um meio útil para investigar novas situações e verificar a aplicabilidade dos elementos estudados na prática, especialmente em cenários de variabilidade e complexidades clínicas e ao longo de períodos prolongados de tempo.

Alguns autores (Branski et al., 2010; Lima Jr, 2010; Costa et al., 2013) salientam que não há um número mínimo de participantes para a descrição de estudos de caso, desde que os casos representem, de fato, o fenômeno a ser estudado.

Para os dados qualitativos, obtidos através das entrevistas, a pesquisadora buscou compreender características que estão “por detrás” dos fragmentos de mensagens/conteúdos levados em consideração (Hoffman-Câmara, 2013).

Assim, após leitura e organização dos dados qualitativos, foi realizada pré-análise com intuito de conhecer, de maneira explanatória, o conteúdo que foi tratado (Hoffman-Câmara, 2013; Urquiza & Marques, 2016).

Completada a fase de pré-análise, foi realizada a exploração do material, com a definição de categorias temáticas e, por fim, a interpretação dos resultados obtidos (Urquiza & Marques, 2016).

Completadas as etapas para análise de conteúdo, um pesquisador externo foi convidado a fazer uma releitura das categorias funcionais, a fim de conferir o sentido lógico da análise de conteúdo. Os dados qualitativos foram analisados em conjunto, com o objetivo de avaliar os efeitos da aplicação do protocolo de atendimento psicológico sobre o repertório de comportamentos dos pacientes.

Riscos

Foram considerados como riscos do presente estudo a manifestação de conteúdos emocionais intensos relativos ao acidente que ocasionou a amputação traumática. Para tanto,

garantiu-se suporte psicológico, da pesquisadora e da equipe de Psicologia da Instituição, para os pacientes que apresentassem tais manifestações.

Considerou-se, também, o risco de eventual exposição de dados. Para isto, garantiu-se que apenas a pesquisadora principal tivesse acesso aos resultados dos Instrumentos aplicados aos pacientes. Para a análise de conteúdo, o pesquisador externo teve acesso somente aos dados gerais dos pacientes, não sendo possível a identificação pessoal, ou nominal. Foi guardado, a todo o momento, a identificação dos pacientes, sendo responsabilidade da pesquisadora o devido armazenamento, a fim de garantir o sigilo das informações.

Benefícios

O principal benefício do estudo foi a compreensão de fatores que contribuíram para o prognóstico do paciente vítima de amputação traumática, caso estes fossem abordados de maneira precoce. Além disso, considerou-se benefício também o desenvolvimento de diretrizes que guiem, futuramente, a construção de protocolo de intervenção psicológica precoce a pacientes vítimas de amputações traumáticas.

Além do acompanhamento psicológico, um dos benefícios deste estudo foi vislumbrar que a intervenção psicológica precoce poderia minimizar os aspectos que retardam a alta hospitalar (e. g., altos níveis de ansiedade e baixo suporte social), resultando em maior rotatividade de leitos.

Considerações Éticas

De acordo com a Resolução N.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto de pesquisa foi submetido à tramitação e aprovação pelo CEP da Instituição, tendo sido aprovada em 23 de agosto de 2020, sob parecer do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n.º 4.230.852 (Anexo H).

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar da coleta de dados, sendo submetidos à assinatura voluntária do TCLE (Anexo G). Neste momento, os participantes

foram orientados quanto ao sigilo e à confidencialidade dos dados coletados, bem como quanto à garantia de assistência integral no que concerne às questões, ou à vulnerabilidade psicológica. Também foi garantida ao participante a orientação de que poderia desistir de sua participação na pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento de saúde.

A pesquisadora responsável garantiu encaminhar os resultados obtidos aos participantes que desejassem recebê-los, após o término do estudo. Estes dados também devem ser apresentados à chefia e à equipe do Hospital, uma vez que os resultados obtidos propõem estratégias de melhoria à assistência direta desta Unidade aos pacientes vítimas de amputações traumáticas.

Resultados

A seção de Resultados está dividida em quatro tópicos:

Tópico (1): apresentação e dados sociodemográficos dos participantes;

Tópico (2): dados obtidos ao longo das sessões de acompanhamento psicológico (individual) dos pacientes (cinco sessões de acompanhamento psicológico e duas sessões de *follow-up*), quando são apresentadas as descrições de cada sessão. Neste tópico, cada paciente é descrito de maneira individual (P1, P4 e P6), incluindo cada período do estudo: hospitalização, acompanhamento psicológico (primeira à quinta sessões de acompanhamento psicológico) e *follow-up*;

Tópico (3): dados obtidos com a aplicação dos instrumentos, ao longo do estudo, que seguem a mesma ordem em que foram aplicados: *Brief Cope Scale*; HADS - subescala Depressão; HADS - subescala Ansiedade; SWLS; IES-R; e Índice de Barthel. Ao término da apresentação dos dados de cada Instrumento, o leitor encontra um sumário que destaca as principais respostas dos pacientes a cada Instrumento Tabelas (9 a 11; 16 a 18; 22 a 24) e Figuras (3 a 14);

Tópico (4): apresentação de Tabelas (25 a 39) comparativas com as médias de cada participante, obtidas em cada Instrumento. O objetivo destas Tabelas é permitir uma visualização simplificada dos escores obtidos por cada paciente, de tal maneira que seja possível comparar médias e, dependendo do Instrumento aplicado, avaliar como os pacientes evoluíram ao longo do estudo.

Tópico (1): apresentação e dados sociodemográficos dos participantes

O paciente mais jovem tinha 18 anos, e o paciente mais velho tinha 34 anos. A média das idades dos pacientes foi de 23,66 anos.

Os três pacientes, antes dos eventos que levaram à amputação, estavam inseridos no mercado formal de trabalho e tinham experiência escolar equivalente ao Ensino Médio

completo. Após os acidentes, foram afastados das atividades laborais. Todavia, apenas o paciente P4 conseguiu formalizar e ter deferido o pedido de Auxílio-Doença. Os pacientes P1 e P6, enquanto permaneceram acompanhados neste estudo, não tiveram acesso aos Auxílios previstos pela legislação, e contavam, apenas, com o suporte financeiro de suas redes familiares.

Tabela 4

Principais dados sociodemográficos dos pacientes

Identificação	Sexo	Profissão	Idade	Rede de apoio (conforme referida pelo paciente)
P1	F	Atendente de balcão de restaurante	18	Mãe, ex-namorado
P4	M	Motorista de caminhão - betoneira	34	Esposa e filhos
P6	M	Marceneiro	19	Irmã, esposa e filhos

Os dois pacientes do sexo masculino eram casados e tinham, cada um, dois filhos. Durante o período de acompanhamento do estudo, os dois mantiveram-se nos respectivos casamentos.

A paciente do sexo feminino estava em relacionamento estável, no início do estudo, e não tinha filhos. Ao longo do período de acompanhamento, o relacionamento foi encerrado.

No que se refere à rede de apoio, os três pacientes contavam com rede de apoio familiar, destacando-se, como principais cuidadoras, as esposas, no caso dos pacientes do sexo masculino, e a mãe da paciente do sexo feminino. Na seção de Discussão, aborda-se a especificidade dos cuidados exercidos por cuidadoras do sexo feminino.

Tópico (2): acompanhamento psicológico individual dos pacientes

PI

Sexo feminino, 18 anos à época do acidente (em 2020), em relacionamento estável há mais de um ano, e trabalhava como cozinheira de uma rede de restaurantes. Foi vítima de uma colisão entre moto e carro, tendo ficado presa embaixo do capô do veículo que a atropelou e foi arrastada por cerca de quatro quilômetros, até conseguir se desvincular do veículo. Após o acidente, ficou com múltiplas lesões, destacando-se a amputação bilateral de mamas e a amputação traumática da mão esquerda.

A paciente permaneceu 12 dias internada em UTI, em estado gravíssimo. Assim que a equipe médica retirou as medicações sedativas, a paciente teve o despertar adequado. O nível de consciência foi avaliado pela Escala de Glasgow, com escore equivalente a 15, máximo da escala, tendo a paciente conseguido demonstrar orientação espaço-temporal adequada.

A paciente recebeu informações acerca do acidente do qual foi vítima, tendo acesso às matérias de jornais que documentaram o acidente. Perguntou sobre o que lhe tinha acontecido e teve todas as suas dúvidas sanadas. A paciente demonstrou interesse em saber sobre quais partes de seu corpo apresentavam lesões físicas, bem como se teria de se submeter a outras cirurgias. A equipe médica orientou a paciente sobre quantas cirurgias já haviam sido realizadas, e que, caso fosse necessário, seriam realizadas cirurgias reparadoras (procedimentos com finalidade de reconstrução estética), ou cirurgias de controle de danos (procedimentos com finalidade de melhorar aspectos de funcionalidade corporal após grandes manipulações cirúrgicas, anteriores), mas que não havia programação para tais cirurgias naquele momento. A paciente também reconheceu familiares que a visitavam na UTI, lembrando-se, sempre, do nome de cada familiar e o seu grau de parentesco.

A pesquisadora iniciou o acompanhamento psicológico, sendo a paciente receptiva e colaborativa, adotando uma postura de abertura e disponibilidade sempre que visitada no

leito. Com sorrisos, cumprimentava a pesquisadora pelo nome, e perguntava se ela “tinha tempo”² para ouvir o que P1 tinha para contar naquele dia. Enquanto permaneceu no contexto de UTI, manteve-se com humor estável e não demonstrava mobilização emocional, o que chamava a atenção dos profissionais da equipe.

Após a estabilização clínica do caso, duas semanas após o acidente, a paciente foi transferida para a enfermaria, para a manutenção dos cuidados de curativos e ainda foi abordada cirurgicamente para melhorar o controle dos danos do acidente. Foram realizadas as seguintes cirurgias:

(1) Enxerto de pele: procedimento cirúrgico que retira uma área de pele de uma parte do corpo para transplantá-la em outra área do corpo. No caso de P1, o enxerto de pele foi realizado para tratamento das queimaduras de terceiro grau;

(2) Rotação de retalho: procedimento cirúrgico realizado em áreas onde a enxertia de pele não é uma técnica possível (geralmente, pelo tamanho da lesão), que consiste na rotação de área de pele próximo à lesão para que seja possível seu fechamento (com sutura).

Durante este período, P1 permaneceu acompanhada, diariamente, pela pesquisadora, através de visitas à beira-leito, em que se buscava registrar e avaliar como P1 se sentia, o que percebia acerca de seu quadro de saúde e da evolução das abordagens cirúrgicas. Também era objetivo das visitas o acompanhamento do estado de humor de P1, buscando-se eventuais alterações (e. g., crises de ansiedade, depressão ou apatia) que merecessem avaliação psicológica específica da equipe de Psicologia. As visitas da pesquisadora seguiam o roteiro de entrevista semiestruturado da Instituição (Anexo F).

² Todas as falas dos participantes estarão em aspas, levando-se em conta que a expressão [sic] segue apenas após um erro de português narrado pelo entrevistado. Portanto, haverá narrativas em aspas, sem a expressão [sic], não havendo erros de linguagem.

Os principais cuidadores da paciente, durante a permanência na enfermaria, foram o, então, namorado (que também estava presente no acidente, mas não sofreu lesões físicas), a genitora e uma tia.

P1 e o namorado, à época, moravam juntos e mantinham um relacionamento conturbado. Apesar disto, enquanto cuidador, o namorado era muito acessível, sempre perguntava à equipe de Enfermagem como poderia ajudar com os procedimentos de rotina (troca de curativo, banho e troca de fralda).

A mãe e a tia, também cuidadoras, expressavam-se de modo mais retraído. Ambas choravam muito quando cuidavam de P1, inclusive, na frente da paciente. Em relação aos cuidados físicos, tanto a tia quanto a mãe foram capacitadas pela equipe de Enfermagem e executavam os procedimentos de rotina com eficiência, embora demonstrassem significativo desgaste emocional.

Durante o período em que a paciente ficou internada na enfermaria, observou-se que os comportamentos emocionais começaram a se intensificar: a paciente passou a apresentar labilidade emocional, mantinha-se angustiada e chorava, mesmo ao menor estímulo de lembrança e/ou fala por parte de membros da equipe ou de seus cuidadores. Por vezes, o rebaixamento do humor, com perda de interesse, lentificação psicomotora, dificuldade em manter a concentração e a tristeza aumentada, influenciaram, de modo adverso, a realização de cuidados pessoais da paciente (e. g., com recusa à troca de curativo e banho no leito). P1 também expressou recusa no engajamento em atividades de fisioterapia, que tinham objetivo de treiná-la a obter maior independência de movimentos e autocuidado, como conseguir sentar-se na cadeira de rodas, alimentar-se com menos ajuda e limpar-se após as necessidades fisiológicas.

Como a paciente apresentava-se em momento de grande comoção emocional, muitas vezes, as atividades rotineiras de cuidado (trocas de curativo ou banho, treino para

mobilização do coto de amputação e treino para fortalecimento muscular do braço não amputado) foram interrompidas, a fim de garantir acolhimento à paciente, respeitando-se a circunstância delicada em que ela se encontrava.

Sobre as lesões do acidente, P1 se referia ao braço amputado, aos seios mutilados e à barriga com queimaduras, com choro e questionamentos: “Caramba! Por que isso foi acontecer comigo?” Estas falas vinham acompanhadas de resistência física (não colaborar com as orientações da equipe, tensionar as partes do corpo que a equipe estava mobilizando e bater com a mão sobre os curativos), o que, na maioria das vezes, fazia com que as equipes de Fisioterapia e Enfermagem interrompessem o acompanhamento e esperassem que P1 se acalmasse e voltasse a apresentar comportamentos colaborativos.

Quando P1 recebeu alta hospitalar, 38 dias após o acidente, estava dependente de cadeira de rodas para locomoção e precisava retornar ao Hospital, semanalmente, para a troca de curativos, por consequência das diversas abordagens cirúrgicas e enxertos de pele.

Primeira sessão de acompanhamento psicológico (23/10/2020). P1 compareceu acompanhada pelo namorado, usando cadeira de rodas. Sua principal queixa era a perda de autonomia e de privacidade, onde teve que voltar a morar com a mãe e os irmãos, após o acidente. À época, necessitava de auxílio para todas as AVD: troca de roupas, higiene básica, alimentação. “Me dói muito precisar de ajuda”. Neste encontro, P1 já sinalizava conflitos na relação amorosa.

P1 referiu que se sentia cobrada pela família para reagir bem, como se não pudesse demonstrar sentimentos negativos: “Todos dizem que eu devo ficar grata porque Deus me deu uma segunda chance [...]. Mas sinto uma dor tão grande dentro de mim... essa situação tá [sic] me apertando demais”. Por vezes, sem estímulo discriminativo claro, P1 apresentava sintomas de desrealização, como se flashes do acidente retornassem à memória, tal como cenas de um filme. O principal sintoma referido era sentir-se “separada da própria vida”, com

a percepção de que o mundo não era real. Relatava o sentimento de que estava “assistindo as coisas acontecerem”.

Apesar disto, quais situações desencadeavam tal percepção não ficaram claras à pesquisadora, pois P1 não associava esta experiência perceptiva a qualquer situação e/ou objeto em específico.

O tema norteador desta sessão foi a adoção de estratégias de enfrentamento. Desta forma, o estímulo para recordar-se de formas de enfrentamento, em outras situações adversas, foi a solicitação de que P1 relembresse como reagiu em outros momentos difíceis de sua vida, em que ela não conseguiu se lembrar de um evento específico, afirmando: “Minha vida toda foi um desafio”. Não ficaram claras quais estratégias de enfrentamento a paciente adotava anteriormente ao acidente.

Ao final da sessão, foi realizado um momento de psicoeducação, com foco na ressignificação/reestruturação cognitiva dos sentimentos distorcidos, relacionados à cobrança familiar de que P1 não demonstrasse sentimentos de raiva e/ou ressentimento. A pesquisadora utilizou a técnica de troca de papéis, quando P1 foi orientada a imaginar que alguém próximo a ela (e. g., algum de seus irmãos, ou os pais, ou uma amiga) tivesse passado por uma situação semelhante à de P1. Desta maneira, foi orientada a manifestar o que ela pensaria e falaria (ou seja, sua avaliação consciente), caso esta pessoa sentisse raiva e/ou ressentimentos. Esta estratégia foi adotada com o objetivo de fortalecer o sentimento de autocompaixão e, também, de fazer com que P1 pudesse avaliar mais racionalmente os seus sentimentos de raiva e ressentimento, percebendo que, provavelmente, fariam parte de todos os processos de trauma pelos quais as pessoas conhecidas já tivessem passado.

Nesta sessão, P1 ainda foi exposta à primeira avaliação psicológica, convidada a responder aos Instrumentos de pesquisa, com os escores obtidos descritos em sequência.

3) *Brief Cope Scale*: houve predominância de estratégias de enfrentamento focadas na emoção (n = 33), com uso de suporte emocional (n = 8), uso de religião/religiosidade (n = 8) e aceitação (n = 7). Contudo, também se observou o uso de estratégias focadas no problema (n = 27), com destaque para a reestruturação cognitiva (n = 8) e o planejamento (n = 7).

Pode-se destacar, na primeira aplicação da *Brief Cope Scale*, que o uso de estratégias de enfrentamento sugere estratégias de enfrentamento funcional, com foco em enfrentamento focado em emoção. A religião/religiosidade foi uma das subescalas com pontuação máxima (8 pontos). Além disso, o uso de “Suporte Emocional” (8 pontos) foi uma das subescalas com pontuação mais alta. Apesar do autorrelato de P1, que questionava a razão do acidente, na primeira aplicação da *Brief Cope Scale*, a “Aceitação” (7 pontos) e o “Planejamento” (7 pontos) se destacaram como estratégias de enfrentamento positivas. Na Tabela 9, são apresentadas as pontuações de P1, nas 14 subescalas da *Brief Cope Scale*, durante um ano de acompanhamento. É importante ressaltar que cada subescala pode variar de, no mínimo, dois, até, no máximo, oito pontos.

b) HADS: quanto aos escores obtidos de ansiedade e depressão, apresentados nas Figuras 3 e 4, mensurados na primeira aplicação da HADS, ambos se encontravam acima do ponto de corte (n = 8 para cada subescala). Estes escores apresentaram consonância com o autorrelato de P1 sobre os sentimentos depreciativos relacionados ao momento de vida (“me dói muito precisar de ajuda”), bem como preocupações com eventos futuros e necessidade de adaptação à nova realidade (“minha vida não vai voltar”).

Conforme a Figura 3, na subescala Depressão, na primeira aplicação da HADS, P1 obteve pontuação de (n = 11). E, conforme descrito na Figura 4, na subescala Ansiedade, na primeira aplicação da HADS, P1 obteve pontuação de (n = 16). Pode-se destacar que esta pontuação é elevada, se considerado o ponto de corte da subescala, de oito pontos.

(c) SWLS: o escore obtido na primeira aplicação da SWLS, conforme descrito na Tabela 10, demonstra baixa percepção de satisfação com a vida (17 pontos). Percebe-se que, ao longo do estudo, este escore variou pouco, com tendência de se manter mais baixo (entre 12 e 18 pontos de 35 pontos possíveis). Em relação ao SWLS, é interessante frisar que na primeira sessão de acompanhamento, no item “Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida”, P1 respondeu “discordo totalmente” e, verbalmente, complementou que “mudaria o acidente”. Na Tabela 10, podem-se observar as respostas de P1 às afirmações da SWLS e o somatório de escores obtidos ao longo do estudo.

(d) IES-R: o alto escore no IES-R (Figura 5) indica possibilidade de desenvolvimento de reações psicopatológicas relacionadas ao evento estressor, o que também estava em coerência com o autorrelato da paciente. Na primeira sessão de acompanhamento psicológico, o escore de P1, neste Instrumento, foi de (n = 82). É interessante pontuar que, nesta Escala, a pontuação máxima é de 88 pontos. Quanto maior a pontuação no IES-R, maior a possibilidade do desenvolvimento de reações disfuncionais e/ou psicopatológicas ao evento estressor.

(e) Índice de Barthel: na Figura 6, estão apresentados os escores de P1 na Escala de Barthel, que mensura a funcionalidade do paciente nas atividades do dia a dia. Nesta escala, P1 apresentou baixa pontuação (n = 45), indicando que se apresentava, no momento da primeira avaliação, significativa dependência da ajuda de terceiros. Este dado estava alinhado ao autorrelato da paciente, como pode ser percebido na fala: “Me dói muito precisar de ajuda”. Nesta primeira sessão de acompanhamento psicológico, P1 ainda estava muito debilitada fisicamente, o que limitava a independência funcional da paciente.

A Tabela 5, complementar aos itens acima discutidos, resume os principais dados da primeira avaliação ambulatorial de P1. Nesta Tabela, pode-se observar quais eram as principais limitações funcionais de P1 de acordo com o Índice de Barthel. Destacam-se as

atividades de higiene pessoal e banho, em que P1 obteve escore de 0 (zero) pontos; o que equivale à dependência absoluta para tais atividades.

Tabela 5

Principais dados obtidos na primeira avaliação psicológica de P1

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Ressignificação positiva n = 8 Uso de suporte emocional n = 8 Religião/religiosidade n = 8 Planejamento n = 8 Aceitação n = 7
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 11
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 16
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 3; As condições da minha vida são excelentes = 5; Estou satisfeito com a minha vida = 3; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 5; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 1. Alimentação: preciso de ajuda para cortar, passar manteiga etc., ou dieta modificada = 5; Banho: dependente = 0; Atividades Rotineiras: precisa de ajuda com a higiene pessoal = 0; Vestir-se: dependente = 0; Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i> : precisa de alguma ajuda parcial = 5; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i> : muita ajuda = 5; Mobilidade: cadeira de rodas independente, incluindo esquinas = 5; Escadas: precisa de ajuda (verbal, física ou ser carregado) = 5.
Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional	Subescala Inclusão = 22; Subescala Evitação = 16; Subescala Hiperestimulação = 17.
IES-R	

Segunda sessão de acompanhamento psicológico (05/11/2020). P1 compareceu à sessão acompanhada pela genitora. Neste encontro, a paciente já não necessitava locomover-se com cadeira de rodas, tendo evoluído bem em relação à parte ortopédica e cirúrgica: já conseguia utilizar muletas para deambular por pequenas distâncias.

Após a primeira sessão de acompanhamento psicológico, a paciente começou, espontaneamente, a buscar informações sobre o acidente das quais não lembrava:

[...] eu achei que eu tinha vindo pro [sic] hospital só com a mão quebrada, mas o doutor me explicou que ele não tirou a minha mão, que já tinha vindo só os pedaços... ele [refere-se ao médico] falou de toda a minha situação.

A busca por mais informações ocorreu por meio de perguntas aos profissionais que prestaram os primeiros atendimentos à P1, na chegada ao hospital, e aos amigos que estavam com ela no momento do acidente. P1 reagiu com certa surpresa ao compreender a gravidade de seu caso, demonstrando certa perplexidade conforme reunia informações. Foi possível perceber a surpresa de P1 a partir da observação de suas expressões faciais: olhos arregalados, boquiaberta e, por vezes, interlocuções com a pesquisadora: “Você tem noção? Eu tava [sic] muito mal, véi [sic]”. A pesquisadora validava as informações que P1 recebia, reforçando que, de fato, P1 chegou ao hospital em estado gravíssimo, e que a sua recuperação impressionava positivamente a equipe assistente.

P1 mantinha episódios de desrealização ao falar sobre o acidente “como se fosse um sonho”. Se lembrava de alguns momentos imediatamente anteriores ao acidente (e. g., sair do trabalho e pegar carona com o namorado e passar na rua do acidente), como se aquelas lembranças tivessem sido contadas a ela por alguém, e não com a percepção de que aquela havia sido uma situação real que ela tinha vivenciado.

Eles [refere-se aos familiares] fazem uma pressão muito grande para eu já estar acostumada [ao acidente a às sequelas]. Eles acham que a gente não tem sentimento?

Num dia a gente dá conta de fazer tudo sozinha e no outro a gente já não dá conta de nada. É diferente, mas eles querem que eu me sinta igual.

Nestas falas, observa-se que P1 não teve a percepção de ter recebido suporte suficiente de rede emocional e social.

Quanto à funcionalidade, temática proposta nesta sessão, P1 referiu que percebia grande prejuízo após o acidente, porém, com gradual melhora, se em comparação com alguns dias atrás. A paciente referiu necessidade de auxílio, como apenas para a execução de higiene íntima. Contudo, percebeu que a genitora acabava auxiliando em outras atividades, mesmo quando ela, P1, solicitava maior independência. Dentre as atividades que P1 relatou receber auxílio da genitora, estavam: alimentação, vestimenta, transferência da cama para a cadeira e locomoção por curtas distâncias. Atribuiu o cuidado excessivo da genitora a alguma espécie de medo de que P1 não conseguisse realizar alguma atividade, e que isso pudesse frustrá-la. P1 foi incentivada a realizar as atividades para as quais se sentia apta, conversando, principalmente com a sua genitora, sobre o quanto o desenvolvimento de independência funcional seria o ponto crucial em sua reabilitação.

Referiu comportamentos de isolamento social, disse ter que lidar com “muitos curiosos”, e que não gostava dos palpites e conselhos que escutava na rua. Ressalta-se que este comportamento pode ter sido, de certa forma, adaptativo, pois o acidente de P1 teve grande repercussão local, com vasta cobertura da mídia local. Apesar da exposição que a midiatização impôs à P1, esta chegou a conceder algumas entrevistas a jornais, contando a sua versão dos fatos.

P1 evitou, também, ir à Igreja - atividade que realizava antes do acidente -, pois disse que o grupo ao qual pertencia, na igreja, afirmava que:

“[...] eu tenho que deixar Deus limpar meu coração..., mas não é fácil, não vou mentir.

Qual é a pessoa que sofre um acidente e fica agradecido? No hospital, eu tava [*sic*] de

boa, eu nem lembrava..., quando a gente vai pra [*sic*] casa parece que sai do conto de fadas e entra na realidade”.

De maneira velada, P1 destaca, nesta fala, comportamentos de frustração com o contexto atual de vida, bem como com as alterações vivenciadas. Antes do acidente, P1 tinha papel ativo na Igreja que frequentava (professava fé evangélica), de tal forma que, evitar o ambiente religioso estava associado a sentimentos de tristeza e frustração.

A paciente falou sobre a alteração da autoimagem. Durante a sessão, portava uma toalha cor de rosa sobre as pernas, na tentativa de esconder as cicatrizes das coxas. Disse que quando ficava nua, sentia-se muito estranha sem os seios, que “eram a parte do corpo da qual mais gostava” [ligado à feminilidade?]. Apesar de manter um relacionamento amoroso e sentir-se íntima e amada pelo namorado, ainda não se sentia preparada para apresentar o “novo corpo”, bem como as cicatrizes ao companheiro. Acreditava que, naquele momento, o parceiro apresentava comportamentos de acolhimento, respeitando os limites impostos.

Terceira sessão de acompanhamento psicológico (05/11/2020). A paciente compareceu à sessão acompanhada pela genitora. Neste encontro, apresentou humor rebaixado, demonstrou dificuldade de concentrar-se na conversa, com um mínimo de detalhamento, diminuição da autoestima e aumento de sentimentos de indignidade (APA, 2014). Tais alterações foram percebidas a partir do comportamento verbal de P1, tendo sido comunicadas à pesquisadora. As alterações de humor, possivelmente, estavam associadas ao rompimento do relacionamento amoroso. “Eu e D. é difícil da gente se falar... e quando a gente se fala, começa a brigar”.

P1 começou a desenvolver crenças disfuncionais sobre o acidente. Acreditava ter sido avisada por pessoas da igreja de que o acidente aconteceria. A pesquisadora interveio, subsidiada pela técnica da “análise de evidências” (Tabela 4), convidando P1 a pensar, de maneira racional, sobre quais evidências (ou fatos) possuía para acreditar que alguém poderia

prever o acidente. P1 percebeu que tal crença era altamente disfuncional, não apresentando qualquer conexão com a realidade. Assim, foi possível ressignificar a crença disfuncional acerca do acidente, construindo uma narrativa mais lógica e razoável.

P1 manteve grande foco na alteração de autoimagem. “A cada dia que passa eu me sinto mais esquisita, meu corpo é bem esquisito”. A pesquisadora, em conjunto com P1, realizou o procedimento de psicoeducação, a fim de orientar P1 sobre o esquema desadaptativo de enfrentamento que estava em vigor, propondo que P1 elaborasse estratégias de enfrentamento mais funcionais, visando reduzir o sofrimento emocional da paciente. Um dos enfrentamentos formulados por P1 foi de focar no que o seu corpo, ainda que percebido como “bem esquisito”, era capaz de realizar, ou seja, nas potencialidades, atividades que P1 conseguia exercer. Também foi formulada por P1 a estratégia de atentar-se às partes de seu corpo que ela julgasse bonita(s). Por exemplo, P1 relatou que, antes do acidente, gostava muito de seus seios, sempre optando por roupas que valorizassem o decote. Após o acidente, P1 começou a perceber que a forma como arrumava o seu cabelo fazia com que ela se sentisse mais bonita. A pesquisadora reforçou positivamente os seus comportamentos de autocuidado (Tabela 4).

P1 se incomodou com a maneira como os outros observavam sua deficiência. “Eu tava [*sic*] passando hidratante outro dia... aí meu padrasto disse: olha, queria ser igual a você quando eu crescer... até passar creme com esse bracinho!”. Percebeu que a fala do padrasto foi, de alguma forma, uma maneira de atingi-la emocionalmente. Ao que respondeu: “Só porque eu não tenho uma mão eu preciso depender dos outros pra [*sic*] sempre?”

A pesquisadora utilizou técnicas de rememoração e ressignificação, convidando P1 a elaborar novos significados acerca do contexto familiar e da relação com o padrasto. Foi proposto que P1 desenvolvesse crenças e pensamentos alternativos, mais funcionais, sobre a sua relação com o padrasto. Como resultado, P1 expôs como poderia demonstrar ao padrasto

que as falas dele a atingiam emocionalmente, de maneira que a relação entre P1 e o padrasto pudesse melhorar. Assim, P1 sugeriu que poderia comunicar que não havia gostado da maneira como foi tratada, e estabelecer limites dos comentários feitos. P1 demonstrava-se receptiva à abordagem, conseguindo pensar em comportamentos alternativos caso novos momentos conflituosos com o padrasto acontecessem.

Acerca do suporte social, P1 referiu que não percebia abertura de sua rede social para a demonstração de sentimentos negativos relativos ao acidente. “Toda hora alguém diz: ‘aí, mas Deus te deu a vida, você é um milagre’... ninguém consegue me entender”. Falou que, habitualmente, reagia de maneira a “se fazer de durona”, de forma a se proteger de ouvir comentários depreciativos.

A pesquisadora optou por realizar uma intervenção para manutenção e fortalecimento do vínculo terapêutico, oferecendo espaço para que a expressão de sentimentos agressivos fosse realizada. Falas de incentivo, que naturalizassem a expressão de sentimentos agressivos, foram feitas, a exemplo da fala: “Entendo que você se sinta assim, é uma reação possível após um trauma”. P1 reagiu de maneira positiva, apresentando-se mais calma e concentrada na conversa com a pesquisadora, detalhando mais suas respostas, ou seja, como se sentia naquele momento: compreendida e acolhida, elaborando melhor os seus sentimentos negativos a cada fala de incentivo da pesquisadora. Também foi possível perceber que a expressão facial de P1 estava mais relaxada e com esboço de sorrisos.

Quarta sessão de acompanhamento psicológico (19/11/2020). P1 compareceu acompanhada pela genitora. Ainda com alteração de humor e afeto rebaixado: “Tem vezes que eu tô [*sic*] de boa... aí, tem vezes que eu fico triste, desanimada”. Afirmou ter vivenciado muitos episódios de desavença com os familiares (principal rede de apoio), pois sentia que a sua capacidade física era intensamente questionada pelos familiares.

Quanto ao tópico da sessão “autoimagem e alterações corporais”, P1 disse que se sentia:

[...] um peixe fora d’água..., fico muito agoniada com a minha aparência quando eu me olho no espelho. Quando eu visto alguma roupa, parece que falta algo aqui [aponta para as mamas]. É um corpo que não é meu, não se encaixa.

No momento que concluiu a sua fala, chorou copiosamente. A pesquisadora optou por uma postura de acolhimento, novamente, assim como na terceira sessão de acompanhamento psicológico, naturalizando as reações que P1 apresentasse, de forma que a paciente sentisse que o que era expresso na sessão não era indicador de reações atípicas (Tabela 4).

P1 oscilou períodos com fala de enfrentamento do tipo religioso, como “Mãe diz pra eu rezar”.

A pesquisadora utilizou a técnica de ressignificação possibilitado pelo enfrentamento do tipo religioso.

Quinta sessão de acompanhamento psicológico (10/12/2020). P1 compareceu acompanhada da genitora, manifestando percepção de labilidade emocional nos últimos dias, tendendo a manter-se mais irritável. Quando questionada sobre a sua percepção de rede de apoio, disse que percebia que as pessoas que ainda se mantinham próximas, parecendo interessadas nos “detalhes sórdidos”, percebendo pouca intenção de, verdadeiramente, receber suporte emocional daqueles que, anteriormente, apontou como rede de apoio emocional. A paciente acreditava que as pessoas se aproximavam dela “como urubus”, com o objetivo apenas de obter detalhes do acidente. Contudo, “[...] quando eu preciso de alguma coisa, de ajuda pra vir pro [*sic*] hospital, de alguém pra [*sic*] conversar, ninguém tá [*sic*] disponível”. A pesquisadora reforçou que a falta de “alguém disponível” poderia ser consequência do isolamento social de P1.

P1 recontava situações em que a sua capacidade física e de autodefesa foram questionadas por familiares. Quando questionada sobre a sua autoimagem, dizia sentir-se “feia”, e percebia que isto influenciava a sua antiga rotina de autocuidados. Diante do exposto, P1 falou que a dificuldade em se olhar no espelho - bem como a dificuldade de olhar para as cicatrizes dos enxertos de pele e das cicatrizes de queimaduras do acidente - fez com que modificasse comportamentos que antes eram habituais: não passava mais hidratante corporal, não usava maquiagem, evitava a troca de roupas, optava por roupas mais largas e que “escondam” o corpo. Ressalta-se que estes comportamentos faziam parte do cotidiano de autocuidado de P1. A pesquisadora manejou esta situação com reforço de contingências, orientando P1 a manter hábitos de autocuidado (ainda que não fossem idênticos aos hábitos anteriores), que poderiam servir de reforço para que continuasse se cuidando. Por exemplo: ao aceitar passar os cremes indicados pelos médicos, P1 poderia perceber melhora no aspecto das cicatrizes e, com isso, aumentar a sua autoestima. Diante do exposto, P1 demonstrou abertura para tentar adaptar sua rotina de autocuidado.

P1 também mencionou uma sensação de que “nada dá certo pra [sic] mim”, fazendo menção ao andamento do processo judicial e à perícia do INSS (teve o Auxílio-Doença negado). Aqui, um dado da realidade precisa ser exposto: em todo o acompanhamento psicológico, e a despeito de orientações sobre os cuidados burocráticos que P1 deveria buscar (Tabela 4), todos os Direitos garantidos por Lei à paciente foram negados.

Ao final da quinta sessão de acompanhamento psicológico, os Instrumentos foram reaplicados, com a descrição dos escores, a seguir.

(a) *Brief Cope Scale*: manteve-se o padrão predominante de uso de estratégias de enfrentamento focadas na emoção (n = 27). Destaca-se o uso da religião/religiosidade (n = 7). O uso da estratégia de religião está consonante com as falas de P1 nas terceira e quarta sessões de acompanhamento psicológico, onde percebeu-se, respectivamente:

(a.1) pensamento místico de ter sido avisada por pessoas da igreja de que o acidente aconteceria;

(a.2) “mãe diz pra [*sic*] eu rezar”. O segundo estilo de enfrentamento mais referido, na avaliação efetuada na quinta sessão de acompanhamento psicológico, foi focado no problema (n = 23), através de comportamentos de enfrentamento ativo (n = 8) e planejamento (n = 6) (Tabela 5).

(b) HADS:

(b.1) HADS subescala Depressão: na quinta sessão de acompanhamento psicológico, P1 apresentou escore de (n = 6) (abaixo do ponto de corte da subescala), atingindo, inclusive, escores não indicadores de transtornos psicopatológicos (Figura 3). Pôde-se perceber, também, redução do escore na subescala Depressão (na avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico foram obtidos 11 pontos, e na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico foram tidos seis pontos (Figura 3);

(b.2) HADS subescala Ansiedade: na quinta sessão de acompanhamento psicológico, o escore de P1 foi de (n = 16), mantendo escores elevados, o que sugere que um dos sintomas mais fortes vivenciados por P1 foi o de Ansiedade (Figura 4).

(c) Na aplicação do SWLS, percebeu-se discreta piora nos escores de P1, com escore (n = 14) (Tabela 10).

O escore do SWLS demonstrou baixa percepção de satisfação com a vida, com índice ainda menor do que o observado no início das avaliações (escores de P1 no Instrumento SWLS na primeira sessão de acompanhamento psicológico foi [n = 17], e na quinta sessão foi [n = 14]).

(d) Em relação ao IES-R, na primeira sessão de acompanhamento psicológico, P1 obteve escore de (n = 82), o que indicou grande impacto do evento traumático. A pontuação

máxima no IES-R é de 88 pontos e, quanto maior a pontuação, maior o impacto que o evento representa à vida. O escore IES-R teve significativa redução (de [n = 82] na primeira sessão de acompanhamento psicológico para [n = 44] na quinta sessão), indicando que P1, progressivamente, melhorava a condição como lidava com o evento estressor (Figura 5).

(e) No Índice de Barthel, P1 iniciou o estudo com escore de (n = 45) (Figura 6), com evolução para 85 pontos na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, indicando ganho de autonomia de P1.

A Tabela 6 resume os principais dados obtidos na segunda avaliação psicológica de P1 (realizada na quinta sessão de acompanhamento psicológico). Ao comparar a Tabela 6 (principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P1) com a Tabela 5 (principais dados da primeira avaliação psicológica de P1), destaca-se que, em relação à Escala HADS, houve redução do escore na subescala Depressão, e manutenção do escore na subescala Ansiedade.

No Instrumento SWLS, percebeu-se que nas afirmações “Estou satisfeito com a minha vida” e “Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida”, houve redução da pontuação, indicando maior insatisfação da paciente com sua vida.

Também verificou-se aumento das pontuações no Índice de Barthel, indicando quais atividades P1 obteve melhora na independência funcional.

Tabela 6

Principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P1

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Enfrentamento ativas n = 8 Religião/religiosidade n = 7 Negação = 7
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 6
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 16
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 4; As condições da minha vida são excelentes = 2; Estou satisfeito com a minha vida = 1; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 2; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 5.
Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional	Alimentação: preciso de ajuda para cortar, passar manteiga etc., ou dieta modificada = 5; Banho: independente = 5; Atividades rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinha = 5; Intestino: continente = 10; Sistema urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i> : continente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i> : pouca ajuda (verbal ou física) = 10; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.
IES-R	Subescala Inclusão = 13; Subescala Evitação = 16; Subescala Hiperestimulação = 15.

Primeira avaliação de *follow-up* (seis meses; 11/03/2021). P1 foi reavaliada aos seis e 12 meses após o acidente. Nestas sessões, como o objetivo do estudo era reaplicar os Instrumentos utilizados, todos os temas referidos pela paciente foram acolhidos e receberam intervenções pontuais, com o objetivo de proporcionar acolhimento e escuta qualificada.

Deve-se ressaltar que entre a quinta sessão de acompanhamento psicológico e a primeira avaliação de *follow-up* (seis meses depois), P1 teve de lidar com o falecimento do genitor de maneira abrupta, e que tal perda teve impacto significativo sobre a expressão emocional de P1, com sentimento de revolta, culpa e ressentimento. Inclusive, tal expressão emocional pôde ser avaliada nas respostas de P1 aos Instrumentos, conforme apresentado a seguir.

(a) *Brief Cope Scale*: apesar do estilo de enfrentamento predominante continuar sendo focado na emoção (n = 25), houve redução da pontuação neste estilo e aumento da pontuação no estilo de enfrentamento do tipo evitação (n = 19). Pela primeira vez, desde o início das avaliações, a subescala mais utilizada foi a de “Culpabilização” (Tabela 9).

(b) HADS:

(b.1) No Instrumento HADS, subescala Depressão (Figura 3), P1 teve aumento considerável, tendo evoluído do escore (n = 6) de Depressão (na quinta sessão de acompanhamento psicológico) para o escore (n = 16) (primeira avaliação de *follow-up* - seis meses);

(b.2) Na subescala Ansiedade (Figura 4), P1 também mostrou aumento dos escores, tendo evoluído do escore (n = 16) (na quinta sessão de acompanhamento psicológico) pontos para o escore (n = 18) (primeira avaliação de *follow-up* - seis meses).

(c) SWLS: os escores apresentaram diminuição na avaliação da primeira avaliação de *follow-up* (seis meses). P1 apresentou escore igual a (n = 14) na quinta sessão de acompanhamento psicológico, com diminuição de dois pontos no escore (n = 12) na primeira avaliação de *follow-up*. As afirmações “As condições da minha vida são excelentes”, “Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida” e “Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida”, foram as afirmações em que P1 apresentou queda nas pontuações, demonstrando que se identificava menos com tais

afirmações na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), quando comparada à quinta sessão de acompanhamento psicológico (Tabela 10).

(d) IES-R: P1 já havia apresentado redução nos escores desta Escala. Na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), P1 obteve escore de ($n = 43$), diminuindo um ponto, quando comparada à avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico (Figura 5).

(e) Índice de Barthel: conforme pode ser observado na Figura 6, P1 teve aumento importante dos escores do Índice de Barthel ao longo do estudo. Na avaliação da primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), P1 apresentou aumento de cinco pontos no escore, se comparada à avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, com ($n = 90$).

Tabela 7

Principais dados obtidos com a avaliação psicológica da primeira avaliação de follow-up

(seis meses) de P1

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Culpabilização n = 8 Uso de informações de suporte n = 5 Uso de suporte emocional n = 5 Autodistração n = 5
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 16.
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 18.
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 4; As condições da minha vida são excelentes = 3; Estou satisfeito com a minha vida = 1; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 1; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 3. Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: dependente = 0; Intestino: continente = 10; Sistema urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i> : continente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i> : independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.
Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional	
IES-R	Subescala Intrusão = 9; Subescala Evitação = 15; Subescala Hiperestimulação = 16.

Segunda avaliação de follow-up (12 meses; 16/08/2021). P1 foi reavaliada após 12 meses do acidente, na segunda avaliação de *follow-up*. Na Tabela 8, encontra-se uma lista com as principais crenças disfuncionais referidas por P1 ao longo das sessões, bem como a intervenção proposta pela pesquisadora e o comportamento-alvo a ser instituído com cada intervenção.

Tabela 8*Lista de problemas e propostas de soluções - P1*

Crença disfuncional	Comportamentos observados	Intervenção	Comportamento(s)-alvo(s) (ou comportamentos desejados)
Atribuição de culpa: “O que eu fiz pra [sic] merecer [isso]?”	Choro, tensionamento muscular, retirada forçada de curativos.	Esperar que P1 se acalmasse para retornar ao atendimento; questionamento socrático, a fim de evidenciar fatos que mantinham a crença disfuncional; instrução à paciente com psicoeducação; reformulação da crença disfuncional.	Controle do choro e colaboração corporal com a equipe.
Vulnerabilidades cognitivas: distorção das experiências de vida, com tendência a perceber o mundo e a si mesma de maneira negativa.	Choro e questionamentos verbais sobre os motivos pelos quais Deus permitiu que o acidente ocorresse.	Fortalecimento de traços de personalidade (e. g., sua capacidade de adaptação), reforço positivo verbal apontado para a evolução clínica positiva (“olha o quanto você já evoluiu”).	Reestruturação cognitiva.
“Me sinto um peixe fora d’água”.	Choro, diminuição do autocuidado.	Naturalização da expressão de sentimentos negativos.	Ressignificação.

Tabela 8*Lista de problemas e propostas de soluções - P1 (Cont.)*

“Se eu reagir ao comentário feito, causarei discórdia entre familiares”.	Medo de expressar os seus sentimentos, com prejuízo na relação familiar	Rememoração e resignificação, com estabelecimento de comportamentos e crenças alternativas mais funcionais.	Ressignificação, melhora da relação familiar.
“Alguém foi avisado sobre o acidente”.	Percepção alterada da realidade, desrealização, redução	Análise de evidências (e. g., quais dados da realidade serviam de	Percepção mais alinhada à realidade,

	da concentração, rebaixamento do humor.	contingência para pensar desta forma sobre o acidente?). Psicoeducação, desenvolvimento de	com estruturação de crenças funcionais.
“Meu corpo é bem esquisito”.	Choro, diminuição de autoestima e do autocuidado.	enfrentamento mais funcional (e. g., valorização de partes do corpo que P1 achava bonito).	Aumento do autocuidado.
“Nada dá certo pra mim”.	Autodepreciação e redução da motivação.	Orientações acerca de benefícios que poderiam ser solicitados (e. g., orientação quanto ao acompanhamento com Serviço Social e advogados, INSS e Auxílio-doença).	Aumento da motivação para comportamentos ativos em processos jurídicos e requisitos burocráticos.

(3) A seguir, estão descritos os dados da última avaliação da paciente, seguindo a mesma ordem dos apresentados anteriormente) *Brief Cope Scale*: na segunda avaliação de *follow-up*, observou-se a manutenção da predominância do estilo de enfrentamento focado na emoção ($n = 35$). Contudo, percebeu-se, também, a utilização de estratégias de enfrentamento focadas no problema, tais como reestruturação cognitiva e enfrentamento ativo.

Tabela 9
Subescalas da Brief Cope Scale - P1

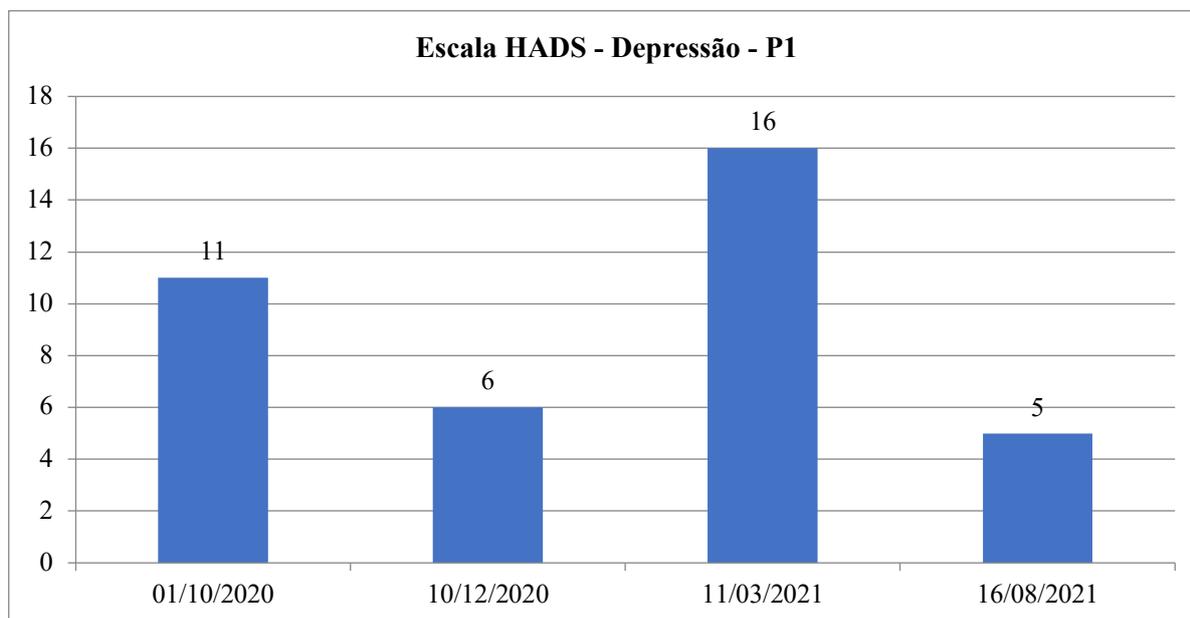
<i>Brief Cope Scale - P1</i>		1ª sessão	5ª sessão	<i>Follow-up</i> (seis meses)	<i>Follow-up</i> (12 meses)
Total de pontos na Escala		73	67	60	86
Subescalas de Enfrentamento	Estilo de Enfrentamento				
Autodistração	Evitação	3	5	5	8
Enfrentamento Ativo	Focado no Problema	6	8	5	8
Negação	Evitação	6	7	8	6
Uso de Substâncias	Evitação	2	2	3	5
Suporte Emocional	Focado na Emoção	8	5	5	7
Uso de informativos adicionais	Focado no Problema	6	5	5	7
Desengajamento comportamental	Evitação	2	3	3	2
Desabafo (<i>venting</i>)	Focado na Emoção	2	4	4	4
Reestruturação Cognitiva	Focado no Problema	8	4	3	8
Planejamento	Focado no Problema	7	6	2	7
Humor	Focado na Emoção	5	2	2	5
Aceitação	Focado na Emoção	7	5	2	6
Religião/Religiosidade	Focado na Emoção	8	7	4	8
Culpabilização	Focado na Emoção	3	4	8	5

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão (Figura 3): P1 apresentou redução significativa nesta subescala ao longo do período de acompanhamento. Na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), P1 obteve pontuação ($n = 16$), o que representava 8 pontos acima da nota de corte desta subescala. Já na avaliação de segundo *follow-up* (12 meses), P1 obteve pontuação ($n = 5$). Nessa avaliação (segundo *follow-up*), P1 já apresentou escore abaixo da nota de corte, com respostas consideradas não psicopatológicas.

Figura 3

Pontuação de P1 no Instrumento HADS - subescala Depressão ao longo do estudo

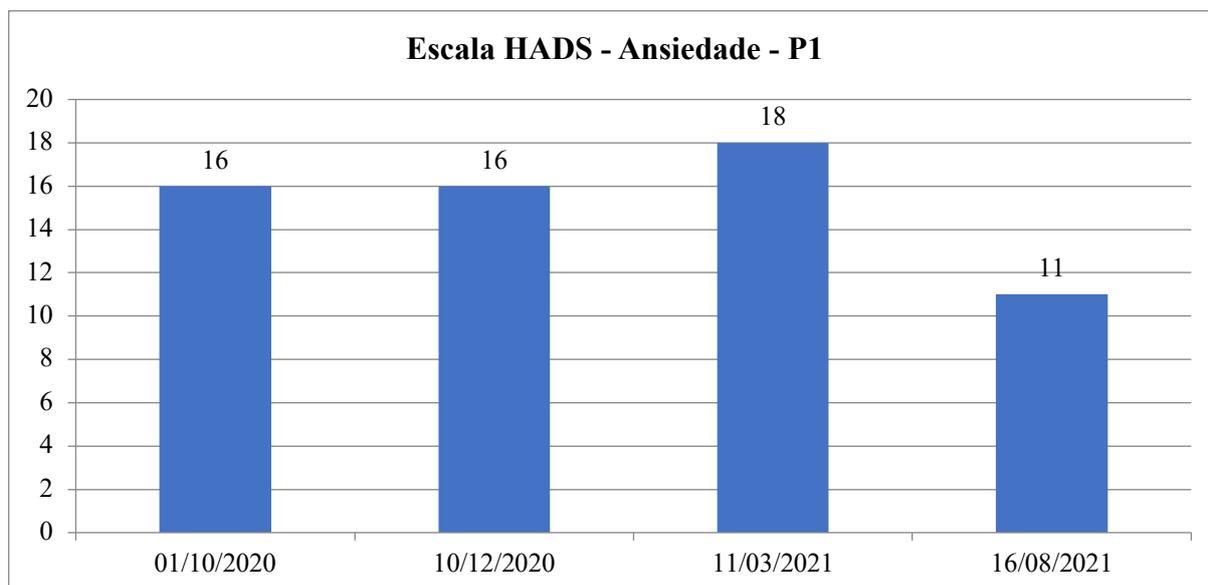


Nota. 01/10/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 10/12/2020 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 11/03/2021 - Primeira avaliação de *follow-up* (seis meses); 16/08/2021 - Segunda avaliação de *follow-up* (12 meses).

(b.2) Subescala Ansiedade: na subescala Ansiedade (Figura 4), P1 também apresentou redução do escore ao longo do estudo. Ainda que na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses) o escore tenha ficado acima do ponto de corte ($n = 8$), houve redução de sete pontos, quando comparado à primeira avaliação de *follow-up* (seis meses).

Figura 4

Pontuação de P1 no Instrumento HADS - subescala Ansiedade ao longo do estudo



Nota. 01/10/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 10/12/2020 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 11/03/2021 - Primeira avaliação de *follow-up* (seis meses); 16/08/2021 - Segunda avaliação de *follow-up* (12 meses).

(c) SWLS: na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses), houve aumento da pontuação das afirmações “Estou satisfeito com a minha vida”, “Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida” e “Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida”. Em relação à afirmação de que “não mudaria quase nada na minha vida”, P1 respondeu que “mudaria os aspectos ruins, mas manteria o que foi de positivo relacionado ao acidente” (palavras da paciente), indicando um processo de resignificação do acidente.

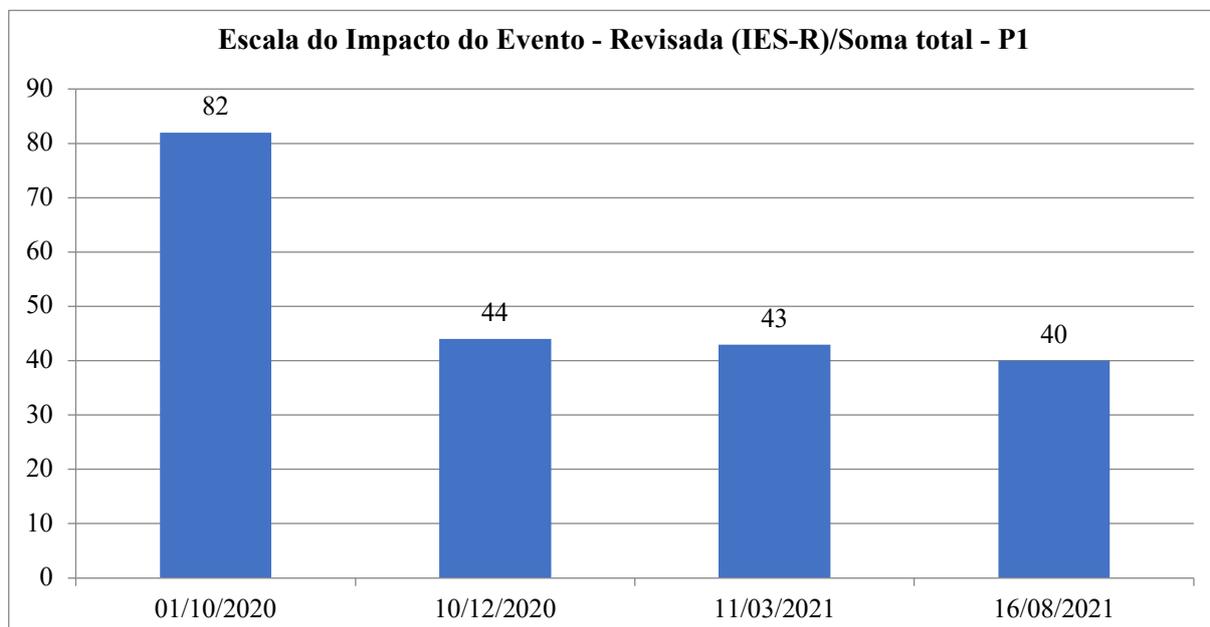
Tabela 10*Pontuação de P1 no SWLS, ao longo do estudo*

Afirmações do SWLS	Pontuação da paciente em 01/10/2020 - 1ª sessão de acompanhamento	Pontuação da paciente em 10/12/2020 - 5ª sessão de acompanhamento	Pontuação da paciente em 11/03/2021 - <i>follow-up</i> (seis meses)	Pontuação da paciente em 16/08/2021 - <i>follow-up</i> (12 meses)
Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.	3	4	4	4
As condições da minha vida são excelentes.	5	2	3	2
Estou satisfeito com minha vida.	3	1	1	2
Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.	5	2	1	6
Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.	1	5	3	4
Escore total no Instrumento SWLS	17	14	12	18

(d) IES-R: houve redução de três pontos no escore na Escala do Impacto do evento quando comparada à avaliação da primeira avaliação de *follow-up* (seis meses).

Figura 5

Pontuação de P1 na Escala do Impacto do Evento Revisada (IES-R) - Somatório Total ao longo do estudo

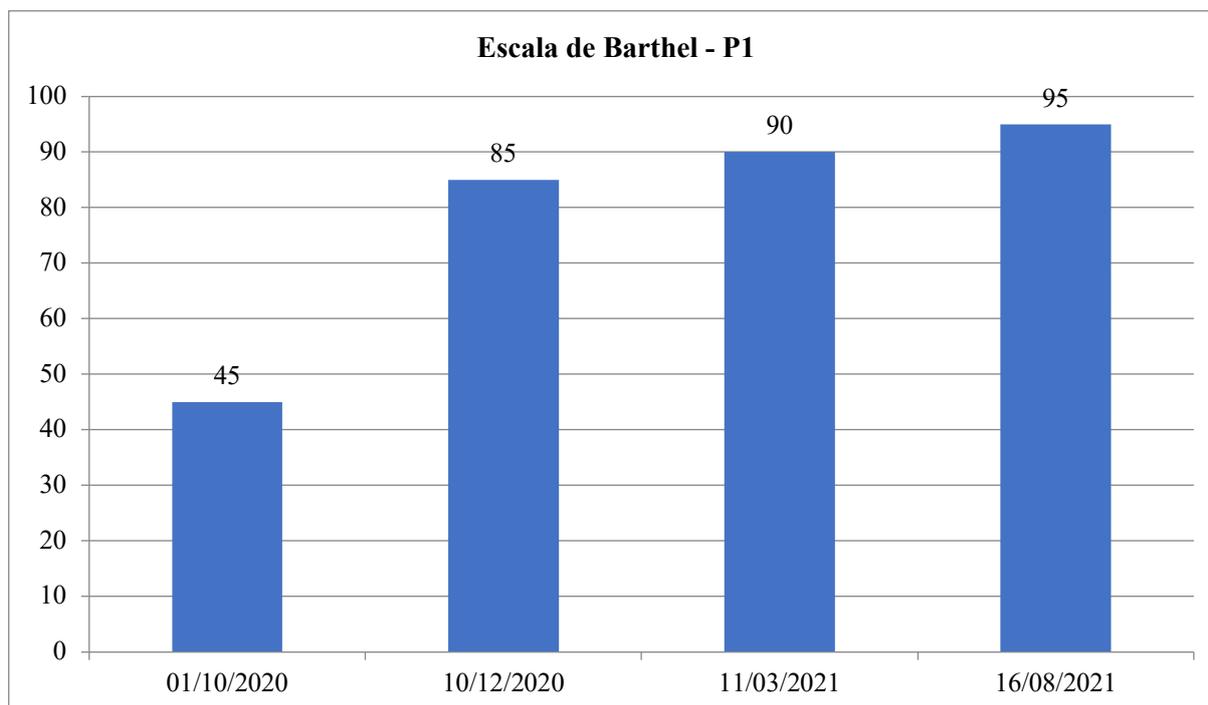


Nota. 01/10/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 10/12/2020 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 11/03/2021 - Primeira avaliação de *follow-up* (seis meses); 16/08/2021 - Segunda avaliação de *follow-up* (12 meses).

(e) Índice de Barthel: na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses), foi possível apontar uma continuação da melhora física de P1, com melhor desempenho no Índice de Barthel, chegando quase à pontuação máxima (obteve score 95 de um máximo 100 pontos). Esse dado sugere que P1, com auxílio da equipe multiprofissional, conseguiu restabelecer funcionalidade e independência nas atividades em que, anteriormente, precisava de auxílio.

Figura 6

Pontuação de P1 na Escala de Barthel ao longo do estudo



Nota. 01/10/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 10/12/2020 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 11/03/2021 - Primeira avaliação de *follow-up* (seis meses); 16/08/2021 - Segunda avaliação de *follow-up* (12 meses).

Na Tabela 11 estão sumarizadas as principais respostas de P1 aos Instrumentos aplicados na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses).

Tabela 11

Principais dados obtidos com a avaliação psicológica do segundo follow-up (12 meses) de P1

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Autodistração n = 8 Enfrentamento ativo n = 8 Reestruturação cognitiva n = 8 Religião/Religiosidade n = 8
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 5.
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 11.

Tabela 11

Principais dados obtidos com a avaliação psicológica do segundo follow-up (12 meses) de

PI (Cont.)

<p>SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)</p>	<p>Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 4; As condições da minha vida são excelentes = 2; Estou satisfeito com a minha vida = 2; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 6; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 4.</p>
<p>Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional</p>	<p>Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: dependente = 0; Intestino: continente = 10; Sistema urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i>: continente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i>: independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.</p>
<p>IES-R</p>	<p>Subescala Intrusão = 6; Subescala Evitação = 19; Subescala Hiperestimulação = 12.</p>

P4

Paciente, sexo masculino, 34 anos, foi vítima de um acidente de trânsito enquanto trabalhava (atividade laboral: motorista de caminhão). Teve o antebraço esquerdo amputado no momento do acidente automobilístico. P4 deu entrada na Enfermaria em menos de 12 horas após o acidente, depois de uma cirurgia para a regularização do coto.

Assim que P4 recebeu alta do centro cirúrgico (no mesmo dia do acidente) e foi encaminhado à Enfermaria, sua família foi acionada (paciente residia em outro Estado) e permaneceu auxiliando P4 no breve período de internação hospitalar. Durante a internação – 2 dias - , não foi observado qualquer sinal de transtornos psicológicos relacionados ao acidente.

Assim, P4 era capaz de remontar completamente os momentos que antecederam o acidente, o momento do atendimento no local do acidente e sua entrada no hospital.

Primeira sessão de acompanhamento psicológico (17/12/2020). P4 compareceu desacompanhado por familiares. O paciente relatou período de adaptação sem maiores queixas quanto à autoestima e à perda de funcionalidade percebida nestes primeiros momentos, após a alta hospitalar. P4 comentou que se surpreendeu com a reação de seu filho quando o viu, pela primeira vez, após o acidente. “Ele ficava falando pros [sic] outros que eu vou ter um braço de borracha”. O Paciente achou graça do comportamento do filho, mantendo-se bem-humorado. Contudo, falou sobre o sentimento de “estranheza” com o novo corpo. Viu fotos anteriores ao acidente e comentou: “É muito difícil você olhar para uma foto com as duas mãos e agora tá [sic] assim”. Diante desta fala, a pesquisadora utilizou o Reforçamento, destacando positivamente as falas iniciais de P4, onde o paciente referiu não perceber, por exemplo, perda de funcionalidade. A pesquisadora também adotou postura acolhedora, naturalizando que a “estranheza” com o novo corpo faça parte do processo inicial após um evento traumático como uma amputação (Tabela 11).

Quando questionado acerca de outros momentos difíceis que tenha enfrentado, P4 mencionou apenas um momento que considerou “difícil” em sua vida: a perda de um amigo. “Superei ficando mais próximo da família dele..., parece que a amizade que eu tinha com ele transferiu para o pai dele”. Tal reação indicou que, provavelmente, P4 fazia uso de estratégias de enfrentamento focadas na emoção.

P4 foi orientado quanto à monitorização de suas atividades para a próxima sessão, bem como quanto às estratégias de enfrentamento ativas e focadas no problema, e quanto à possibilidade de ressignificar emoções negativas, tal como as relacionadas à alteração física. Neste momento, foram abordadas com P4 as possibilidades de ajuste nas AVD. Por exemplo, P4 exercia função remunerada de motorista de empresa. Foi discutida a possibilidade de adaptação da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) para que, caso fosse o seu desejo, pudesse retornar às atividades laborais. P4 demonstrou interesse em adaptar as atividades que praticava anteriormente, relatando que gostaria de poder voltar a dirigir, se esta fosse uma opção. P4 também foi orientado quanto aos benefícios sociais aos quais tinha direito (Passe Livre e Auxílio-doença), e às formas de acessar tais benefícios.

Em relação à aplicação dos Instrumentos nesta primeira avaliação, destacam-se:

(a) *Brief Cope Scale*: A Tabela 16 apresenta as subescalas do *Brief Cope Scale* e a pontuação de P4 em cada uma das subescalas, indicando uso prioritário de estratégias de enfrentamento focadas na emoção ($n = 37$), sendo mais utilizados os comportamentos de autodistração ($n = 8$), de suporte emocional ($n = 8$), de religião/religiosidade ($n = 8$) e de aceitação ($n = 8$). Como enfrentamento focado no problema, destacaram-se os comportamentos de enfrentamento ativo ($n = 8$) e planejamento ($n = 7$). Tais estratégias de enfrentamento sugeriram enfrentamento funcional.

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão: P4 obteve escore igual a (n = 1), estando muito abaixo da nota de corte desta subescala (n = 8);

(b.2) Subescala Ansiedade: P4 apresentou pontuação equivalente a (n = 4). De maneira semelhante ao observado na subescala Depressão, também na subescala Ansiedade apresentou escore abaixo da nota de corte (n = 8).

(c) SWLS: P4 apresentou escore de (n = 25), o que indicava uma percepção de satisfação com a vida impactada, estando 10 pontos abaixo da pontuação máxima deste Instrumento (n = 35 indicaria percepção de alta satisfação com a vida).

(d) IES-R: na avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, P4 obteve escore de (n = 25). Apesar deste ter sido a maior pontuação de P4 neste Instrumento, ainda é um escore muito baixo se for considerada a pontuação máxima deste Instrumento.

(e) Índice de Barthel: P4 manteve o máximo de funcionalidade desde a primeira avaliação psicológica, com escore de (n = 100) (Figura 10).

Tabela 12

Principais dados obtidos com a primeira avaliação psicológica de P4

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Autodistração n = 8 Uso de suporte emocional n = 8 Religião/religiosidade n = 8 Enfrentamento ativo n = 8 Planejamento n = 7
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 1
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 4
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 7; As condições da minha vida são excelentes = 3; Estou satisfeito com a minha vida = 3; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 7; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 5.

Tabela 12

Principais dados obtidos com a primeira avaliação psicológica de P4 (Cont.)

<p>Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional</p>	<p>Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: independente = 10; Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i>: independente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i>: independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.</p>
<p>IES-R</p>	<p>Subescala Inclusão = 13; Subescala Evitação = 8; Subescala Hiperestimulação = 4.</p>

Segunda sessão de acompanhamento psicológico (14/01/2021). P4 compareceu à sessão desacompanhado. Paciente com postura ativa frente ao ocorrido, demonstrou enfrentamento focado no problema, com metas e objetivos claros a serem atingidos. Por exemplo, P4 começou a solucionar questões burocráticas para ter acesso aos Benefícios garantidos por Lei, incluindo a obtenção de Passe Livre, adaptação de CNH e Auxílio-doença. P4 manifestou preocupação com a etapa da protetização. A pesquisadora aproveitou o desejo voluntário de P4 para agilizar as questões burocráticas e o acompanhou, fisicamente, até o Serviço Social do Hospital, a fim de facilitar a comunicação do paciente com aquele setor. P4 foi orientado quanto aos formulários que deveria preencher para ter acesso a cada um dos Benefícios acima citados.

Quanto à funcionalidade, P4 não referiu necessidade de auxílio para as atividades mensuradas pelo Índice de Barthel (já conseguia fazer as refeições sozinho, conseguia vestir suas roupas sem auxílios de terceiros e se locomover em sistema público de transporte), estando adaptado à nova realidade física. Diante da boa funcionalidade de P4, a pesquisadora

encaminhou o paciente para a Oficina de Órteses e Próteses. É nesta Oficina que os pacientes atendidos pelo SUS são preparados para processo de protetização.

Como P4 já apresentava boa recuperação da funcionalidade (com escores de Índice de Barthel igual a [n = 100] desde a primeira avaliação), não foi proposta atividade de pensar em ajustes ambientais e/ou comportamentais para melhora/ganho de funcionalidade.

Terceira sessão de acompanhamento psicológico (21/01/2021). O Paciente compareceu à sessão desacompanhado. Neste encontro, P4 referiu que a empresa para qual trabalhava se propôs a pagar a sua prótese. Tal compromisso foi firmado entre a empresa e P4, uma vez que a amputação de P4 foi consequência de acidente de trabalho.

Na avaliação e percepção da satisfação com a vida, P4 referiu sentir-se “receoso” de solicitar ajuda às atividades que anteriormente realizava sozinho: “Fico sem graça de cobrar [ajuda]”. O exemplo referido pelo paciente era de “limpar uma galinha caipira”. Como esta não é considerada uma AVD pelo Índice de Barthel, não houve impacto na pontuação de funcionalidade do paciente. Contudo, compreendendo que tal atividade (limpar uma galinha caipira) tenha impacto sobre a percepção de independência, no contexto específico de P4, a pesquisadora e o paciente pensaram em meios alternativos para que a atividade fosse concluída por P4 (e. g., apoiar a galinha em uma superfície não derrapante e realizar cortes estratégicos primeiro, e apoiar a galinha com o coto de amputação para a retirada das vísceras). A proposta de realizar a atividade de maneira adaptada trouxe a P4 uma maior percepção de autoeficácia. “É, acho que assim posso tentar fazer”. (Tabela 11). Sobre a sua percepção geral de satisfação com a vida, P4 referiu sentir-se satisfeito, pois “não me vejo como deficiente, nem sei bem dizer como sou”.

Quarta sessão de acompanhamento psicológico (18/02/2021). P4 compareceu desacompanhado, manteve humor estável, sempre muito educado e receptivo à abordagem da

pesquisadora, conforme observado desde o início do acompanhamento psicológico, sem sinais de alterações psíquicas importantes.

Quanto ao tópico da sessão (autoimagem e alterações corporais), P4 mostrou comportamentos de resignificação, referindo boa adaptação ao novo corpo. Falou sobre o processo de protetização, afirmando só ter interesse caso a prótese oferecesse melhora da funcionalidade. “Se for só pros [*sic*] outros verem, eu não ligo, tô [*sic*] bem assim”.

Reforça-se que o paciente apresentou nível máximo de funcionalidade e independência no Índice de Barthel. P4 falou que, por vezes, não se percebia como uma pessoa amputada, “não me vejo como deficiente”. Não foram observados sinais ou sintomas de alterações psíquicas ocasionadas pela amputação. Durante todo o acompanhamento psicológico ofertado a P4, em nenhum momento observaram-se comportamentos que pudessem sugerir desencadeamento de reações psicopatológicas ou que necessitassem de intervenções psicológicas específicas.

Quinta sessão de acompanhamento psicológico (12/03/2021). P4 compareceu desacompanhado, já em fase de protetização, com moldes iniciais e testes com prótese provisória. Como o processo de protetização de P4 estava sendo realizado em clínica particular, P4 conseguiu uma prótese bastante moderna (prótese eletrônica), que permite realização de diversas funções, tais como a função de garra com a mão.

A prótese eletrônica testada por P4 permitiu que até as atividades que P4 realizava com adaptação (e. g., limpar galinha caipira) fossem possíveis de serem realizadas de maneira mais natural possível.

P4 revelou percepção de boa rede de apoio emocional e operacional desde o acidente. Exemplo da rede emocional organizada para facilitar o tratamento de P4 foi a mobilização de familiares e amigos que alternavam os cuidados com curativos e transporte para o hospital, durante esta fase do tratamento. Além disto, P4 também recebeu suporte operacional dos

profissionais de saúde que o acompanharam, e que, sempre que possível, buscavam conhecimento acerca de tecnológicas e trâmites burocráticos que poderiam facilitar a sua reabilitação. Por exemplo, o paciente citou o momento em que a pesquisadora o acompanhou até o Serviço Social, percebendo que tal momento expressava cuidado da profissional para com ele. P4 acreditava que a rede de suporte formada se manteve presente durante todo o processo o que, decerto, facilitou a sua adaptação à nova realidade.

P4 foi convidado a responder, novamente, os Instrumentos aplicados na primeira sessão de acompanhamento psicológico. Em relação à aplicação dos Instrumentos nesta sessão, pode-se perceber:

(a) *Brief Cope Scale*: o estilo de enfrentamento mais utilizado na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico manteve-se focado na emoção ($n = 32$), com comportamentos de uso de suporte emocional ($n = 8$), religião/religiosidade ($n = 8$) e aceitação ($n = 8$). Contudo, observou-se um aumento considerável no uso de enfrentamento focado no problema ($n = 29$), com principais estratégias o enfrentamento ativo ($n = 8$) e o planejamento ($n = 8$). O uso destas estratégias de enfrentamento indica uma tendência de P4 de reagir a situações adversas de maneira resolutiva (Tabela 16).

(b) HADS: percebe-se que P4 apresentou baixíssimos escores de ansiedade e depressão, afastando a hipótese de algum tipo de reação psicopatológica. Nas subescalas foram obtidas as seguintes pontuações:

(b.1) Subescala Depressão: na avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, P4 apresentou escore ($n = 1$) (Figura 7) e na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, P4 apresentou redução deste escore, com ($n = 0$);

(b.2) Subescala Ansiedade: na avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, P4 apresentou escore ($n = 4$). Na avaliação da quinta sessão de

acompanhamento psicológico, P4 apresentou redução de um ponto nesta subescala, com escore (n = 3) (Figura 8).

(c) SWLS: P4 apresentou escore (n = 25) na primeira sessão de acompanhamento psicológico, aumentando tal escore para (n = 27) na quinta sessão de acompanhamento psicológico. P4 apresentou aumento na pontuação nas afirmações “As condições da minha vida são excelentes” e “Estou satisfeito com minha vida”, o que pode estar associado à evolução do processo bem-sucedido de protetização.

(d) IES-R: é possível observar que houve significativa redução do escore no Instrumento do Impacto do Evento. Na avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, P4 pontuou escore (n = 25). Já na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, o escore de P4 foi de (n = 10) (Figura 9).

(e) Índice de Barthel: P4 manteve como característica muito forte a independência e autonomia, mantendo escore de (n = 100) em todas as avaliações (Figura 10).

A seguir, na Tabela 13, estão listadas as principais respostas de P4 aos Instrumentos na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico.

Tabela 13

Principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P4

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Uso de suporte emocional n = 8 Religião/religiosidade n = 8 Enfrentamento ativo n = 8 Planejamento n = 8
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 0.
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 3.

Tabela 13

Principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P4 (Cont.)

<p>SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)</p>	<p>Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 7; As condições da minha vida são excelentes = 5; Estou satisfeito com a minha vida = 5; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 7; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 3.</p>
<p>Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional</p>	<p>Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: independente = 10; Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i>: independente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i>: independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.</p>
<p>IES-R</p>	<p>Subescala Inclusão = 7; Subescala Evitação = 3; Subescala Hiperestimulação = 0.</p>

Primeira avaliação de *follow-up* (seis meses; 27/05/2021). P4 foi reavaliado após seis e 12 meses após o acidente. Nestas sessões, como o objetivo do estudo era reaplicar os Instrumentos utilizados, todos os temas abordados pelo paciente foram acolhidos e tiveram intervenções pontuais, com o objetivo de proporcionar acolhimento e escuta qualificada.

P4 compareceu de maneira calma e cooperativa ao atendimento. Eufímico, afeto congruente, discurso coeso em ritmo e fluxo adequado, P4 relatou que “As dificuldades e barreiras burocráticas encontradas foram mais desafiadoras do que lidar com a própria limitação física”. P4 foi convidado a responder novamente aos Instrumentos, detalhados a seguir.

(a) *Brief Cope Scale*: P4 manteve o padrão de aumento de uso de estratégias de enfrentamento focado no problema ($n = 30$), se comparado à avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico. Dentre os comportamentos de enfrentamento focado no problema, destacam-se enfrentamento ativo ($n = 8$) e planejamento ($n = 8$). Apesar do aumento do uso de estratégias focadas no problema, P4 manteve enfrentamento prioritário, focado na emoção. As estratégias mais pontuadas na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses) foram autodistração ($n = 8$), aceitação ($n = 8$) e religião/religiosidade ($n = 8$). Percebeu-se a manutenção do padrão do enfrentamento de P4, se comparar as respostas do paciente na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico (Tabela 16).

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão: na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), P4 apresentou escore ($n = 0$) (Figura 7);

(b.2) Subescala Ansiedade: nesta avaliação, P4 manteve escore de ($n = 3$), mesmo escore obtido na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico (Figura 8).

(c) SWLS: na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), P4 apresentou redução de dois pontos se comparado à avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, com escore de ($n = 25$). A redução do escore total no SWLS se deu pela redução da pontuação na afirmação “As condições da minha vida são excelentes”. Ou seja, na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), P4 se identificava menos com esta afirmação.

(d) IES-R: assim como observado na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, nesta avaliação, P4 continuou apresentando redução dos escores acerca do Impacto do Evento, com escore de ($n = 7$).

(e) Índice de Barthel: P4 manteve escore de ($n = 100$) (Figura 10).

Na Tabela 14, estão resumidas as principais respostas de P4 aos Instrumentos aplicados na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses).

Tabela 14

Principais dados obtidos com a avaliação psicológica da primeira avaliação de follow-up (seis meses) de P4

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Uso de suporte emocional n = 8 Religião/religiosidade n = 8 Enfrentamento ativo n = 8 Planejamento n = 8 Aceitação n = 8
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 0.
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 3.
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 7; As condições da minha vida são excelentes = 3; Estou satisfeito com a minha vida = 5; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 7; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 3. Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: independente = 10; Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i> : independente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i> : independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.
Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional	Subescala Intrusão = 3; Subescala Evitação = 4; Subescala Hiperestimulação = 0.
IES-R	

Segunda avaliação de *follow-up* (12 meses; 18/11/2021). P4 foi reavaliado após 12 meses do acidente, na segunda avaliação de *follow-up*.

Tabela 15

Lista de problemas e propostas de soluções P4

Crença disfuncional	Comportamento observado	Intervenção	Comportamento-alvo (ou comportamento desejado)
Sentimento de estranheza após amputação	Não houve alteração comportamental observável diante desta crença.	Reforço dos comportamentos adaptativos (e. g., reforço da manutenção da funcionalidade, a despeito da amputação) e naturalização do momento de adaptação ao novo corpo.	Melhora da percepção de autoimagem.
Vergonha de solicitar ajuda para “limpar uma galinha caipira”	Sente-se receoso.	Elaboração de técnicas alternativas para o corte da galinha (e. g., apoiar a galinha em uma superfície não derrapante; apoiar a galinha com o coto de amputação para a retirada das vísceras).	Aumento da autoeficácia.

(3) A seguir, encontram-se os dados da última avaliação da paciente, seguindo a mesma ordem apresentada anteriormente) *Brief Cope Scale*: P4 apresentou pontuações muito próximas para uso de estratégias de enfrentamento focadas no problema ($n = 29$) e na emoção ($n = 31$). Dentre os comportamentos mais pontuados na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses), destacaram-se o enfrentamento ativo ($n = 8$), planejamento ($n = 8$) e uso de suporte emocional ($n = 8$) (Tabela 16).

Tabela 16*Subescalas da Brief Cope Scale - P4*

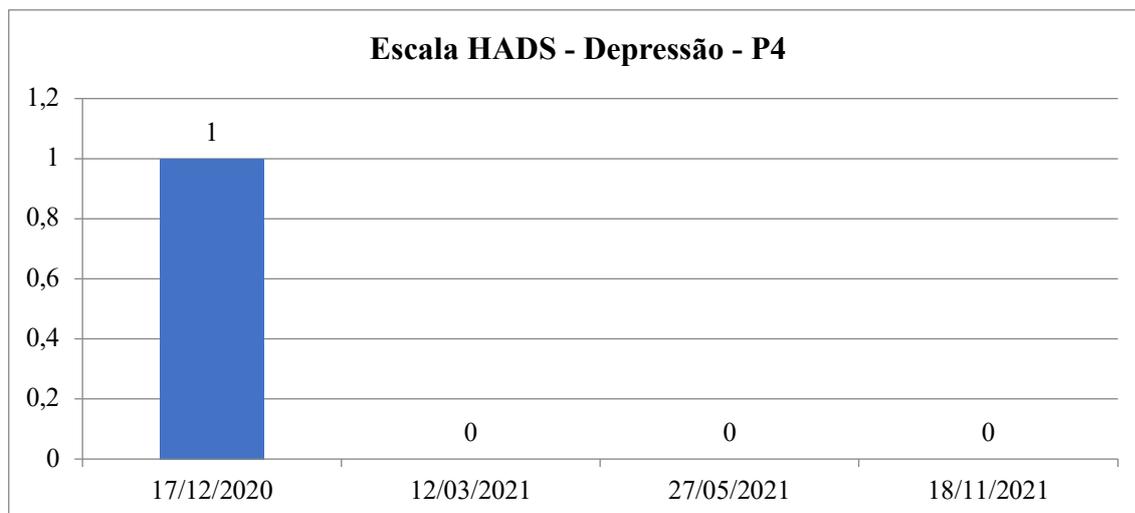
<i>Brief Cope Scale - P4</i>		1ª sessão de acompanhamento psicológico	5ª sessão de acompanhamento psicológico	<i>Follow-up</i> (seis meses)	<i>Follow-up</i> (12 meses)
Total de pontos na Escala		75	74	79	71
Subescalas de Enfrentamento	Estilo de Enfrentamento				
Autodistração	Evitação	8	7	8	5
Enfrentamento Ativo	Focado no Problema	8	8	8	8
Negação	Evitação	4	2	2	2
Uso de Substâncias	Evitação	2	2	2	2
Suporte Emocional	Focado na Emoção	8	8	8	8
Uso de informativos adicionais	Focado no Problema	5	7	8	8
Desengajamento comportamental	Evitação	2	2	2	2
Desabafo (<i>venting</i>)	Focado na Emoção	5	2	4	3
Reestruturação Cognitiva	Focado no Problema	3	6	6	5
Planejamento	Focado no Problema	7	8	8	8
Humor	Focado na Emoção	2	2	3	2
Aceitação	Focado na Emoção	8	8	8	8
Religião/Religiosidade	Focado na Emoção	8	8	8	7
Culpabilização	Focado na Emoção	6	4	4	3

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão: assim como na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses), P4 apresentou escore de (n = 0) nesta subescala (Figura 7).

Figura 7

Pontuação de P4 no Instrumento HADS - subescala Depressão ao longo do estudo

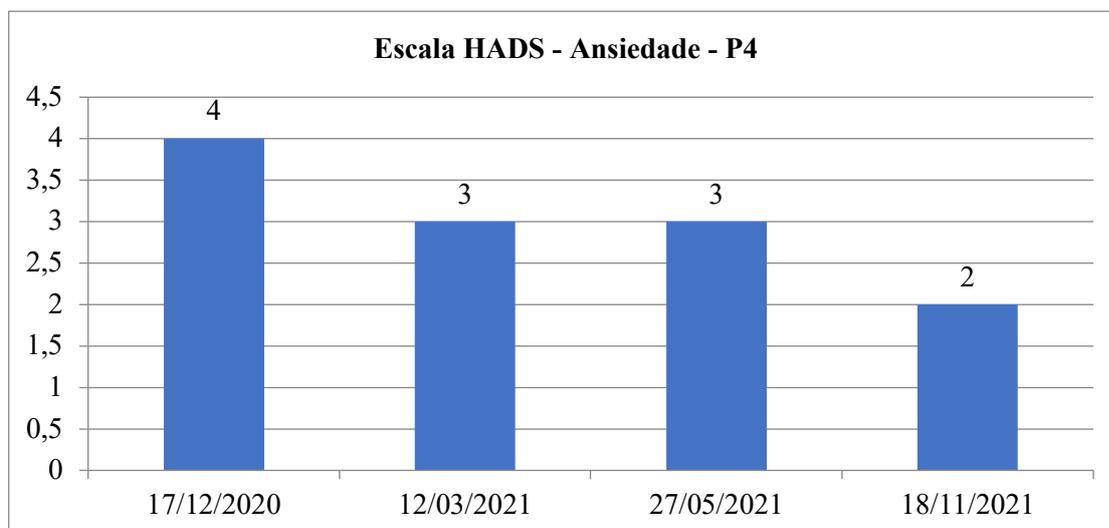


Nota. 17/12/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 12/03/2021 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses); 18/11/2021 - *follow-up* (12 meses).

(b.2) Subescala Ansiedade: P4 obteve leve redução do escore na subescala Ansiedade quando comparado à primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), apresentando escore de ($n = 2$) na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses) (Figura 8).

Figura 8

Pontuação de P4 no Instrumento HADS - subescala Ansiedade ao longo do estudo



Nota. 17/12/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 12/03/2021 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses); 18/11/2021 - *follow-up* (12 meses).

(c) SWLS: na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses), P4 apresentou a maior pontuação - ou seja, momento em que expressou percepção de maior satisfação com a vida ao longo do estudo -, com escore de (n = 29). O aumento do escore total no SWLS se deu pelo aumento da pontuação nas afirmações “As condições da minha vida são excelentes” e “Estou satisfeito com minha vida” (Tabela 17).

Tabela 17

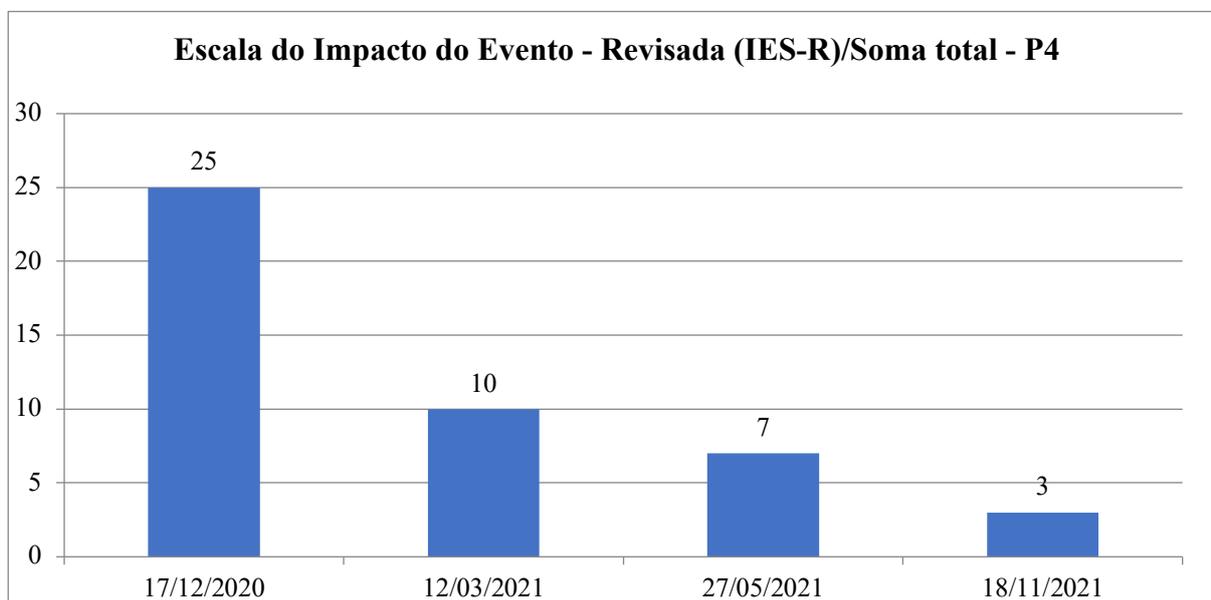
Pontuação de P4 no Instrumento Satisfaction With Life ao longo do estudo

Afirmações do SWLS	Resposta de P4 em 17/12/2020 - 1ª sessão de acompanhamento psicológico	Resposta de P4 em 12/03/2021 - 5ª sessão de acompanhamento psicológico	Resposta de P4 em 27/05/2021 - <i>follow-up</i> (seis meses)	Resposta de P4 em 18/11/2021 - <i>follow-up</i> (12 meses)
Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.	7	7	7	7
As condições da minha vida são excelentes.	3	5	3	6
Estou satisfeito com minha vida.	3	5	5	6
Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.	7	7	7	7
Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.	5	3	3	3
Escore total no Instrumento SWLS	25	27	15	29

(d) IES-R: assim como observado na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses), P4 continuou apresentando redução dos escores acerca do Impacto do Evento, com escore de (n = 3), conforme apresentado na Figura 9.

Figura 9

Pontuação de P4 na Escala do Impacto do Evento Revisada (IES-R) - Somatório Total ao longo do estudo

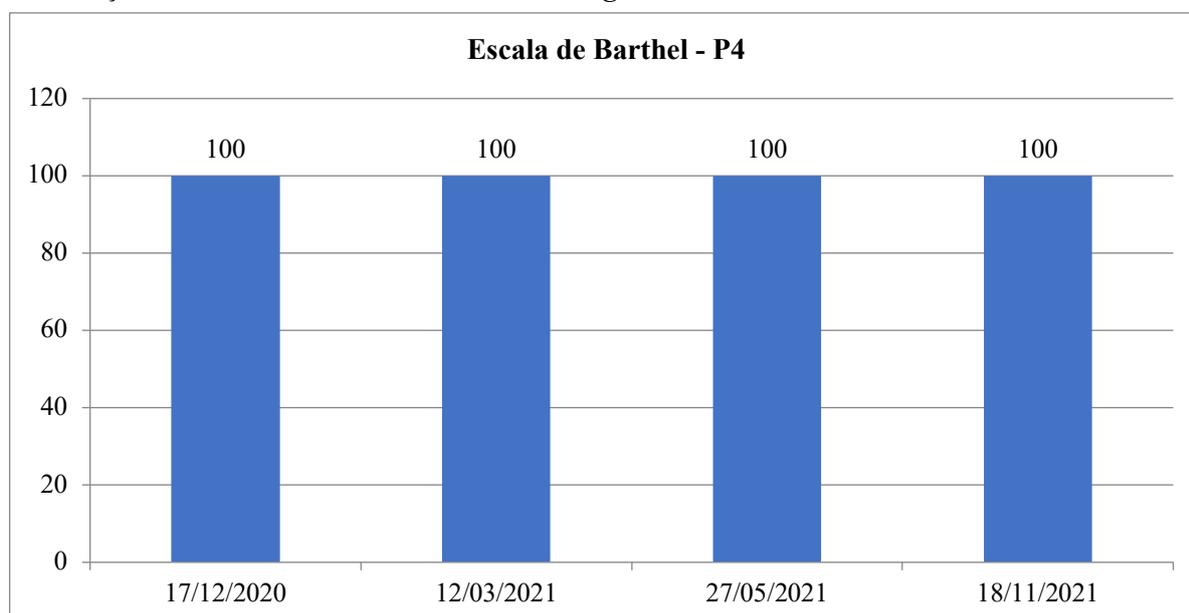


Nota. 17/12/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 12/03/2021 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses); 18/11/2021 - *follow-up* (12 meses).

(e) Índice de Barthel: P4 manteve escore de (n = 100), como mostra a Figura 10.

Figura 10

Pontuação de P4 na Escala de Barthel ao longo do estudo



Nota. 17/12/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 12/03/2021 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses); 18/11/2021 - *follow-up* (12 meses).

Na Tabela 18, estão resumidas as principais respostas de P4 aos Instrumentos aplicados na segunda avaliação de *follow-up* (12 meses).

Tabela 18

Principais dados obtidos com a avaliação psicológica da segunda avaliação de follow-up (12 meses) de P4

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Uso de suporte emocional n = 8 Enfrentamento ativo n = 8 Planejamento n = 8 Religião/Religiosidade n = 7
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 0.
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 2.
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 7; As condições da minha vida são excelentes = 6; Estou satisfeito com a minha vida = 6; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 7; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 3. Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: independente = 10; Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i> : independente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i> : independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.
Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional	

IES-R

Subescala Intrusão = 2;
Subescala Evitação = 1;
Subescala Hiperestimulação = 0.

P6

Paciente do sexo masculino, 19 anos, trabalhava como marceneiro autônomo.

Paciente deu entrada no Hospital de maneira precoce, menos de 12 horas após a cirurgia de regularização da amputação. Dos três pacientes acompanhados neste estudo, P6 foi o paciente com menor nível de comprometimento físico, com amputação de 1º, 2º e 3º quirodáctilos (dedos polegar, indicador e médio, respectivamente) esquerdos (mão não dominante).

Paciente tinha um familiar (irmã) que trabalhava como enfermeira no Hospital, onde esteve internado, o que facilitou a comunicação da família com a equipe de saúde.

Pôde-se perceber, durante a semana em que esteve internado na Enfermaria, que P6 delegava à irmã os fatos ligados à situação de adoecimento, demonstrando pouco interesse em compreender o seu quadro de saúde e como seria o processo de reabilitação. Assim, a equipe médica se aproximava do leito a fim de explicar as sequelas e tratamento, e P6, de maneira pouco interessada, respondia que todas as informações sobre o seu quadro de saúde deveriam ser repassadas à irmã, principal cuidadora.

Primeira sessão de acompanhamento psicológico (17/12/2020). P6 compareceu acompanhado pela irmã (principal cuidadora). Paciente monossilábico, de difícil abordagem psicológica, limitava-se a responder laconicamente “sim”, “não”, ou, “não sei” às questões formuladas pela pesquisadora. P6 relatou rede de apoio social e informou que os familiares mais próximos (irmã, esposa e genitores) têm oferecido suporte emocional. P6 compareceu à sessão com a mão enfaixada, ainda que não houvesse indicação médica para tal, e esta informação foi confirmada com o próprio paciente, que afirmou que a faixa na mão teria sido “ideia dele”. A informação também foi conferida em registros médicos pelo prontuário eletrônico.

Quando questionado sobre os momentos difíceis que tinha enfrentado na vida, P6 disse que não se recordava de outro momento em que teve que desenvolver estratégias de enfrentamento, não sendo possível identificar qualquer padrão de enfrentamento anterior ao acidente que acarretou a amputação.

P6 foi convidado a responder aos Instrumentos da pesquisa, nesta sessão, com dados obtidos descritos a seguir.

(a) *Brief Cope Scale*: P6 utilizou de estratégias de enfrentamento focadas na emoção ($n = 35$), tendo como principal comportamento o uso de suporte emocional ($n = 8$). O segundo estilo de enfrentamento mais utilizado na primeira sessão de acompanhamento psicológico foi focado no problema ($n = 28$), com comportamentos de planejamento ($n = 8$), enfrentamento ativo ($n = 7$) e uso de informativos adicionais ($n = 7$).

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão: desde a avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, P6 apresentou escore abaixo do escore de corte ($n = 8$), com escore igual a ($n = 5$) (Figura 11);

(b.2) Subescala Ansiedade: na avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, em relação à subescala de ansiedade, P6 obteve escore acima da nota de corte ($n = 8$), com escore equivalente a ($n = 11$) (Figura 12). Nesta avaliação, o escore acima da nota de corte sugeria que P6 apresentasse comportamentos e/ou sentimentos ansiosos. Apesar disso, pela dificuldade de P6 em responder de maneira mais detalhada aos Instrumentos, não foi possível associar esta pontuação alta a qualquer comportamento observado na fala de P6.

(c) SWLS: P6 obteve escore de ($n = 25$), (Tabela 23), o que indica percepção de razoável satisfação com a vida (pontuação máxima neste Instrumento é de 35 pontos).

Destacam-se as afirmações “Estou satisfeito com minha vida”, em que P6 marcou pontuação

máxima (“concordo totalmente”) e “Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal”, que P6 também referiu uma alta pontuação (“concordo”).

(d) IES-R: quanto ao Impacto do Evento, na avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, P6 pontuou escore de (n = 36) (Figura 13). Considerando, que a pontuação máxima na IES-R seja de (n = 88), considera-se que P6 percebia o evento estressor com moderado impacto em sua vida.

(e) Índice de Barthel: na primeira sessão de acompanhamento psicológico, P6 apresentou escore de (n = 95), muito próximo do máximo que o Índice mensura (n = 100). Esta pontuação indica que P6 apresentava bom desenvolvimento de sua independência funcional, ressaltando dificuldades em atividades motoras finas. Por exemplo, P6 reforçava que não era capaz de “fazer um penteado” no cabelo das filhas. Como esta atividade não é mensurada pelo Índice de Barthel, não houve impacto sobre a avaliação de funcionalidade de P6 (Figura 14).

Tabela 19

Principais dados obtidos com a primeira avaliação psicológica de P6

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Uso de suporte emocional n = 8 Planejamento n = 8 Uso de informações de suporte n = 7 Religião/Religiosidade n = 6 Culpabilização n = 6
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 5.
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 11.
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 6; As condições da minha vida são excelentes = 4; Estou satisfeito com a minha vida = 7; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 4; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 4.

Tabela 19

Principais dados obtidos com a primeira avaliação psicológica de P6 (Cont.)

<p><i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)</p>	<p>Uso de suporte emocional n = 8 Planejamento n = 8 Uso de informações de suporte n = 7 Religião/Religiosidade n = 6 Culpabilização n = 6</p>
<p>Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional</p>	<p>Alimentação: precisa de ajuda para cortar, passar manteiga etc., ou dieta modificada = 5; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: independente = 10 Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i>: independente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i>: independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.</p>
<p>IES-R</p>	<p>Subescala Intrusão = 9; Subescala Evitação = 15; Subescala Hiperestimulação = 12.</p>

Segunda sessão de acompanhamento psicológico (07/01/2021). Paciente compareceu à sessão desacompanhado. P6 manteve postura introspectiva, com discurso pouco espontâneo, mesmo quando estimulado pela pesquisadora. Falou sobre a sua percepção de funcionalidade dizendo não ser capaz de realizar atividades motoras finas. Nesta sessão, P4 compareceu com o braço imobilizado por tala, mas desta vez por indicação médica. Tal situação pode ter limitado a percepção de funcionalidade do paciente (limitando, ainda mais, as atividades que ele poderia realizar após a amputação). A pesquisadora compreendeu que, naquele momento, com o uso de tala, não haveria possibilidade de propor tarefas de adaptação de atividades.

O paciente referiu ter pesquisado sobre “mão mecânica”, mostrando o desejo de protetização. Contudo, disse que a ideia de usar uma prótese lhe parecia “estranha”. Apesar

de ter sido estimulado a elaborar o que lhe causava estranheza no uso de prótese, P4 manteve o padrão de respostas lacônicas, como, por exemplo: “não sei, só acho estranho”.

Foi proposto ao paciente o treino de outras AVD, de acordo com as atividades-padrão do Índice de Barthel (Anexo E), quando P6 recebesse autorização médica para a retirada da tala. Nesta sessão, a pesquisadora incentivou que P6 buscasse realizar outras atividades motoras para além da construção de penteados em suas filhas. Anteriormente ao acidente, P6 realizava algumas atividades artesanais (marcenaria), que rendiam algum retorno financeiro. P6 foi reforçado positivamente pela pesquisadora a retomar tais atividades, pois, com o nível de funcionalidade e independência que P6 apresentava, já na segunda sessão de acompanhamento psicológico, estas atividades eram um objetivo possível de ser alcançado (Tabela 18). A pesquisadora também reforçou a importância da participação ativa do paciente em seu processo de recuperação.

Terceira sessão de acompanhamento psicológico (11/02/2021). O paciente compareceu à sessão acompanhado pela irmã (principal cuidadora). Neste encontro, efetuou-se o primeiro atendimento à familiar do paciente. A pesquisadora pretendia compreender se a dificuldade de comunicação observada era contingência de algum contexto específico do atendimento em saúde. Levantou-se a hipótese de que tais observações seriam pela dificuldade de P6 em abordar o tema amputação, ou se por traço(s) de personalidade.

A irmã informou que P6 sempre manteve postura introspectiva, com dificuldade de expressar sentimentos (inclusive, com dificuldade de nomear sentimentos e emoções), sendo caracterizado como “tímido” pelos familiares. Referiu que P6 também não compartilhava, com nenhum familiar, as suas percepções acerca da amputação e das limitações impostas pela sua condição atual.

O paciente já havia sido autorizado pela equipe médica a retirar a tala, mas compareceu à sessão com a mão enfaixada. Disse que usava o enfaixamento pois, como

afirmou, “não gosto de olhar [a mão], é estranho”. O uso de tala, mesmo que sem necessidade, associado a esta fala, indica, à pesquisadora, dificuldade de P6 em lidar com a sua autoimagem. Neste momento, a pesquisadora abordou crenças disfuncionais e distorções cognitivas de P6, utilizando técnicas de psicoeducação e ressignificação cognitiva quanto à não necessidade da tala sem recomendação médica, o que limitava a independência de P6. Contudo, P6 não expressou abertura para discutir tais temas.

Diante da dificuldade de comunicação do paciente, o exame foi prejudicado. Não foi possível abordar questões relativas à qualidade/satisfação de vida com P6.

Quarta sessão de acompanhamento psicológico (25/02/2021). O paciente compareceu acompanhado pela irmã, que se apresentava como principal cuidadora, se manteve embotado, com dificuldade de expressar emoções e sentimentos aos interlocutores.

Quanto ao tópico da sessão, que dizia respeito à autoestima e alterações corporais, P6 referiu que iria adquirir “uma luva fina” para esconder a amputação. Disse que “[...] evito que outras pessoas encostem [na mão]... esteticamente não é bonito, né [*sic*]?”. Quando questionado como projetava a sua autoimagem a médio/longo prazo, o paciente afirmou que se imaginava usando prótese, mesmo que esta fosse meramente estética.

P6 mencionou que se surpreendeu com o “o carinho e apoio” recebido dos familiares. Iniciou falas e comportamentos de ressignificação. Comentou, por exemplo, que estava recebendo carinho de suas filhas que começaram a “normatizar” a sua deficiência adquirida. A pesquisadora utilizou a forma como as filhas de P6 reagiram à amputação, a fim de reforçar que existem maneiras mais funcionais para que ele próprio pudesse reagir à estética da mão amputada (Tabela 18).

Quinta sessão de acompanhamento psicológico (15/03/2021). P6 compareceu desacompanhado, sem qualquer aparato que tampasse o coto de amputação, demonstrando-se mais seguro quanto à sua autoimagem.

Quanto à rede de apoio, o paciente referiu que percebeu auxílio emocional e operacional dos familiares, que começaram a auxiliá-lo a ser reinserido no mercado de trabalho. Também mencionou a melhora da funcionalidade segundo as atividades mensuradas no Índice de Barthel (Anexo E), com início de desenvolvimento, inclusive, de atividades motoras finas. P6 não deu início ao processo de protetização (delegou esta função à sua irmã), e não sabia informar se já estava na lista da Secretaria de Estado de Saúde, para modelagem de prótese.

P6 foi convidado a responder aos Instrumentos aplicados na primeira sessão de acompanhamento psicológico, com destaque aos seguintes dados:

(a) *Brief Cope Scale*: houve redução de estratégias de enfrentamento focadas no problema ($n = 23$) e na emoção ($n = 29$), e aumento de uso de estratégias de evitação ($n = 16$). Contudo, ainda predominou o enfrentamento focado na emoção, com principais comportamentos de uso de suporte emocional ($n = 8$) e autodistração ($n = 8$) (Tabela 19).

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão: P6 apresentou redução do escore, se comparado à avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, com escore de ($n = 3$) (Figura 11);

(b.2) Subescala Ansiedade: também na subescala Ansiedade, assim como na subescala Depressão, P6 apresentou redução do escore, com ($n = 9$) (Figura 12).

(c) SWLS: P6 apresentou aumento de escore, se comparada à avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico, com total de ($n = 29$) (Tabela 20).

(d) IES-R: na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, percebeu-se uma redução significativa do escore na Escala de Impacto do Evento. P6 obteve pontuação de ($n = 26$), 10 pontos a menos do que a avaliação da primeira sessão de acompanhamento psicológico (Figura 13).

(e) Índice de Barthel: P6 obteve aumento no Índice, atingindo pontuação máxima de (n = 100) (Figura 14).

Na Tabela 20, estão apresentadas as principais respostas de P6 aos Instrumentos na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico.

Tabela 20

Principais dados obtidos com a segunda avaliação psicológica de P6

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Uso de suporte emocional n = 8 Autodistração n = 8 Planejamento n = 6 Uso de informações de suporte n = 6 Religião/Religiosidade n = 3 Culpabilização n = 3
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 3.
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 9.
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 5; As condições da minha vida são excelentes = 7; Estou satisfeito com a minha vida = 7; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 5; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 5. Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/Barbear = 5; Vestir-se: independente = 10; Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i> : independente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i> : independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.
Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional	
IES-R	Subescala Intrusão = 7; Subescala Evitação = 12; Subescala Hiperestimulação = 7.

Primeira avaliação de *follow-up* (seis meses; 05/04/2021). O paciente foi reavaliado seis meses após o acidente. Nesta sessão, como o objetivo do estudo era reaplicar os Instrumentos utilizados, todos os temas abordados pelo paciente foram acolhidos e tiveram intervenções pontuais, com o objetivo de proporcionar acolhimento e escuta qualificada.

Nesta sessão, P6 demonstrou mais conforto com o coto de amputação, sendo capaz de manter o olhar no coto e sem utilizar qualquer aparato (luva ou faixa) para escondê-lo.

Ao elaborar os primeiros seis meses após a amputação, o paciente relatou as dificuldades burocráticas encontradas e o desgaste emocional no acompanhamento prolongado em saúde. Citou a dificuldade em ter acesso ao Benefício do Auxílio-doença e o alto custo financeiro em manter o transporte para as consultas regulares. Na Tabela 21, estão listadas as principais crenças disfuncionais de P6 ao longo do acompanhamento. Na referida Tabela, também estão as intervenções realizadas pela pesquisadora e os comportamentos desejados (ou comportamentos-alvo).

Tabela 21

Lista de problemas e propostas de soluções P6

Crença disfuncional	Comportamento observado	Intervenção	Comportamento-alvo (ou comportamento desejado)
“Usar prótese é estranho”.	Evitar falar sobre processo de protetização.	Psicoeducação.	Maior engajamento do tratamento de reabilitação, estabelecer crenças mais funcionais sobre o uso de prótese.
“Não consigo realizar atividades motoras”.	Desinvestimento em atividades motoras.	Reforço positivo das atividades motoras que o paciente consegue realizar.	Aumento da percepção de funcionalidade e autoeficácia.
“Não gosto de olhar a mão, é estranho”; “Esteticamente não é bonita, né [<i>sic</i>]”.	Uso de tala, luva e curativos no coto de amputação sem indicação médica, tais órteses limitam a funcionalidade do paciente.	Ressignificação do corpo amputado; psicoeducação.	Interromper o uso de órteses desnecessárias que limitam a funcionalidade.

P6 foi convidado a responder novamente aos Instrumentos. Abaixo, estão apresentadas as respostas *Brief Cope Scale*: as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por P6 na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses) foram do tipo focadas na emoção (n = 31), com comportamentos de autodistração (n = 8) e uso de suporte emocional (n = 8), padrão semelhante ao observado na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico. Na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), surgiram, com escores mais altos, comportamentos do estilo de enfrentamento focado no problema (n = 28), como enfrentamento ativo (n = 8), planejamento (n = 8) pontos e aceitação (n = 8) (Tabela 22).

Tabela 22*Subescalas da Brief Cope Scale - P6*

<i>Brief Cope Scale</i> - P4		1ª sessão de acomp. psicológico	5ª sessão de acomp. psicológico	<i>Follow-up</i> (seis meses)	<i>Follow-up</i> (12 meses)
Total de pontos na Escala		78	68	72	Não respondeu.
Subescalas de Enfrentamento	Estilo de Enfrentamento				
Autodistração	Evitação	5	8	8	Não respondeu.
Enfrentamento Ativo	Focado no Problema	7	5	8	Não respondeu.
Negação	Evitação	5	4	3	Não respondeu.
Uso de Substâncias	Evitação	2	2	2	Não respondeu.
Suporte Emocional	Focado na Emoção	8	8	8	Não respondeu.
Uso de informativos adicionais	Focado no Problema	7	6	6	Não respondeu.
Desengajamento comportamental	Evitação	3	2	2	Não respondeu.
Desabafo (<i>venting</i>)	Focado na Emoção	4	3	2	Não respondeu.
Reestruturação Cognitiva	Focado no Problema	6	6	6	Não respondeu.
Planejamento	Focado no Problema	8	6	8	Não respondeu.

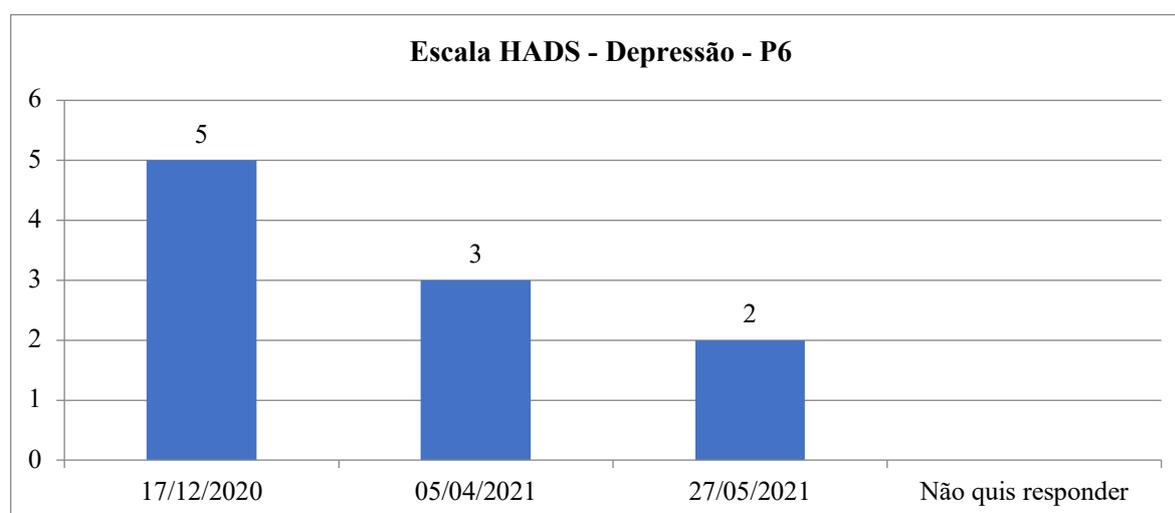
Tabela 22*Subescalas da Brief Cope Scale - P6 (Cont.)*

<i>Brief Cope Scale - P4</i>		1ª sessão de acompanhamento psicológico	5ª sessão de acompanhamento psicológico	<i>Follow-up</i> (seis meses)	<i>Follow-up</i> (12 meses)
Total de pontos na Escala		78	68	72	Não respondeu.
Subescalas de Enfrentamento	Estilo de Enfrentamento				
Humor	Focado na Emoção	6	6	5	Não respondeu.
Aceitação	Focado na Emoção	5	6	8	Não respondeu.
Religião/Religiosidade	Focado na Emoção	6	3	5	Não respondeu.
Culpabilização	Focado na Emoção	6	3	3	Não respondeu.

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão: na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), P6

manteve padrão de redução do escore na subescala Depressão, obtendo escore de (n = 2) (Figura 11).

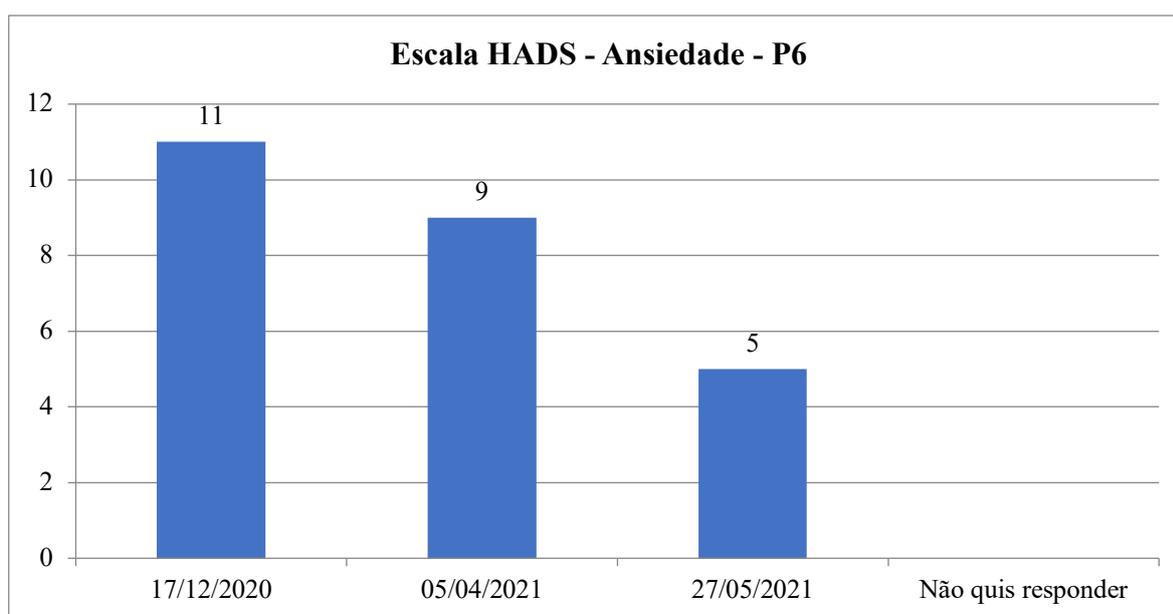
Figura 11*Pontuação de P6 no Instrumento HADS - subescala Depressão ao longo do estudo*

Nota. 17/12/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 05/04/2021 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses), *follow-up* (12 meses) - não quis responder.

(b.2) Subescala Ansiedade: assim como na subescala Depressão, também na subescala Ansiedade P6 manteve redução dos escores ao longo do estudo. Na primeira avaliação de *follow-up* (seis meses), a pontuação de P6 foi de (n = 5) (Figura 12). Na segunda avaliação de *follow-up* (seis meses), P6 apresentou escore na subescala Ansiedade abaixo do escore de corte (n = 8).

Figura 12

Pontuação de P6 no Instrumento HADS - subescala Ansiedade ao longo do estudo



Nota. 17/12/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 05/04/2021 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses), *follow-up* (12 meses) - não quis responder.

(c) SWLS: P6 manteve escore igual na avaliação da quinta sessão de acompanhamento psicológico, com (n = 29) (Tabela 23).

Tabela 23

Pontuação de P6 no Instrumento Satisfaction With Life ao longo do estudo

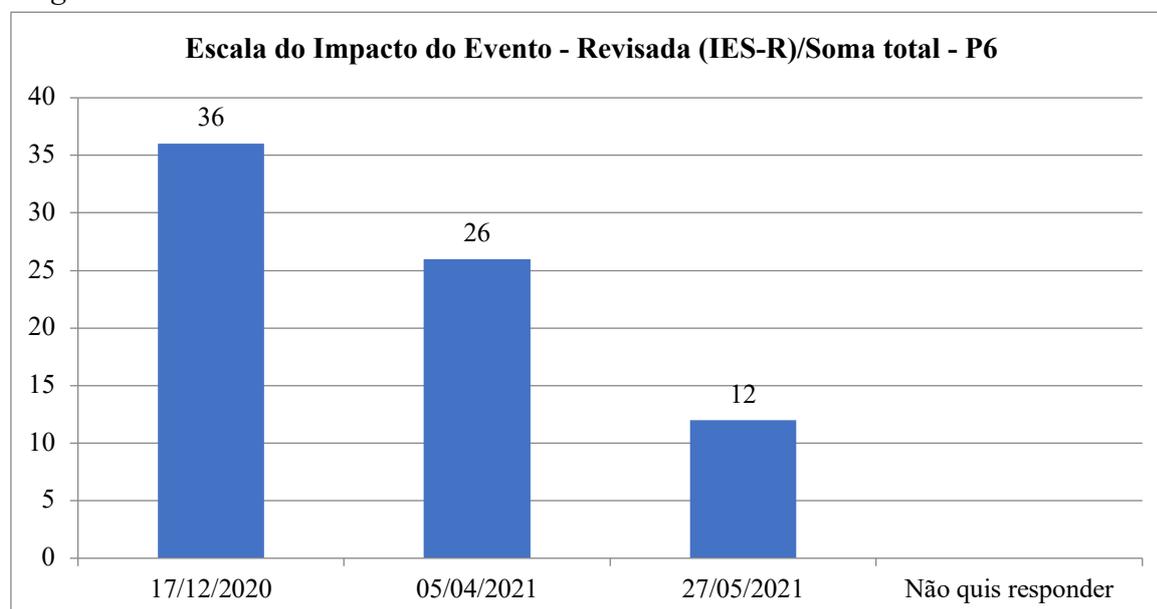
Afirmações do SWLS	Resposta de P6 em 17/12/2020 1ª sessão de acompanhamento psicológico	Resposta de P6 em 05/04/2021 5ª sessão de acompanhamento psicológico	Resposta de P6 em 27/05/2021 <i>follow-up</i> (seis meses)	Resposta do P6 <i>follow-up</i> (12 meses)
Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.	6	5	5	Não respondeu
As condições da minha vida são excelentes.	4	7	7	Não respondeu
Estou satisfeito com minha vida.	7	7	7	Não respondeu
Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.	4	5	5	Não respondeu
Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.	4	5	5	Não respondeu

(d) IES-R: P6 apresentou nova redução do escore nesta avaliação, com (n = 12)

(Figura 13).

Figura 13

Pontuação de P6 na Escala do Impacto do Evento Revisada (IES-R) - Somatório Total ao longo do estudo

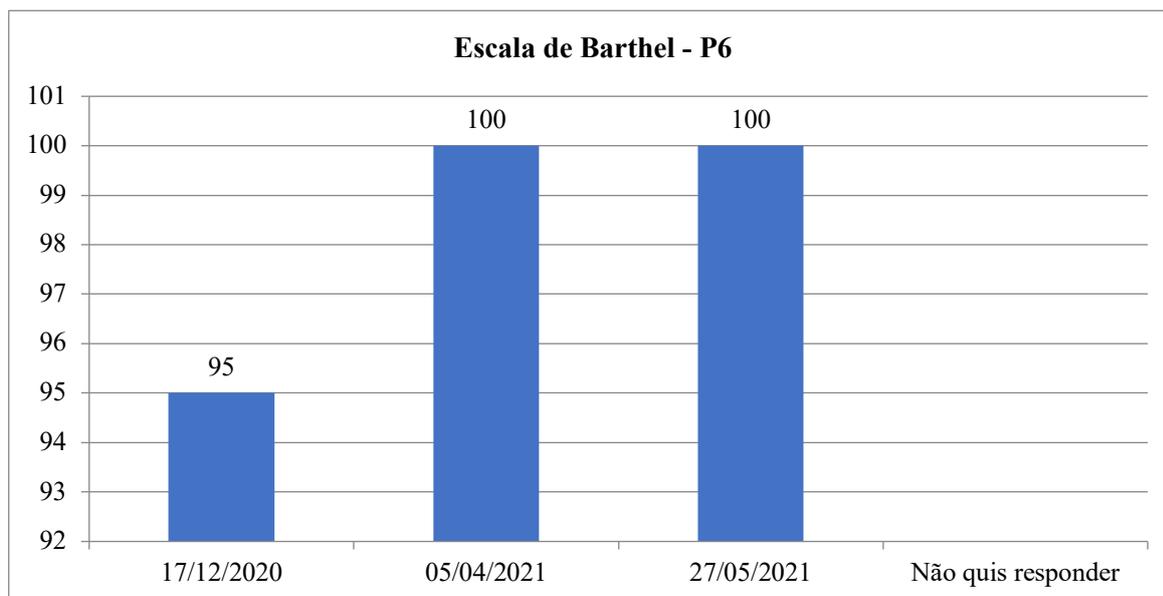


Nota. 17/12/2020 - Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 05/04/2021 - Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses), *follow-up* (12 meses) - não quis responder.

(e) Índice de Barthel: observou-se manutenção do escore, com (n = 100) (Figura 14).

Figura 14

Pontuação de P6 na Escala de Barthel ao longo do estudo



Nota. 17/12/2020 Primeira sessão de acompanhamento psicológico; 05/04/2021 Quinta sessão de acompanhamento psicológico; 27/05/2021 - *follow-up* (seis meses), *follow-up* (12 meses) - não quis responder.

Na Tabela 24, estão resumidas as principais respostas de P6 aos Instrumentos.

Tabela 24

Principais dados obtidos com a avaliação psicológica do primeiro follow-up (seis meses) de P6

<i>Brief Coping Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Uso de suporte emocional n = 8 Autodistração n = 8 Planejamento n = 8 Uso de informações de suporte n = 6 Religião/Religiosidade n = 5 Culpabilização n = 3
HADS - Subescala Depressão (ponto de corte n = 8)	N = 2.

Tabela 24

Principais dados obtidos com a avaliação psicológica do primeiro follow-up (seis meses) de

P6 (Cont.)

<i>Brief Cope Scale</i> (cada subescala pode ter escore mínimo de 2 pontos e escore máximo de 8 pontos)	Uso de suporte emocional n = 8 Autodistração n = 8 Planejamento n = 8 Uso de informações de suporte n = 6 Religião/Religiosidade n = 5 Culpabilização n = 3
HADS - Subescala Ansiedade (ponto de corte n = 8)	N = 5.
SWLS - (cinco afirmações que o paciente pode escolher entre “1 - discordo totalmente” a “7 concordo totalmente”)	Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima do meu ideal = 5; As condições da minha vida são excelentes = 7; Estou satisfeito com a minha vida = 7; Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da minha vida = 5; Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida = 5.
Índice de Barthel - São apresentadas 10 atividades com escores entre “0 (incapacitado)” e “10 (independente)”. O paciente responde de acordo com a sua percepção de independência funcional	Alimentação: independente = 10; Banho: independente = 5; Atividades Rotineiras: independente rosto/cabelo/dentes/barbear = 5; Vestir-se: independente = 10; Intestino: continente = 10; Sistema Urinário: continente = 10; Uso do <i>Toilette</i> : independente = 10; Transferência da cama para a cadeira e <i>vice-versa</i> : independente = 15; Mobilidade: independente = 15; Escadas: independente = 10.
IES-R	Subescala Intrusão = 1; Subescala Evitação = 8; Subescala Hiperestimulação = 2.

Segunda avaliação de *follow-up* (12 meses). Apesar de inúmeras tentativas de agendamento, P6 não compareceu para a segunda avaliação de *follow-up* (12 meses). O Serviço de Psicologia foi disponibilizado para suporte, caso surgissem outras demandas.

Tópico (3): comparativo dos escores médios dos pacientes

Neste tópico, estão apresentadas as médias obtidas por cada paciente nos Instrumentos utilizados. Seguindo a mesma ordem, estão listadas as pontuações de P1, P4 e P6 nos Instrumentos utilizados, e, ao final de cada tabela, está apresentada a média simples de cada paciente no uso de cada Instrumento.

Tabela 25

Evolução dos estilos de enfrentamento dos participantes ao longo do estudo

Participante	1ª sessão de acompanhamento psicológico	5ª sessão de acompanhamento psicológico	Primeiro <i>follow-up</i> (seis meses)	Segundo <i>follow-up</i> (12 meses)
P1	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 13; Enfrentamento focado no problema = 27; Enfrentamento focado na emoção = 33.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 17; Enfrentamento focado no Problema = 23; Enfrentamento focado na emoção = 27.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 19; Enfrentamento focado no Problema = 15; Enfrentamento focado na emoção = 25.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 21; Enfrentamento focado no Problema = 30; Enfrentamento focado na emoção = 35.
P4	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 16; Enfrentamento focado no problema = 23; Enfrentamento focado na emoção = 37.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 11; Enfrentamento focado no problema = 29; Enfrentamento focado na emoção = 32.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 14; Enfrentamento focado no problema = 30; Enfrentamento focado na emoção = 35.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 11; Enfrentamento focado no problema = 29; Enfrentamento focado na emoção = 31.
P6	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 15; Enfrentamento focado no problema = 28; Enfrentamento focado na emoção = 35.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 16; Enfrentamento focado no problema = 23; Enfrentamento focado na emoção = 29.	Estilo de Enfrentamento do tipo evitação = 15; Enfrentamento focado no problema = 28; Enfrentamento focado na emoção = 31.	Não respondeu.

Pode-se perceber que todos os participantes tiveram enfrentamento predominantemente do tipo focado na emoção, independente da fase do estudo em que se encontravam.

Em relação a P1, é importante destacar que houve aumento do estilo de enfrentamento do tipo evitação, se comparar os escores da segunda avaliação de *follow-up* (12 meses) com a primeira sessão de acompanhamento psicológico. Este dado pode estar relacionado a uma pior adaptação de P1 após a amputação.

P4 apresentou aumento de enfrentamento focado no problema ao longo do estudo. Este dado está em consonância com dados do mesmo paciente em outros instrumentos, conforme discutido no decorrer deste trabalho.

P6 manteve os escores de enfrentamento do tipo evitação e focado no problema. Apresentou redução do enfrentamento focado na emoção, o que também pode estar relacionado à dificuldade de P6 em manifestar sentimentos e/ou emoções, conforme os dados relatados nesta seção.

(b) HADS:

(b.1) Subescala Depressão:

Tabela 26

Médias dos escores dos participantes na subescala Depressão (HADS) ao longo do estudo

Acompanhamento HDAS - Subescala Depressão ao longo do estudo					
P1) 1ª avaliação - escore n = 11	P1) 2ª avaliação - escore n = 6	P1) 3ª avaliação - escore n = 16	P1) 4ª avaliação - escore n = 4	P1) Média dos escores - n = 9,25	HADS nota de corte n = 8
P4) 1ª avaliação - escore n = 1	P4) 2ª avaliação - escore n = 0	P4) 3ª avaliação - escore n = 0	P4) 4ª avaliação - escore n = 0	P4) Média dos escores - n = 0	HADS nota de corte n = 8
P6) 1ª avaliação - escore n = 5	P6) 2ª avaliação - escore n = 3	P6) 3ª avaliação - escore n = 2	P6) 4ª avaliação - não respondeu	P6) Média dos escores obtidos n = 3,33	HADS nota de corte n = 8

Pode-se perceber, através da Tabela 26, que P1 sempre teve escore aumentado para a subescala depressão. Mesmo na primeira avaliação, a paciente apresentou escore de 11 pontos. Contudo, ao longo das sessões de acompanhamento psicológico, houve redução do escore inicial de depressão de 11 pontos para 9,25 pontos, aproximando-se do escore de corte.

É possível observar, pela pontuação de P4, ao longo do estudo, que o paciente destoa da curva normal da expressão de escores relativos à depressão. No uso da HADS, subescala depressão, usualmente, mesmo pacientes não deprimidos pontuam escore próximo de oito pontos. P4, desde a primeira sessão de acompanhamento psicológico, apresentava escores muito abaixo da nota de corte nesta subescala.

A partir da avaliação dos escores de P6, ao longo do estudo, percebeu-se que o paciente manteve os escores na subescala depressão abaixo do índice de corte para a população clínica ($n = 8$), desde a primeira sessão de acompanhamento psicológico. Contudo, faz-se necessário ressaltar que as médias de P6 podem estar enviesadas, uma vez que o participante se recusou a responder à segunda avaliação de *follow-up* (12 meses), o que poderia sugerir uma falsa sensação de recuperação e melhora nos escores de P6.

(b.2) Subescala Ansiedade:

Tabela 27

Médias dos escores dos participantes na subescala Ansiedade (HADS) ao longo do estudo

Acompanhamento HDAS - Subescala Ansiedade ao longo do estudo					
P1) 1ª avaliação - escore n = 16	P1) 2ª avaliação - escore n = 16	P1) 3ª avaliação - escore n = 18	P1) 4ª avaliação - escore n = 11	P1) Média dos escores - n = 15,25	HADS nota de corte - n = 8
P4) 1ª avaliação - escore n = 4	P4) 2ª avaliação - escore n = 3	P4) 3ª avaliação - escore n = 3	P4) 4ª avaliação - escore n = 2	P4) Média dos escores - n = 3	HADS nota de corte - n = 8
P6) 1ª avaliação - escore n = 11	P6) 2ª avaliação - escore n = 9	P6) 3ª avaliação - escore n = 5	P6) 4ª avaliação - não respondeu	P6) Média dos escores obtidos - n = 8,33	HADS nota de corte - n = 8

A Tabela 27 mostra que P1 sempre apresentou escores que indicavam ansiedade em níveis elevados (maiores que 11 pontos), estando sempre acima do índice de corte ($n = 8$) para a população clínica. Ao longo do acompanhamento psicológico, de *follow-up*, P1 ocorreu uma redução do escore de Ansiedade mais alto ($n = 18$, na primeira avaliação de *follow-up* - seis meses) para $n = 15,25$ (perda de 2,75 pontos).

No caso de P4, observou-se que o paciente apresentou tendência a manter os escores de ansiedade abaixo do índice de corte. Já em relação a P6, pode-se observar que ele apresentou tendência a escores mais altos. A avaliação pode ter sido prejudicada, pois o participante se recusou a participar da segunda avaliação de *follow-up* (12 meses).

(c) SWLS:

Tabela 28

Médias dos escores dos participantes no instrumento Satisfaction With Life (SWLS) ao longo do estudo

Acompanhamento SWLS					
P1) 1ª avaliação - escore $n = 17$	P1) 2ª avaliação - escore $n = 14$	P1) 3ª avaliação - escore $n = 12$	P1) 4ª avaliação - escore $n = 18$	P1) Média dos escores - $n = 15,25$	SWLS 35 pontos máximos
P4) 1ª avaliação - escore $n = 25$	P4) 2ª avaliação - escore $n = 27$	P4) 3ª avaliação - escore $n = 25$	P4) 4ª avaliação - escore $n = 29$	P4) Média dos escores - $n = 26,5$	SWLS 35 pontos máximos
P6) 1ª avaliação - escore $n = 25$	P6) 2ª avaliação - escore $n = 29$	P6) 3ª avaliação - escore $n = 29$	P6) 4ª avaliação - não respondeu	P6) Média dos escores obtidos - $n = 27,33$	SWLS 35 pontos máximos

A Tabela 28 expõe que, apesar de P1 ter apresentado leve melhora no escore acerca da satisfação com a vida, quando comparada às segunda e terceira avaliações (quinta sessão de acompanhamento psicológico e primeira avaliação de *follow-up* - seis meses, respectivamente), ainda assim, permaneceu distante do escore máximo que o Instrumento permite que alguém avalie a sua Satisfação com a Vida ($n = 35$).

Na Tabela 29, observou-se que P4 apresentou, na quarta avaliação (segunda avaliação de *follow-up* - 12 meses), pontuação próxima à máxima da SWLS, indicando que, na evolução do estudo, P4 teve percepção de maior satisfação com a vida.

A Tabela 28 demonstra que P6 apresentou ganho de 4 pontos na SWLS ao longo do estudo, aproximando-se da pontuação máxima do Instrumento. Tal resposta sugere que o paciente obteve melhora na percepção da satisfação com a vida.

(d) IES-R:

Tabela 29

Médias dos escores dos participantes na Escala do Impacto Revisada (IES-R) ao longo do estudo

Acompanhamento IES-R					
P1) 1 ^a avaliação - escore n = 82	P1) 2 ^a avaliação - escore n = 44	P1) 3 ^a avaliação - escore n = 43	P1) 4 ^a avaliação - escore n = 40	P1) Média dos escores - n = 52,25	IES-R 88 pontos máximos
P4) 1 ^a avaliação - escore n = 25	P4) 2 ^a avaliação - escore n = 10	P4) 3 ^a avaliação - escore n = 7	P4) 4 ^a avaliação - escore n = 3	P4) Média dos escores - n = 11,25	IES-R 88 pontos máximos
P6) 1 ^a avaliação - escore n = 36	P6) 2 ^a avaliação - escore n = 26	P6) 3 ^a avaliação - escore n = 12	P6) 4 ^a avaliação - não respondeu	P6) Média dos escores obtidos - n = 24,66	IES-R 88 pontos máximos

A Tabela 29 mostra redução progressiva dos escores de P1 na IES-R, indicando que, gradualmente, o acidente foi tendo menor impacto sobre a vida da paciente. Entretanto, a média dos escores de P1 (n = 52,25) foi alta, indicando que o evento ainda representava impacto importante na vida da paciente, mesmo após 12 meses do acidente.

A Tabela 30 também mostra uma redução progressiva dos escores de P4 na IES-R, indicando que, ao longo do estudo, o acidente pode ter sido percebido como menos impactante à vida da paciente.

Assim como observado com P4, a Tabela 29 apresentou uma redução progressiva e significativa dos escores de P6 na IES-R. P6 mostrou pontuação baixa na terceira avaliação

(primeira avaliação de *follow-up* - seis meses), com (n = 12), e obteve, como média, escore (n = 24,6), bem abaixo dos 88 pontos máximos que a Escala permite. Tal resultado pode sugerir que o acidente foi avaliado como menos impacto à vida de P6.

(e) Índice de Barthel: a partir da Tabela 30, pode-se perceber que P1 apresentou melhora significativa no Índice de Barthel, atingindo, na última avaliação (segunda avaliação de *follow-up* - 12 meses) quase a pontuação máxima da Escala.

Em relação a P4, é possível identificar que, a despeito da deficiência adquirida, P4 sempre manteve nível máximo de independência e autonomia ao longo do acompanhamento psicológico.

Também, na Tabela 30, pode-se verificar que P6 sempre manteve alto nível de funcionalidade e independência, apesar do paciente queixar-se, constantemente, de não conseguir realizar atividades motoras finas.

Tabela 30

Médias dos escores dos participantes no Índice de Barthel ao longo do estudo

Acompanhamento Índice de Barthel					
P4) 1ª avaliação - escore n = 45	P4) 2ª avaliação - escore n = 85	P4) 3ª avaliação - escore n = 90	P4) 4ª avaliação - escore n = 95	P4) Média dos escores - n = 78,75	Barthel: 100 pontos máximos
P4) 1ª avaliação - escore n = 100	P4) 2ª avaliação - escore n = 100	P4) 3ª avaliação - escore n = 100	P4) 4ª avaliação - escore n = 100	P4) Média dos escores - n = 100	Barthel: 100 pontos máximos
P6) 1ª avaliação - escore n = 95	P6) 2ª avaliação - escore n = 100	P6) 3ª avaliação - escore n = 100	P6) 4ª avaliação - não respondeu	P6) Média dos escores - n = 98,333	Barthel: 100 pontos máximos

Discussão

Nesta seção, discutem-se os resultados obtidos, bem como as limitações metodológicas do estudo e sugestões para novas pesquisas. Assim como as demais seções, está dividida em seis tópicos, a fim de organizar o conteúdo e a leitura:

Tópico (1): o Paciente Amputado e a Intervenção Precoce - Evolução Clínica. Neste tópico, discutem-se dados referentes à evolução clínica dos pacientes acompanhados neste estudo, com destaque às variáveis consideradas relevantes à alteração das medidas que estavam sendo mensuradas. Este tópico está subdividido da seguinte maneira: (a) sobre a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS); (b) sobre o Impacto do Evento Estressor (IES-R); (c) sobre o Índice de Funcionalidade de Barthel; e (d) quanto à Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). Os dados discutidos são relativos ao Objetivo Específico (a), conforme descrito na Seção de Método. São analisadas as relações funcionais entre os indicadores psicológicos mensurados pelos instrumentos e a intervenção psicológica com os pacientes;

Tópico (2): Intervenção Psicológica e Acompanhamento em *Follow-up*. Neste ponto, estão discutidas de que maneiras a intervenção psicológica e o acompanhamento em *follow-up* permitiram uma compreensão da evolução dos constructos (ansiedade, depressão, funcionalidade, estressor, satisfação com a vida) mensurados pelos instrumentos de pesquisa (HADS, IES-R, Índice de Barthel, SWLS) durante o período de acompanhamento psicológico. Os dados discutidos no Tópico (3) se referem ao Objetivo Geral da pesquisa, bem como ao item (b) dos Objetivos Específicos do estudo. Ou seja, discutem as relações funcionais da intervenção psicológica em esquema de *follow-up*, após as amputações;

Tópico (3): Limitações Metodológicas, em que são discutidos os fatores que restringiram o método adotado e impediram resultados mais significativos do estudo apresentado;

Tópico (4): Sugestões, são ressaltadas a importância de estabelecer medidas epidemiológicas apropriadas ao contexto brasileiro para, então, de forma efetiva, propor inovações, treinamentos, e estudos futuros que esclareçam relações funcionais entre episódios de amputação traumática e processos de reabilitação envolvendo medidas e análises de processos psicológicos.

Tópico (1): O Paciente Amputado e a Intervenção Precoce - Evolução Clínica

É sabido que após a amputação de um membro, a limitação imposta resulta em alterações de rotinas de vida do paciente (Gabarra & Crepaldi, 2009; Galván & Almiralian, 2009; Milioli et al., 2012; Sahu et al., 2016; Seren & De Tilio, 2014), o que tende a aumentar a probabilidade do desenvolvimento de sintomas relacionados a transtornos de ansiedade e depressão (*Amputee Coalition*, 2022; Gabarra & Crepaldi, 2009; Matos et al., 2018; Mckechnie & John, 2014; Melcer et al., 2019; Ramos, 2012; Sahu et al., 2016; Srivastava et al., 2011). Para essa análise, os itens, a seguir, discutem os dados obtidos com a aplicação dos instrumentos neste estudo.

Quanto ao uso da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Os resultados obtidos, neste estudo, em consonância à literatura, demonstraram que a amputação de um membro está associada ao desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos. Porém, observou-se, ao longo da intervenção psicológica, uma redução dos indicadores de depressão e de ansiedade dos três pacientes acompanhados (P1, P4 e P6).

Em um estudo com 50 pacientes amputados, do sexo masculino, submetidos a amputações no ano anterior ao estudo, Srivastava et al. (2011) utilizaram a Escala HADS para mensurar os níveis de ansiedade e depressão, antes e depois de um mês de intervenção psicológica, com resultados significativos de redução destes indicadores. No estudo de Srivastava et al. (2011), na subescala depressão, o escore médio, antes da intervenção psicológica, foi de 8,92 pontos e, após a intervenção psicológica, o escore foi reduzido para

3,82 pontos, uma redução média de 5,1 pontos. Em relação à subescala ansiedade, os autores obtiveram escore médio de 7,58 antes da intervenção psicológica, e 4,48 pontos médios após intervenção, uma redução média de 3,1 pontos.

Neste estudo, em relação à subescala ansiedade, a média dos participantes, antes da intervenção psicológica, era de 10,33 pontos, sendo reduzida para 4,33 após a intervenção, ou seja, uma diminuição média de seis pontos, dado um pouco maior do que o encontrado no estudo de Srivastava et al. (2011), embora com apenas três participantes.

Srivastava et al. (2011) utilizaram, como metodologia, uma intervenção psicológica breve: os participantes realizavam duas sessões de psicoterapia por semana no período de um mês. O objetivo desta psicoterapia era reforçar sentimentos de segurança, autoaceitação e proporcionar sessões de “desabafo” (*ventilation*) em contexto terapêutico. Esta metodologia diverge do presente estudo, que propôs um acompanhamento psicológico de longo prazo (*follow-up* de seis e 12 meses). Ademais, os objetivos das sessões do presente estudo foram estruturados no sentido de trazer maior independência e autonomia para o paciente, e não apenas “liberação” de sentimentos negativos, o que, claro, não deixa de ser terapêutico.

Srivastava et al. (2011) discutem como as etapas após amputação se assemelham às fases do luto, quando o paciente vivencia os estágios de negação, raiva, barganha, até atingir o estágio de aceitação. Desta ótica, a proposta dos autores de engajar os pacientes em uma psicoterapia breve, vai de encontro com as primeiras fases do luto, onde o paciente precisa falar, elaborar, desabafar para, então, criar-se espaço psíquico para a elaboração de estratégias de enfrentamento para os estágios futuros.

Assim, considera-se, como sugestão, a associação das duas metodologias: a proposta por Srivastava et al. (2011) e a adotada no presente estudo. No primeiro momento, permitir que o paciente “ Descarregue” tudo o que pensa e sente em relação ao acidente, para, depois, iniciar um protocolo mais estruturado, de longo prazo, para manejo destes conteúdos.

Com outra metodologia, Bazhuni e Sant'Anna (2006), em estudo de caso com um paciente amputado, discutem as intervenções psicológicas realizadas em período intra-hospitalar. Neste estudo, Bazhuni e Sant'Anna (2006) utilizaram uma metodologia qualitativa, com uso de técnicas projetivas, no caso em questão, utilizaram o Desenho da Figura Humana e o Jogo de Areia. É interessante ressaltar que tais técnicas, por serem projetivas, tendem a facilitar a expressão de conteúdos que ainda não estejam bem elaborados, consciente e racionalmente, para o paciente. Também é importante ressaltar que naquele estudo, os autores não pré-definiram quantas sessões e nem com que frequência seriam abordadas, o que difere tanto da proposta de Srivastava et al. (2011) quanto da proposta do presente estudo.

Contudo, Bazhuni e Sant'Anna (2006) demonstram, em seu relato de caso, que a intervenção psicológica, ainda que não sistematizada em número e frequência de sessões, indicou uma tendência a reduzir os níveis de ansiedade e depressão do paciente acompanhado.

Percebe-se que, a despeito do referencial teórico utilizado, intervenções psicológicas parecem apresentar efeitos potenciais sobre a redução da sintomatologia de ansiedade e depressão de pacientes amputados. No presente estudo, destaca-se como principal diferencial dos demais estudos que a intervenção psicológica foi precoce, sendo isto, um fator preditivo para um melhor resultado do processo de reabilitação (Rosca et al., 2021).

No estudo de Bazhuni e Sant'Anna (2006), o paciente acompanhado apresentava, antes da intervenção psicológica, pouca compreensão acerca da necessidade de amputação. O desconhecimento acerca do prognóstico e do tratamento é fator de risco para o aumento dos níveis de estresse e ansiedade (Romano, 1999). A partir da intervenção proposta pelos autores, o paciente teve a chance de ter seu tratamento esclarecido de maneira que pudesse compreender e se perceber em um papel ativo, com responsabilidade sobre o curso de

tratamento, o que poderia estar relacionado funcionalmente à redução dos níveis de ansiedade e estresse (Bazhuni & Sant'Anna, 2006).

Além disto, Bazhuni e Sant'Anna (2006) destacam que a possibilidade de expressão dos sentimentos negativos, de dúvidas e incertezas acerca do futuro, possibilitou que o paciente formulasse alternativas mais saudáveis para a situação pós-amputação, o que também pode ter contribuído para a redução dos níveis de ansiedade e depressão observados no início do estudo.

A metodologia proposta por Bazhuni e Sant'Anna (2006), de utilizar técnicas projetivas como ferramentas complementares à avaliação qualitativa, também encontra embasamento no trabalho de Ignez (2011), em que se considera que a combinação de diferentes técnicas de pesquisa - quantitativa, qualitativa e ferramentas complementares, como, por exemplo, o uso do Desenho da Figura Humana - culminem por prover uma compreensão mais rica e detalhada do objeto de estudo.

Desta forma, não se considera que uma metodologia exclua o uso de outra, apesar de, claramente, destacar características e preferências próprias do pesquisador, ou da filosofia da equipe, no momento da decisão de qual delineamento metodológico e ferramentas utilizará.

Ainda discutindo as diferenças metodológicas e como cada uma, em sua especificidade, pode contribuir para uma compreensão total da questão estudada, cita-se, a seguir, o estudo de Datta et al. (2004). Neste estudo, os autores fizeram o uso da HADS para mensuração de indicadores de ansiedade e depressão em pacientes amputados, após a adaptação ao uso de prótese. Verificou-se que 30% dos pacientes ($n = 18$) apresentavam sintomas indicadores de ansiedade. Quanto aos sintomas depressivos, foram observados em 18% ($n = 11$) dos pacientes. Datta et al. (2004) não apresentam os percentuais obtidos nas subescalas Ansiedade e Depressão (HADS), informando apenas o dado bruto de quantos

pacientes apresentavam sintomas ansiosos e/ou depressivos, não sendo possível desenvolver mais semelhanças com o presente estudo.

Contudo, diferentemente de outros estudos referidos, Datta et al. (2004) não propuseram qualquer tipo de intervenção psicológica, em que foi realizado apenas um levantamento da sintomatologia de ansiedade e depressão dos pacientes. Dados como os apresentados por Datta et al. (2004) indicam que, mesmo após a finalização do processo de reabilitação e protetização, e mesmo com a redução dos indicadores de ansiedade e depressão, é recorrente que pacientes amputados mantenham alguns sintomas depressivos e ansiosos.

O que Datta et al. (2004) mostraram, neste levantamento, é que uma parcela dos pacientes não vai conseguir elaborar os sentimentos de ansiedade e depressão de maneira não patológica, sem algum tipo de intervenção psicológica. Isto reforça os achados dos estudos citados anteriormente (Srivastava et al., 2011; Bazhuni & Sant'Anna, 2006). Independentemente da metodologia empregada, a intervenção psicológica apresentou uma tendência à redução dos níveis de ansiedade, depressão e estresse. E esta intervenção deve ser iniciada tão breve quanto possível (Kratz et al., 2010; Branco et al., 2017; Perkins et al., 2012; Almeida et al., 2022).

Em relação à manifestação de sintomatologia ansiosa e depressiva nos diferentes gêneros, Marcolino et al. (2007) destacam, com uso de HADS, em pacientes pré-operatórios e seus acompanhantes, que foram encontrados dados significativamente maiores de ansiedade em mulheres, se comparados aos homens. Este dado está de acordo com a literatura, que aponta maior frequência de sintomas ansiosos entre mulheres, mesmo aquelas saudáveis. Dados acerca de sintomatologia e gênero são discutidos, adiante, em Tópico próprio (Tópico 4).

Neste estudo, P1 foi a paciente que apresentou maiores escores de ansiedade e depressão (HADS), apesar de ter apresentado redução de ambos no *follow-up* (12 meses). Mas, o escore de ansiedade de P1 se manteve, em todas as avaliações, acima do escore de corte ($n = 8$). Destaca-se que P1 teve: (a) menor recuperação da independência funcional, se comparada à P4 e P6; (b) uso prioritário de estilo de enfrentamento do tipo evitativo (autodistração e negação); e (c) menor percepção de satisfação com a vida (SWLS). Além disso, pode-se hipotetizar que os maiores escores de P1 na HADS estejam relacionados à perda do genitor.

Apesar de não ter sido objeto de estudo deste trabalho, pode-se levantar a hipótese de que o possível luto vivenciado por P1 seja caracterizado como “luto complicado”, que difere do luto normal, pela presença de pensamentos intrusivos, ativação emocional excessiva, sentimento de vazio, dentre outros (Marques, 2015). O luto complicado é um fator preditivo para a manutenção de maiores índices de sintomas depressivos e ansiosos, conforme observado na avaliação HADS de P1.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento do luto complicado, Marques (2015) destaca que relações em que havia vínculo de dependência afetiva com o falecido, contribuem para o desenvolvimento do luto complicado. Este fator pôde ser observado na relação que P1 descrevia ter com seu genitor que, apesar de morar geograficamente distante, atuava como principal referência de suporte afetivo. Marques (2015) também destaca a dimensão social, quando a rede de suporte social é insuficiente, contribui como fator de risco para o luto complicado. Isto também foi observado no caso de P1, que não tinha com quem falar sobre a morte do genitor, pois os demais membros de sua família, como genitora e irmãos, tinham ressentimentos quanto aos comportamentos do genitor no passado.

É possível supor que a reorganização dos processos psicológicos, necessários após uma amputação traumática, associada à perda repentina do genitor, tenha contribuído para

que P1 tivesse maiores escores nas escalas de ansiedade e depressão, pois tais situações foram geradoras de estresse e exigiram mudanças comportamentais, emocionais e sociais a P1, que, provavelmente, ainda não tinha recursos psíquicos suficientemente desenvolvidos.

Dentre os pacientes acompanhados no presente estudo, destaca-se P4, que apresentou menores escores de depressão (HADS sem depressão, a partir da quinta sessão de acompanhamento psicológico) e de ansiedade (HADS com ansiedade igual a três, na quinta sessão de acompanhamento psicológico e *follow-up* [seis meses]) e HADS com ansiedade igual a dois, no *follow-up* [12 meses]. As variáveis que podem se destacar no processo de reabilitação de P4 incluem: (a) uma rápida recuperação da independência funcional; (b) o estilo de enfrentamento focado no problema (prioritariamente, enfrentamento ativo e planejamento); e (c) uma alta percepção de satisfação com a vida (SWLS). É importante ressaltar, também, que este foi o único paciente que teve acesso à protetização.

P4, diferentemente dos outros dois participantes, foi vítima de amputação em um acidente de trabalho, com agravante de que estava exercendo uma atividade que caracterizaria desvio de função. Por esta razão, P4 conseguiu um acordo judicial com seu empregador, que arcou com os custos financeiros da prótese. Isto possibilitou que tivesse acesso a uma prótese mais moderna e funcional do que os modelos disponibilizados pelo SUS e, também, acelerou o processo de protetização. É importante ressaltar que o acesso e a adaptação ao uso da prótese, provavelmente, impactaram de maneira positiva os escores de ansiedade e depressão de P4. Porém, como este caso se configura - no estudo e na literatura - como uma exceção da realidade dos pacientes amputados, adiante, o leitor encontra um subtópico onde se propõe um programa de reabilitação em que o foco não seja a protetização.

Por fim, P6 também apresentou redução nos escores HADS de ansiedade e depressão na quinta sessão de acompanhamento psicológico e *follow-up* (seis meses). De maneira semelhante à P4, P6 também manteve: (a) uma rápida recuperação da independência

funcional, e cabe destacar que a lesão de P6 foi pequena, em extensão física; (b) um estilo de enfrentamento focado no problema (prioritariamente, enfrentamento ativo, planejamento); e (c) uma alta percepção de satisfação com a vida (SWLS).

Em relação ao participante P6, os dados são bastante escassos, pois o paciente respondia às perguntas com “sim”, “não” ou “não sei”, sendo difícil atribuir fatores que pudessem ter auxiliado a redução dos escores de ansiedade e depressão. Uma das hipóteses é de que a percepção de ser capaz de cuidar das filhas foi um dos motivadores para a melhora dos escores na escala HADS, na avaliação de P6. Backes et al. (2018) ressaltam que o envolvimento paterno nos cuidados com a prole, a partir da interação, disponibilidade e responsabilidade, é um fenômeno psicológico importante, com estreita relação sociocultural e familiar, sendo este envolvimento um “[...] determinante importante na motivação dos homens para investir na relação com a criança”. (Backes et al., 2018, p. 102).

Este estudo está em concordância com o apresentado por Backes et al. (2018) e, podem-se ressaltar, falas de P6 em que ele atribuía preocupação em não conseguir retomar alguns cuidados, como, por exemplo, fazer penteados no cabelo das filhas. É possível que a evolução positiva do caso, e a retomada da capacitação de atividades motoras finas, tenham contribuído para a redução dos escores de ansiedade e depressão de P6.

Os dados apresentados indicam, que com o passar do tempo, e com o suporte psicológico, lidar com a(s) perda(s) imposta(s) por uma amputação tornam-se componentes do cotidiano. Knapp e Caminha (2003) indicam a importância do “amparo social” (termo utilizado pelos autores para designar a percepção do paciente quanto à presença de uma rede de apoio), de que o paciente tenha referências - simbólicas e concretas - a quem recorrer quando necessita de apoio. De acordo com estes autores, quanto maior o amparo social, menor é o impacto do evento estressor. Estes dados são reforçados, a seguir, quando se

analisa que o impacto do evento estressor parece diminuir com o passar do tempo, e com a evolução clínica dos pacientes.

Quanto ao Impacto do Evento Estressor (IES-R)

Os três participantes do estudo apresentaram redução da percepção de impacto do evento estressor (IES-R). P1 apresentou redução de 42 pontos no escore do IES-R ao longo do estudo ($n = 40$, no *follow-up* de 12 meses). Apesar da redução do escore bruto de P1 na IES-R, é importante lembrar que na primeira sessão de acompanhamento psicológico, P1 apresentou escore de 82, apenas seis pontos a menos que o escore máximo que este Instrumento permite. Isto equivale dizer que, na primeira sessão de acompanhamento psicológico, P1 apresentava alta possibilidade de desenvolvimento de reações psicopatológicas ao evento estressor. Portanto, a redução do escore bruto no IES-R, ao final do acompanhamento psicológico de P1, apesar de chamar atenção, merece cuidado na sua interpretação, pois ainda representa uma pontuação elevada. E não é possível afirmar que foi o acompanhamento psicológico que motivou, ou proporcionou, a redução do escore de percepção de impacto do evento estressor.

Comparada aos outros dois participantes, o escore de P1, na IES-R, ainda se manteve alto. Dentre as hipóteses levantadas para escores mais destoantes, pode-se ressaltar: (a) a extensão física da lesão de P1; (b) o fato de que P1 não assumiu qualquer comportamento de risco que pudesse ocasionar o trauma que sofreu (adiante, isto é discutido em um subtópico); e (c) o falecimento repentino do genitor, principal referência de apoio emocional de P1.

Um comparativo simples pode ser feito entre os escores de P1 e os escores de P4, que nas avaliações de *follow-up* de seis meses foi de $n = 7$, e em *follow-up* de 12 meses foi de $n = 3$ pontos. P6 apresentou escore de 12 pontos na avaliação de *follow-up* de seis meses. Os baixos escores de P4 e P6 no IES-R indicam uma baixa probabilidade do desenvolvimento de reações psicopatológicas relacionadas ao evento estressor (amputação). Dentre os fatores que

poderiam ter funcionado como protetivos para o evento estressor, no caso de P4, pode-se destacar: (a) a presença de uma rede de apoio emocional e operacional estruturada; (b) o uso de estratégias de enfrentamento funcionais e focadas em estratégias ativas; e (c) o fato de ter sido o único paciente com acesso a prótese.

Queiroz et al. (2016), em estudo de metodologia qualitativa e descritiva, dedicaram-se a analisar as vivências de pacientes amputados vítimas de acidentes automobilísticos. Dez pacientes foram selecionados por amostra de conveniência e entrevistados, após alta hospitalar, em um período de até 12 meses após a amputação. Os achados de Queiroz et al. (2016) indicam para alguns fatores que tendem a aumentar o impacto de amputações do tipo traumática. Por exemplo, o fato de que este perfil de paciente, em maioria, constitui-se em pessoas sem comorbidades conhecidas, com vida ativa e produtiva plena. Estes dados estão em consonância com dados da literatura internacional (*Amputee Coalition*, 2022; Datta et al., 2004; Monné Cuevas et al., 2021; Perkins et al., 2012; Santana et al., 2014; Shankar et al., 2020).

Ainda, pela própria característica da amputação traumática, os autores discutem que o momento do POI, onde o paciente acorda, por vezes, sem recordar do evento traumático e sem lembrar que foi submetido à amputação, também constitui uma importante fonte de impacto estressor. Momentos como estes estão, de acordo com os autores, diretamente associados aos maiores níveis de ansiedade e depressão referidos por pacientes amputados (Queiroz et al., 2016).

Enquanto sugestões, Queiroz et al. (2016) reforçam a importância de que a equipe de saúde consiga, precocemente, traçar um plano de cuidados individualizados, com objetivo principal de devolver a satisfação com a vida do paciente amputado. Os pesquisadores sugerem que, associado a um plano de cuidados individualizado, sejam associadas sessões de intervenção psicológica, uma vez que já se mostrou como fator preditor de uma melhor

recuperação e diminuição da sintomatologia de ansiedade e depressão (Datta et al., 2004; Srivastava et al., 2011; Bazhuni & Sant'Anna, 2006).

Quanto ao Índice de Funcionalidade de Barthel

Os três pacientes mostraram indicadores de melhora da funcionalidade ao longo do acompanhamento, expresso pelo aumento do Índice de Barthel. P4 e P6 atingiram nível máximo do Índice de Barthel, demonstrando que ambos percebiam boa recuperação da independência funcional ao longo do tempo. Em relação ao acompanhamento psicológico, ambos tiveram intervenções com foco em psicoeducação, reforçando a importância de seus papéis ativos no processo de reabilitação.

P4 foi intensamente orientado quanto ao processo de reabilitação e protetização, uma vez que possuía direito legal à prótese. Isto, decerto, contribuiu para o ganho na independência funcional, assim como à conscientização de que não bastava apenas ser protetizado, mas, aderir ativamente às atividades de fisioterapia (principalmente para ganho de força muscular à sustentação da prótese).

P6, conforme discutido, teve uma lesão física de pequena extensão, o que auxiliou a obtenção de independência funcional. Em relação ao acompanhamento psicológico, P6 apresentava comportamentos de fazer ataduras e usar luvas (sem indicação médica) por vergonha da amputação, aparatos que acabavam por limitar a sua funcionalidade. Esta questão, que dizia respeito à autoimagem do paciente, foi abordada no decorrer do acompanhamento psicológico e, também, poderia ter auxiliado a melhora da independência funcional.

Em contrapartida, destaca-se que P1 apresentou, por vezes, queixas de que se sentia limitada para realizar atividades, mesmo aquelas para as quais já se sentia capacitada. Diogo (1997), em estudo com pacientes idosos amputados, indicou que a incapacidade funcional determinada pela amputação pode ser causada por fatores internos ou externos, ou seja, por

fatores físicos do paciente, como por fatores ambientais, culturais, econômicos e/ou sociais. Dados como este, vão de encontro à queixa referida por P1, pois a sua percepção de dependência funcional dizia, muitas vezes, respeito aos fatores sociais (e. g., a genitora não permitir que P1 realizasse alguma atividade por medo de que se machucasse). Neste caso, o acompanhamento psicológico focou em desenvolver habilidades para uma comunicação mais assertiva entre P1 e a genitora, de forma que P1 pudesse expressar e negociar quais atividades já conseguia realizar e, gradualmente, retomar maior nível de independência funcional.

P1 segue em acompanhamento psicológico, até fevereiro de 2023, sendo que uma das principais queixas da paciente é o controle excessivo que a genitora exerce sobre as atividades que ela demonstra suficiente segurança em realizar. Ou seja, P1 apresenta independência para muitas atividades cotidianas mencionadas no Índice de Barthel. É frequente que P1 filme e divulgue, em suas mídias sociais, sobre o seu dia a dia com comentários do tipo: “E ainda dizem que amputado não faz nada”; “Tô [*sic*] aqui mostrando pros [*sic*] que não acreditaram como estou bem”. Nestas filmagens, é possível ver P1 limpando a casa, cortando alimentos, fazendo compras, utilizando o transporte público, sem auxílio ou supervisão de outra pessoa. Pode-se levantar a hipótese de que tais filmagens atuam como uma maneira de P1 afirmar, para si e para terceiros, que a sua capacidade não foi afetada pelo acidente.

Para psicólogos que, porventura, acompanhem pacientes com comportamentos semelhantes ao de P1, sugere-se atenção à função que este comportamento desempenha: se dentro de um espectro típico de evolução, de mostrar para outras pessoas que é possível reconstruir sua vida, mesmo após uma extensa lesão ou, por outro lado, se o comportamento indica algum fator desadaptativo, como ironizar a situação e/ou fazer escárnio, por exemplo.

A queixa sobre controle das atividades e funcionalidade não foi observada no discurso dos demais participantes (homens). Possivelmente, a diferença observada quanto ao controle

das atividades realizadas pelos pacientes homens e mulheres se deve à reprodução dos estereótipos de papéis sociais, em que a mulher ainda tende a ser percebida como mais frágil e o homem como mais forte, responsável e capacitado (Santos, 2010). Adiante, em Tópico próprio (Tópico 4), discutem-se questões relativas ao gênero e às formas de como os profissionais de saúde poderiam adequar a sua prática para lidar com possíveis diferenças ocasionadas pelo gênero do paciente atendido.

Sugere-se que o que deve ser priorizado, por qualquer profissional de saúde que componha a equipe multiprofissional que atenda pacientes amputados, não é o gênero ao qual o paciente pertence, mas a capacidade física que o paciente apresenta para realizar as AVDs e, também, a percepção que o paciente tem acerca da sua capacidade, ou das suas dificuldades, para execução das atividades cotidianas.

Assim, conforme apresentado na seção “Resultados”, a intervenção psicológica, quanto à funcionalidade, teve como foco auxiliar o paciente a adquirir uma percepção mais realista sobre o seu atual condicionamento físico e, também, reforçar positivamente o seu papel ativo nos treinos de AVDs para aquisição e manutenção da independência funcional.

Este estudo indicou, por meio da mensuração do Índice de Barthel, que os pacientes, sendo positivamente reforçados quanto ao seu papel ativo na reabilitação, e se motivados a manter uma boa adesão ao tratamento, podem recuperar algum nível de funcionalidade de maneira bastante rápida. Isto pode servir como um indicador para os profissionais de saúde, para que trabalhem sempre com foco na crescente promoção da autonomia do paciente.

Um estudo que também utilizou de sessões estruturadas, mas com abordagem de grupo, foi o de Reis et al. (2014) e, decerto, partiu de pressupostos semelhantes aos aqui apresentados, especialmente no que concerne ao treino de independência e autonomia. Alguns dados, desse estudo, são discutidos a seguir.

Reis et al. (2014), em um estudo com grupos terapêuticos de pacientes amputados, utilizaram uma abordagem de TCC e, partindo de intervenções de psicoeducação, treino de resolução de problemas e ressignificação, apresentaram dados positivos quanto à promoção de comportamentos de maior independência, e que estimulassem a autonomia dos pacientes. Os pacientes, selecionados por amostra de conveniência, foram acompanhados por psicólogos, em grupos de TCC.

No estudo, as primeiras três sessões foram destinadas à formação de vínculo terapêutico e verificação de vínculos afetivos dos pacientes. Entre as 4^a a 6^a sessões, os grupos tiveram atividades para desenvolvimento e promoção de autopercepção, bem como treino de psicoeducação para compartilhamento de resolução de problemas (e. g., treino de independência e autonomia). Entre as 7^a a 12^a sessões, foram abordados a identificação de pensamentos disfuncionais que promovessem sofrimento para os pacientes e, a partir da modificação de tais pensamentos, gerar a melhora do humor dos pacientes. Nestas sessões também foi reforçada a importância da adesão ao tratamento. Por fim, as 13^a a 16^a sessões, os autores abordaram a modificação da autoimagem. Os dados discutidos sugerem que a abordagem TCC, em formato de grupo, apresenta resultados promissores no manejo de questões de pacientes amputados, destacando-se o compartilhamento de uma rede de apoio, treino de AVDs e reforços de comportamentos de independência (Reis et al., 2014).

De tal forma, sugere-se aos profissionais, que acompanham pacientes amputados, que estimulem (reforçamento positivo) os comportamentos de superação. Para os pacientes que se apresentem desmotivados a adquirir algum comportamento que facilite a sua independência, sugere-se o uso de recursos de vídeo de pessoas amputadas relatando as suas próprias experiências de superação e retomada de vida autônoma (Reis et al., 2014). Aconselha-se, também, se possível, mobilizar a rede de apoio do paciente para a adaptação do ambiente domiciliar, a fim de proporcionar maior percepção de independência e funcionalidade. Por

exemplo, modificar a disposição de mobília para facilitar a movimentação do paciente e deixar utensílios de uso cotidiano de maneira mais acessível. Essas sugestões são genéricas, e devem ser adaptadas ativamente a cada situação específica.

Um lapso no presente estudo, e que já está bem definido na literatura, é a importância de aproximar as figuras significativas do processo de reabilitação. Exemplo disto, pode-se ver no estudo de Branco et al. (2019), em que foi fundamental a compreensão da equipe de saúde acerca dos vínculos familiares do paciente amputado, ampliando as diversas possibilidades de tratamento e adaptação e satisfação com a vida futura. O autorrelato de pessoas amputadas e as figuras significativas da família, surgiram como um ponto de apoio à recuperação, o que, em última instância, pode empoderar o paciente durante os treinos de psicoeducação, estimulando novas habilidades e autoconhecimento (Branco et al., 2019).

A Diretriz Americana *Clinical Practice Guideline for Rehabilitation of Lower Limb Amputation*, reforça o papel do componente familiar, principalmente no encorajamento de um estilo de vida mais adaptável. No Brasil, assim como a Diretriz norte-americana reforça, a família tem papel de destaque. É a partir das trocas de experiências entre familiares de pacientes amputados que ocorre grande parte da formação de vínculo de rede de apoio. Esta interação entre familiares acaba por esclarecer dúvidas e compartilhar momentos de superação de desafios encontrados nos percursos dos pacientes amputados (Brasil, 2013).

No presente estudo, por mais que os familiares estivessem disponíveis a participar de algum modelo breve de intervenção, a pesquisadora poderia ter utilizado o vínculo paciente - familiares de maneiras mais intensas, fazendo com que os familiares se destacassem como agentes ativos para a melhor (ou completa) reabilitação funcional do paciente amputado. Isto não ocorreu, pois o foco do estudo foi desenvolver, no próprio paciente, maior capacidade de autonomia e independência, o que, de certa forma, limitou o olhar da pesquisadora. Contudo,

em estudos futuros, sugere-se considerar o engajamento da família no processo de reabilitação de pacientes amputados.

Quanto à Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Quanto à satisfação com a vida, foi possível observar um aumento do escore de satisfação com a vida (SWLS) dos pacientes P4 e P6. O paciente P4 foi o que teve melhor reabilitação funcional, com a adaptação ao uso de prótese, e P6 foi o paciente com menor extensão física de lesão. Estas duas características podem ter contribuído para que tivessem, ao longo do acompanhamento psicológico, percebido que, a despeito do evento traumático que sofreram, tinham condições físicas e socioambientais, de restabelecer um bom nível de satisfação com a vida.

Outro fator, comum a P4 e P6, foi a melhor estruturação da rede de suporte emocional e operacional. Este dado está em consonância com a literatura (Shankar et al., 2020), que indica que homens costumam receber mais suporte de suas redes de apoio do que as mulheres.

Resende et al. (2007) discutem que a presença de suporte social é uma necessidade observada em todas as fases do ciclo vital. De acordo com estas autoras, em casos de indivíduos que passaram por amputações, o suporte social pode ser um fator ainda mais significativo, atuando sobre a capacidade do paciente de lidar com o estresse, o que, por consequência, pode acarretar maior senso de controle sobre a própria vida e regulação emocional. É neste efeito “em cadeia”, que o suporte social pode proporcionar uma melhor percepção de satisfação com a vida.

A paciente P1 manteve o mesmo escore de satisfação com a vida ao longo do estudo (com n = 17, na primeira sessão de acompanhamento psicológico, e n = 18 no *follow-up* de 12 meses). P1, a única paciente mulher do estudo, foi quem referiu a pior percepção de suporte social, o que pode justificar a manutenção de uma satisfação com a vida menor.

Pode-se ressaltar que mulheres tendem a apresentar escores mais baixos na SWLS, se comparada aos homens (Gonçalves & Kapczinski, 2008; Shankar et al., 2020). A associação de escores mais baixos de satisfação com a vida, entre mulheres, pode ser explicada pela maior prevalência de transtornos mentais do tipo não psicótico em mulheres (Gonçalves & Kapczinski, 2008).

Para futuros estudos, sugere-se a investigação mais detalhada da maneira como o suporte social é percebido por mulheres e homens. Contudo, ainda não há uma escala validada para a avaliação de percepção de suporte social e questões associadas ao gênero. Portanto, sugere-se a elaboração de roteiros de entrevistas semiestruturadas que tenham como foco questões de gênero e possíveis diferenças no suporte social ofertado a homens e mulheres. Isto poderia elucidar se o gênero tem algum impacto funcional sobre a percepção do suporte social e, conseqüentemente, sobre a satisfação com a vida. Dentre as perguntas que poderiam ser feitas, por exemplo, em tais roteiros de entrevistas, pode-se sugerir: (a) “Você tem filho(s)? Se sim, neste momento de maior dificuldade, quem te ajudou a cuidar deles?”; (b) “Você sente que pode expressar, livremente, os seus sentimentos, sem medo de que te julguem, ou compreendam mal, o que você está querendo dizer?”; (c) “Quem, em resumo, compõe a sua rede de apoio e por quê?”; (d) “Você precisa de auxílio para realizar alguma atividade de autocuidado (e. g., trocar curativo, tomar banho, trocar de roupas, administrar medicações) e/ou auxílio para manter o cuidado com sua casa? Se sim, quem te ajuda nesta(s) tarefa(s)?”; e (e) Se você pudesse indicar um(a) cuidador(a) ideal para te ajudar, quais as características que este(a) cuidador(a) deveria ter?”

A despeito da quantidade de instrumentos disponíveis na literatura que se propõem a mensurar a qualidade e/ou satisfação com a vida, por exemplo: *Short-Form Health Survey* (SF)-36, SF-12, SF-6D, WHOQOL, WHOQOL-100 e WHOQOL-36, *Sickness Impact Profile* (Rôla et al., 2018; Seidl & Zannon, 2004; Noronha et al., 2016), o uso da SWLS, na presente

pesquisa, permitiu obter dados mais consistentes a serem “cruzados” com dados de outros instrumentos, também utilizados neste estudo. Além disso, diferentemente de outras escalas que mensuram qualidade e/ou satisfação com a vida, a SWLS é construída a partir da percepção de bem-estar subjetivo do paciente, sendo uma escala que avalia o paciente de maneira global (Bedin & Sarriera, 2014; Gonçalves & Kapczinski, 2008; Gouveia et al., 2008; Silva, W. R., et al., 2018). A SWLS é a escala de referência internacional para avaliação de satisfação com a vida (Reppold et al., 2019).

Tópico (2): Intervenção Psicológica Precoce e Acompanhamento em *Follow-up*

Em situações de crises, como as amputações traumáticas são classificadas, a intervenção psicológica é uma ferramenta potencial para a ressignificação do momento de adversidade. A literatura sugere que a intervenção psicológica ocorra tão logo seja possível (Kratz et al., 2010; Branco et al., 2017; Perkins et al., 2012; Almeida et al., 2022), intencionando, inclusive, prevenir desfechos psicológicos desfavoráveis ao paciente. Com a mesma importância que a intervenção psicológica precoce, autores destacam a intervenção psicológica na “fase crônica”, ou, a longo prazo, denominado de acompanhamento de *follow-up* (Perkins et al., 2012; Kratz et al., 2010; Leal & Rodicz, 2019).

Apesar da intervenção psicológica precoce ser reconhecidamente importante, os profissionais ainda enfrentam uma série de barreiras a este tipo de atendimento. Kratz et al. (2010) discutem barreiras à admissão de pacientes com amputações recentes. Dentre as barreiras citadas pelos autores, estão: (a) condições psiquiátricas e/ou cognitivas que nesse estudo dificultam, ou impedem, que os pacientes respondam às solicitações do estudo; (b) recusa dos pacientes em participar do estudo, em que os autores não especificam as razões pelas quais os pacientes não aceitaram participar do estudo; (c) óbitos em decorrência da gravidade das amputações; (d) presença de comorbidades (não especificam se condições físicas e ou psicológicas); e (e) perda de contato com os pacientes após a alta hospitalar.

Os motivos elencados no estudo de Kratz et al. (2010) parecem em consonância com o estudo de Shankar et al. (2020), sobre pacientes amputados em um centro de reabilitação. Os dois estudos discutem, ainda, as barreiras ao acompanhamento de pacientes amputados em médio e longo prazo, trazendo à tona as dificuldades de propor estudos com intervenções precoces e, também, em esquema de *follow-up*, como, por exemplo, a dificuldade de mobilidade dos pacientes e a perda de contato com a equipe de saúde (Shankar et al., 2020).

Como soluções para as questões de mobilidade do paciente, destaca-se o uso de tecnologias, como uso de aplicativos de videochamada e teleatendimento (Reis et al., 2014; Mota et al., 2020) e, para evitar a perda de contato com a equipe, ressalta-se a importância da manutenção do prontuário do paciente constantemente atualizado, bem como seguir o princípio da manutenção do vínculo terapêutico saudável, conforme previsto na Portaria N.º 4.279 (Brasil, 2010).

As barreiras apontadas por Kratz et al. (2010) foram as mesmas barreiras encontradas neste estudo: dos 12 potenciais pacientes que deram entrada no Serviço do Hospital, no período da coleta de dados, um paciente foi a óbito pela gravidade das lesões, um paciente optou por manter acompanhamento em outro hospital, três pacientes foram excluídos do estudo por apresentarem déficit cognitivo por abuso de substâncias psicoativas, dois pacientes foram excluídos por apresentarem, previamente à amputação, transtornos psicológicos crônicos com tratamento irregular, um paciente recusou acompanhamento psicológico e, por fim, um paciente não foi localizado após a alta hospitalar.

No presente estudo, deve-se destacar a adoção de critérios de exclusão de pacientes: (a) recusa do paciente; (b) sequela por uso de substância psicoativas; e (c) diagnóstico prévio de transtorno mental, o que significou um total de seis pacientes excluídos da pesquisa. Com exceção do paciente que se recusou a participar da pesquisa, os outros cinco pacientes poderiam ter sido aproveitados de maneira alternativa. Provavelmente, pelo nível cognitivo

percebido durante as interações beira-leito, os pacientes não conseguiriam responder adequadamente aos Instrumentos utilizados na pesquisa, mas poderiam se beneficiar das sessões de intervenção estruturada, recebendo informações e treinamento especializado acerca de seu papel ativo sobre o tratamento, melhorando a adesão e, possivelmente, implicando-os em um tratamento psicológico que visasse maior controle de sintomas psiquiátricos e/ou autocontrole sobre o uso de substâncias psicoativas.

Perkins et al. (2012) discutem que o acompanhamento em *follow-up* otimiza a reabilitação, reduzindo a morbidade. Os autores discutem que este acompanhamento é bem estruturado para veteranos de guerra, mas, quando se trata da população civil, o acompanhamento, em longo prazo, não é tão bem estruturado. De acordo com o estudo de Perkins et al. (2012), a melhor estruturação do acompanhamento para a população militar se deve aos hospitais e centros de reabilitação de referência para o acompanhamento de amputados, o que é um número significativamente maior entre população militar se comparada à população civil. A solução para diminuir a diferença, entre a qualidade do serviço ofertado para a população militar e civil, seria estruturar a rede de saúde e o fluxo de referência e contrarreferência, conforme mencionado no Tópico 1.

Pode-se ressaltar que parte da estruturação do serviço para atendimento à população civil, no contexto brasileiro, já está descrita na Portaria N.º 4.279 do Brasil (2010), em que, garantindo a integralidade no cuidado do paciente, certifica-se de que haja a horizontalização entre as unidades de atendimento (Brasil, 2010).

Vargas et al. (2014), em pesquisa qualitativa com profissionais de serviços especializados de trauma, ortopedia, cirurgias geral e vascular, e de reabilitação de hospitais públicos de Florianópolis, buscaram descrever como, na prática, ocorre a organização dos diferentes níveis de atenção à saúde, princípios de integralidade de horizontalidade, conforme previstos na Portaria N.º 4.279 do MS.

Pôde-se sugerir, com base em dados de Vargas et al. (2014), e conforme já mencionado nesta seção, que, como ações práticas para garantir o fluxo de referência/contrarreferência de pacientes amputados, sejam fortalecidas as parcerias entre os diferentes profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Ademais, os autores sugerem que sejam realizados treinamentos com esses profissionais para que: (a) conheçam os direitos das pessoas amputadas; (b) compreendam a estrutura da RAS em que estão inseridos; e (c) entendam a importância da atuação e do comprometimento de cada profissional da equipe multidisciplinar para encaminhamento do paciente amputado para o processo de reabilitação.

Ressalta-se, que se cumpridas as ações propostas por Vargas et al. (2014) e pela Portaria N.º 4.279 (Brasil, 2010), será possível a criação de fluxo de referência e contrarreferência ao paciente amputado, conforme dados obtidos neste estudo. Este fluxo poderia garantir o acompanhamento psicológico a longo prazo, o que, possivelmente, impactaria positivamente sobre o processo de reabilitação dos pacientes.

A proposta de acompanhamento psicológico no presente estudo (*follow-up* de seis meses e 12 meses após a amputação) visou mensurar, da maneira mais objetiva possível, os efeitos do tempo sobre o processo de elaboração e reabilitação dos pacientes. O acompanhamento, em até um ano, permitiu acompanhar como modificações de vida (e. g., o falecimento do genitor de P1, a importância da alteração de autoimagem e o uso de “estratégias” para camuflar a amputação de P6) podem ter influenciado o processo de reabilitação. Ou seja, foi possível reconstruir a evolução de cada paciente acompanhado.

Para pesquisas futuras, sugere-se facilitar o acesso do paciente ao pesquisador. Por exemplo, manter contato telefônico, videochamada ou eletrônico, periodicamente, para acompanhamento da evolução do caso, em tempo real, ou conciliar que as intervenções psicológicas ocorram nos mesmos dias de outras consultas, facilitando o deslocamento do paciente e aumentando a chance de adesão às pesquisas.

Tópico (3): Limitações Metodológicas do Estudo

O presente estudo apresentou algumas limitações. Faz-se importante ressaltar que durante a coleta dos dados, o Brasil enfrentava uma fase crítica da pandemia do SARS-Cov-2. No período de agosto de 2020 a agosto de 2021, por várias vezes, o atendimento ambulatorial sofreu alteração dos horários disponíveis. Assim, pode-se apontar como, a primeira limitação, a redução de disponibilidade de agendamento das consultas dos pacientes acompanhados.

Além disso, por duas vezes, foram decretados períodos de *lockdown* no Distrito Federal (DF), como medida para conter o avanço do vírus SARS-COV-2, sendo mantidos apenas serviços essenciais. Assim, pode-se hipotetizar que, com o menor número de pessoas circulando pelas ruas houve, também, redução do número de vítimas de amputações traumáticas. A amostra reduzida deste trabalho também reflete a redução de 25% dos atendimentos realizados.

Conforme discutido, é baixo o número de estudos encontrados acerca dos aspectos psicológicos de pacientes amputados. Este número é reduzido drasticamente quando optou-se por trabalhar com pacientes vítimas de amputações traumáticas. Ao recorrer à Figura 2, na revisão sistemática realizada, vê-se que de 133 artigos levantados em uma busca inicial, apenas 16 apresentaram discussões acerca de aspectos psicológicos de pacientes vítimas de amputações traumáticas. Observa-se este hiato acentuar-se quanto se trata de pacientes com amputações de membros superiores. Ao tomar como base estudos, nacionais e internacionais, onde há a comparação entre pacientes com amputações de membros superiores e membros inferiores, alguns autores (Desteli et al., 2014; Ziegler et al., 2019; Souza & Gomes, 2021; Reis et al., 2014; Srivastava et al., 2011) discutem que do quantitativo total de pacientes amputados, em média, apenas 3% representem pacientes com amputações de membros

superiores. E, deve-se acrescentar, ainda, que não existem dados epidemiológicos aproximados da quantidade de pacientes amputados de membros superiores no Brasil.

Ressalta-se, que o presente estudo não teve como objetivo debruçar-se sobre pacientes amputados de membros superiores, sendo esta uma limitação que foi desenhada pelo próprio “acaso”. A proposta inicial do estudo era submeter à intervenção psicológica precoce - e manutenção do acompanhamento em *follow-up* - todos os pacientes que tivessem sido vítimas de amputações traumáticas no período de coleta de dados. Contudo, os pacientes que se mostraram elegíveis pelos critérios de inclusão de delineamento do estudo haviam tido membros superiores amputados.

Conforme discutido no Tópico 3, os critérios de exclusão de pacientes com transtornos mentais prévios e/ou usuários de substâncias psicoativas poderia ter sido flexibilizado, e, desta maneira, pacientes com amputações de membros inferiores poderiam ter sido incluídos neste estudo, e poderia ter sido criado um critério de comparação entre a intervenção psicológica realizada para pacientes amputados de membros superiores e inferiores.

Contudo, considerando as condições cognitivas do grupo de pacientes que foi excluído do estudo, caso a metodologia fosse alterada, é provável que houvesse viés de informação; com prejuízo na aplicação dos Instrumentos e no roteiro de entrevista.

Outra limitação a ser considerada é de que os Instrumentos utilizados, apesar de terem sido desenvolvidos para autoaplicação, tiveram de ser respondidos com auxílio da pesquisadora (que lia os enunciados e o paciente escolhia a melhor opção de resposta). Isto se deve ao nível sociocultural dos pacientes acompanhados (alguns analfabetos funcionais). A aplicação conjunta, entre pesquisadora e paciente, dos instrumentos pode ter causado efeitos de viés de desajustabilidade social nas respostas encontradas.

Por outro lado, a aplicação conjunta pesquisadora-paciente poderia ser analisada, também, como uma vantagem, já que permitiu sanar dúvidas, em tempo real, dos pacientes em relação aos Instrumentos. Por exemplo, não compreensão de alguma afirmação dos Instrumentos, por desconhecimento do vocabulário, ou dificuldade de avaliar pelos critérios da escala Likert.

Também se considera uma limitação o fato de os instrumentos serem muito longos, os pacientes demonstrarem cansaço nas sessões de aplicação deles, e, muitas vezes, parecerem dispersos. Uma alternativa, para esta limitação, seria a aplicação dos Instrumentos fragmentada em mais sessões, com menor duração. É importante ressaltar que o formato da aplicação dos Instrumentos não foi alterado ao longo do estudo, para manter a sistematização do procedimento entre pacientes. Também, há de se considerar que pela dificuldade dos pacientes em comparecer ao hospital para inúmeras consultas (médicas, fisioterapias, enfermagem especializada em troca de curativo, terapia ocupacional, assistência social), além das sessões de acompanhamento psicológico, optou-se por manter a aplicação dos instrumentos “condensada” nas sessões preestabelecidas para tal finalidade.

Como efeito dessa escolha de manter a aplicação dos instrumentos em poucas sessões, pode-se considerar que, eventualmente, alguns pacientes não tenham apresentado engajamento suficiente nas respostas, respondendo às questões de maneira a “livrar-se” da atividade. Este efeito, de “livrar-se” da aplicação dos Instrumentos, pode ter ocorrido com P6, que não compareceu à sessão de *follow-up* de um ano, mesmo após inúmeras tentativas de agendamento.

Sugere-se, em pesquisas futuras, a possibilidade de a aplicação dos Instrumentos ocorrer em mais sessões, e com menor duração. Caso seja evidenciada a dificuldade na mobilidade dos pacientes para a aplicação dos Instrumentos, pode-se considerar a aplicação por meio de videochamada, chamada de áudio ou demais aplicativos (e. g., *WhatsApp*,

Teams, Zoom) já disponíveis para proporcionar a modalidade de teleatendimento (Reis et al., 2014; Mota et al., 2020). Ressalta-se, que de acordo com a Resolução N.º 4, de 26 de março de 2020, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), os atendimentos psicológicos estão regulamentados para prestação via modelos tecnológicos (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2020), desde que os profissionais estejam devidamente cadastrados para tais atividades.

Conforme discutido no Tópico 3, outra limitação fez-se pelo número de participantes, uma vez que, pelo critério de exclusão, foram excluídos pacientes que apresentassem diagnósticos de transtornos mentais prévios e/ou fizessem uso de substâncias psicoativas. Sugere-se que, em estudos futuros, os pacientes com diagnósticos prévios, e/ou usuários de substâncias psicoativas, não sejam excluídos, mas possam servir como grupo comparativo, no qual o protocolo seja aplicado, porém, os dados analisados separadamente.

Tópico (4): Sugestões

Estima-se que, em 2050, o número de pessoas amputadas alcance 3,6 milhões em todo o mundo (*Amputee Coalition*, 2022; Ramos, 2012). Costa e Victora (2006) discutem os critérios para a conceitualização da amputação como típico de saúde pública, apontando a necessidade do atendimento de dois pré-requisitos: (a) produzir impacto significativo sobre o indivíduo, em termos de anos potenciais de vida perdidos, extensão de incapacidade(s), experiência recorrente de dor e desconforto, custo do tratamento e impacto adverso sobre os cuidados familiares e redes sociais do indivíduo; e (b) demonstrar impacto adverso (potencial) sobre toda a sociedade, a partir de indicadores de mortalidade, morbidade e custos do tratamento, diretos e indiretos, para o Estado (Costa & Victora, 2006).

Considerando a extensão dos problemas resultantes das amputações e os custos - emocionais, físicos, psicossociais e financeiros - de tal condição, as amputações traumáticas podem ser consideradas como um problema de saúde pública. Desta forma, é importante

ressaltar que os pacientes amputados têm direito ao atendimento integral, na assistência em saúde, com objetivo principal de reabilitação com máximo de eficiência possível (Vargas et al., 2014; Santos et al., 2018), e isso representa um custo significativo de recursos que o Estado precisa disponibilizar.

Vargas et al. (2014) destacam que a amputação, independente da(s) causa(s), é um evento de grande repercussão (e impacto) social, e envolve a necessidade de serviços profissionais qualificados e em todos os níveis de atenção à saúde. Ademais, o atendimento às pessoas amputadas demanda o desenvolvimento de capacidades e competências, por parte dos profissionais de saúde, para atendimento e intervenção sobre todo o processo de reabilitação. As autoras reforçam, ainda, a necessidade de que os profissionais que atendem este público-alvo sejam conhecedores atualizados das políticas públicas disponíveis, bem como especialistas em redes de assistência à saúde e matriciamento do SUS (Vargas et al., 2014).

A partir da leitura do estudo de Vargas et al. (2014), percebe-se o desconhecimento, por parte dos profissionais da saúde, do que compõe as atividades de alta ou de baixa complexidade no matriciamento do SUS. Para discutir estas questões, nos embasaremos na Portaria Nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do MS, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Esta Portaria discute a importância de fragmentar ações e serviços, a fim de promover uma maior qualificação para os cuidados ofertados. De acordo com a Portaria, a organização da RAS surge como uma estratégia de organização e oferta de serviços de qualidade ao SUS (Brasil, 2010).

A RAS é uma organização de ações e serviços de saúde, de diferentes níveis tecnológico e técnico, que busca garantir a integralidade no cuidado do paciente. Uma das características das RAS é o princípio da horizontalidade entre pontos de atendimento. Abarca a Atenção Primária de Saúde (APS), reconhecidamente, o primeiro nível de atenção em

saúde. São exemplos de pontos de atendimento da APS: UBSs, ambulatórios especializados, serviços de hemoterapia e hematologia, CAPS e, por fim, os serviços de reabilitação (Brasil, 2010).

Percebe-se, a partir da leitura da Portaria N.º 4.279, do MS, que o processo de reabilitação está inserido dentro dos serviços que integram a Atenção Primária; equívoco, portanto, cometido na discussão dos autores Vargas et al. (2014), que indicam que o processo de reabilitação estaria inserido em serviços de “alta complexidade” e, de certa forma, “isolados”, ou sem contatos de rede, dos demais serviços do SUS. Este equívoco, contudo, é comumente referido por profissionais do SUS, demonstrando desconhecimento acerca da legislação que rege as suas próprias atividades em saúde pública.

Apesar de parecer “contraditório”, associar APS e serviços de especialização, como, por exemplo, de reabilitação, discutir a organização da RAS junto aos profissionais que compõem esta Rede, proporciona maior conhecimento, não apenas de suas funções, mas dos valores estipulados pelo MS quando foi elaborada a Portaria N.º 4.279, tais como: (a) zelo pela qualidade na prestação do serviço de saúde; (b) centralidade no usuário; (c) eficiência nas ações selecionadas; (d) equidade; e (e) acessibilidade (Brasil, 2010).

Dados como os discutidos por Vargas et al. (2014), reforçam que, para solucionar a fragilidade (pelo menos, conceitual) do processo de reabilitação, é necessário que os profissionais inseridos no processo de cuidado de pacientes amputados conheçam muito bem a rede de saúde na qual estão inseridos. Além disso, torna-se imprescindível que os profissionais conheçam as Legislações que regem os seus fazeres. Na Portaria N.º 4.279 (MS), tem-se alguns direcionamentos de “como” os profissionais podem compartilhar das responsabilidades do processo de horizontalização do cuidado.

Dentre as possibilidades sugeridas pela Portaria, estão: (a) o trabalho em equipe, com funções bem delimitadas a cada um dos membros; (b) práticas participativas, a fim de tornar

o paciente um elo ativo do tratamento; (c) abordagem familiar, para aproximar a família do cuidado do paciente e do processo de reabilitação; e, por fim, (d) longitudinalidade, para estabelecer, entre profissional de saúde e paciente, uma relação de longa duração; em outras palavras, manter um vínculo terapêutico saudável (Brasil, 2010).

Uma proposta sugerida neste trabalho é de que seja criado um programa de treinamento profissional, específico para cada Estado do Brasil, para profissionais que atuem com pacientes amputados. Neste programa, os profissionais receberiam:

(1) Informações conceituais e teóricas acerca da estrutura da RAS disponível naquele Estado, compreendendo o fluxo de referência-contrarreferência dos pacientes amputados. O objetivo desta etapa seria conhecer qual a “porta de entrada” de um paciente amputado na RAS do Estado em questão, bem como o direcionamento daquele paciente para o acompanhamento em saúde;

(2) Visitariam, *in loco*, os espaços destinados ao processo de reabilitação, como ambulatórios, centros especializados, oficina de órteses e próteses. Nesta etapa, assim como preconizado pela Portaria N.º 4.279, os profissionais poderiam conhecer, compreender e acompanhar o trabalho de cada um dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional, desta forma, respeitando as particularidades do trabalho multiprofissional;

(3) Receberiam treinamento técnico para identificação de sinais que indiquem a necessidade de encaminhamento do paciente para avaliação e acompanhamento por um(a) psicólogo(a). Aqui, pode-se citar métodos da Psicologia da Saúde, que não se detêm apenas sobre o manejo de sintomas do paciente, mas, também, propõem a intervenção aos familiares e aos profissionais de saúde, por meio de treinamentos, psicoeducação e orientações (Almeida & Malagris, 2011). Ou seja, o psicólogo poderia treinar os demais membros da equipe multiprofissional, que atendem pacientes amputados, para identificar situações de riscos, para utilizar instrumentos de rastreio (e. g., HADS, onde, potencialmente, levanta-se

uma situação em que há necessidade de cuidados psicológicos específicos), fortalecer vínculos familiares e abordar questões acerca da adesão ao tratamento pós-amputação.

Em escala macro, cada centro de referência de atendimento a pacientes amputados contaria com uma equipe multiprofissional, composta, minimamente, por um médico ortopedista, um fisioterapeuta, um psicólogo, um enfermeiro e um assistente social, que trabalhariam de maneira interdisciplinar, a fim de garantir melhor adesão do paciente ao tratamento, melhor comunicação em saúde e, conseqüentemente, um processo de reabilitação funcional potencialmente mais eficiente.

Esta proposta também vai de encontro à Portaria N.º 4.279, que, além de afirmar a necessidade de que cada profissional compreenda a atividade dos demais membros da equipe, também afirma que, a partir da premissa da “longitudinalidade”, garanta que ocorra a melhor utilização dos serviços de saúde, sendo que “[...] os benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde”. (Brasil, 2010, p. 3).

Ainda, anterior à implementação de programas de treinamento, faz-se necessário compreender o impacto real que a problemática das amputações acarreta ao sistema de saúde. Para tanto, é imprescindível solucionar a escassez de registros de dados e medidas epidemiológicas. Um caminho possível seria tornar as amputações, independente do que as ocasionou, como registro de notificação compulsória no MS. Atualmente, conforme a Portaria GM/MS N.º 420, de 2 de março de 2022 (Brasil, 2022), já há a previsão da notificação compulsória de acidentes de trabalho. Ou seja, presume-se que as amputações ocasionadas por acidentes de trabalho já sejam notificadas de maneira compulsória.

Em um levantamento realizado por Reis et al. (2014), no Brasil, o percentual de amputações decorrentes de acidentes de trabalho era de 5,19%. Este dado é divergente do apresentado por Dornelas (2010), que em estudo de série de casos com amputados, atendidos em um centro de reabilitação de Minas Gerais, encontrou percentual de 21,9% de amputações

por acidente de trabalho. Tais divergências estatísticas apenas reforçam a inexistência de um sistema eficiente, e confiável, de notificação e registro de amputações traumáticas. E se não há dados confiáveis de registros de amputações, observa-se, também, uma insuficiência de dados de acompanhamento longitudinal dos pacientes amputados, incluindo a evolução clínica, a reabilitação e a reinserção social e no mercado de trabalho.

Com a lacuna de medidas estatísticas e epidemiológicas, propor intervenções em grande escala, generalizadas, é uma tarefa complexa. No Tópico a seguir, são discutidos os resultados obtidos a partir da evolução clínica dos pacientes acompanhados no presente estudo, ainda que estes resultados não permitam generalizações, podem apontar “um norte” para futuras intervenções.

Após sanadas as questões epidemiológicas, propõe-se, como sugestão, o treinamento das equipes de saúde para o acolhimento dos pacientes amputados. Em um momento inicial, é importante que todos os profissionais de saúde saibam acolher o paciente, de maneira a não revitimizar o paciente, ou seja, não trazendo sofrimento adicional relacionado à amputação. Isto poderia ser feito através de treinamentos continuados nas próprias unidades de saúde (e. g., UTI, Pronto-Socorro, Enfermarias) que já recebem pacientes vítimas de amputações.

Sugere-se que os treinamentos sigam o formato de simulações realistas, metodologia já empregada no treinamento de diversas habilidades necessárias às profissões da área de saúde (Melo et al., 2016). Neste modelo, a equipe de saúde conta com um instrutor facilitador (propõe-se que seja um psicólogo com experiência no atendimento a pacientes amputados). Propõe-se que o treinamento ocorra conforme o modelo de treinamento de habilidades pelo método de simulações, apresentado a seguir.

Melo et al. (2016), em estudo sobre treinamento de habilidades por uso de método de simulações, sugerem alguns componentes para simulações. Entre eles: (a) que sejam feitas no local do próprio trabalho, pois isto facilita a presença dos profissionais de saúde no

treinamento; (b) simulação de “caso-cenário” mais próximo da realidade, antes que o profissional de saúde entre em contato com o paciente, pois expõe o profissional à vivência da situação, permitindo o treino de habilidades, de maneira ética; e (c) *feedback* do instrutor facilitador, apontando os pontos positivos e quais pontos o profissional precisa melhorar. Desta forma, de acordo com os autores, é possível construir, gradativamente, a habilidade requerida.

Seguindo esta lógica, a proposta de um treinamento de habilidades a partir do método de simulações, para atendimento ao paciente amputado: (a) ocorreria nas próprias unidades de saúde que recebem este público-alvo; e (b) seria feita uma simulação realística de caso, com uso de atores que teriam orientação quanto ao perfil do caso simulado, fatores psicológicos a serem utilizados (e. g., frases comumente ditas por pacientes que acabaram de receber a informação da amputação; reações emocionais esperadas à situação); e (c) *feedback* do instrutor, onde seria feita uma síntese da simulação: pontos fortes e pontos a serem desenvolvidos (Melo et al., 2016).

Sugere-se, em um segundo momento, que os profissionais tenham mais acesso às informações teóricas. Por exemplo, informações sobre o processo natural de enlutamento da perda de um membro, sobre a necessidade de reconstrução da autoimagem, informações sobre reações de estresse, ansiedade e depressão, e como identificar se estas estão dentro do nível esperado para o momento de perda, ou se indicam potencial situação patológica. Também é importante que os profissionais conheçam teorias sobre o processo de reabilitação, compreendendo que a protetização é uma das possibilidades, bem como conhecimento teórico sobre formas de motivar o paciente amputado a manter adesão ao tratamento e sobre o uso de estratégias de enfrentamento mais adaptativas, a fim de desmistificar não apenas o atendimento ao paciente, mas as crenças disfuncionais relativas à retomada de funcionalidade durante e após o período de internação hospitalar.

Apesar da sugestão acima parecer difícil de ser implementada em um serviço do SUS, é possível, com poucos recursos, garantir que estas informações sejam constantemente reforçadas com as equipes multidisciplinares através de treinamentos de reciclagem. Alguns autores já sugerem que o SUS demanda da formação de profissionais que utilizem de práticas integradoras - dimensões pessoal, social, profissional, ética e técnica - para, com sensibilidade, questionarem e pensarem em soluções para contextos em que a incerteza se faz presente, tal como o processo saúde-doença (Figueiredo, 2012; Gigante & Campos, 2016).

Dentre as sugestões para garantir a reciclagem dos profissionais, sugere-se a implantação de núcleos de educação permanente em saúde (o que já é uma realidade em grande parte dos hospitais-escola que compõe a rede SUS), em que o conceito da prática educativa esteja baseado no conhecimento prévio dos profissionais de saúde, na problematização da realidade e em desenvolvimento de estratégias para transformação da prática profissional (Gigante & Campos, 2016).

Enfatiza-se, que durante a permanência do paciente em unidades hospitalares, o profissional de saúde, independentemente de sua formação, é o principal veículo de informações sobre o seu adoecimento (Bazhuni & Sant'Anna, 2006; Spinella, 2021). De tal forma que, ter uma equipe mais coesa, mais segura quanto às informações a serem prestadas para o paciente, pode auxiliar o paciente no seu próprio processo de reabilitação.

Rosca et al. (2021) destacam que pacientes amputados, que participaram de grupos terapêuticos, apresentaram melhora na funcionalidade e independência, maior aceitação ao evento estressor e reabilitação mais rápida. Contudo, ressaltam que, provavelmente, o sucesso de tais grupos terapêuticos estejam relacionados ao conhecimento, do profissional assistente (que conduz o grupo) acerca dos fenômenos e consequências psicológicas específicas de pacientes amputados. Os mesmos autores também apontam que conscientizar a equipe

multiprofissional acerca das questões psicológicas enfrentadas por pacientes amputados promove vinculação, respeito e compaixão entre a equipe de saúde e o paciente.

O acolhimento do paciente contribui para a percepção de maior satisfação com o serviço de saúde ofertado. Para Carvalho e Campos (2000, p. 512), “[...] o acolhimento é um arranjo [...] que busca garantir acesso aos usuários com objetivo de escutar os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário”. Após a construção do acolhimento, a formação de vínculo com o paciente se dá pelo reconhecimento do paciente enquanto um sujeito “[...] que fala, julga e deseja”. (Schimith & Lima, 2004, p. 1488).

Em suma, para a promover a vinculação entre a equipe de saúde e o paciente, é imprescindível a construção de um espaço de respeito, em que não seja fortalecida a posição hierárquica de poder do profissional de saúde, mas uma relação humanizada, de troca e aprendizado mútuos. Schimith e Lima (2004) utilizam da proposta de construção de vinculação terapêutica proposta pelo Programa Saúde da Família (PSF), onde o vínculo implica conhecer o paciente e seus problemas.

O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe. (Schimith & Lima, 2004, p. 1491).

O(a) psicólogo(a) que compõe uma equipe multiprofissional, que presta cuidados à pacientes amputados, pode orientar os demais profissionais quanto a normalizar a expressão de sentimentos - tanto do paciente, quanto de sua rede de apoio - de forma que esta expressão seja uma etapa para a adaptação psicológica à nova realidade que o paciente e a rede de apoio vivenciarão (Jo et al., 2021).

Spinella (2021), em trabalho sobre a atuação do psicólogo em equipes de cuidados paliativos, discute que, uma vez inserido na equipe multidisciplinar, o psicólogo pode auxiliar

o paciente e os seus familiares na compreensão do diagnóstico e prognóstico, bem como orientar os demais membros da equipe multidisciplinar quanto ao respeito e à aceitação do tempo que cada paciente vai demandar para assimilar os momentos vivenciados e, ainda, potencialmente manejar o sentimento de impotência que os colegas profissionais de saúde podem sentir diante da situação.

Desta forma, pode-se destacar que, no contexto do trabalho de pacientes amputados, é tarefa do psicólogo orientar os demais membros da equipe multidisciplinar quanto às reações que o paciente (e familiares) podem apresentar, ressaltando que cada paciente vai apresentar uma demanda particular de tempo para assimilar a etapa que está vivenciando, e que se espera que a equipe apresente postura respeitosa diante deste momento tão delicado. O psicólogo pode, ainda, ensinar sobre as fases de enlutamento - que, geralmente, ocorrem após a perda de um membro - e treinar os membros da equipe multidisciplinar para que estes estejam aptos a apresentar postura acolhedora e, portanto, formar vínculos terapêuticos significativos com os pacientes (Schimith & Lima, 2004).

A partir da conscientização dos profissionais, espera-se que o principal enfoque do atendimento seja o atendimento integral do paciente, com uma abordagem mais empática ao paciente, diminuindo o risco de reações emocionais negativas (Rosca et al., 2021). Também se pretende que haja maior inclusão da rede de apoio, orientando os cuidados acerca das necessidades do paciente a cada momento do tratamento. Nesta etapa de cuidado, pode-se recorrer à Portaria Nº. 4.279 do Brasil (2010), onde há diretrizes claras para o encaminhamento de pacientes à reabilitação, além do estabelecimento de fluxo e contrafluxo no atendimento na RAS (Almeida & Malagris, 2011; Vargas et al., 2014; Brasil, 2010).

Estas expectativas, de maior integralidade no atendimento, acolhimento do paciente e familiares, formação de vínculos terapêuticos efetivos, resolução de problemas - encaminhamento para outras Unidades de Saúde para os problemas que aquela equipe

multidisciplinar não conseguir solucionar - e criação de fluxo para encaminhamento do paciente amputado para reabilitação, estão em acordo com as Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada (Brasil, 2013).

Por fim, considera-se que o psicólogo possua papel de destaque na equipe que atue junto a pacientes amputados, vítimas de amputações traumáticas, podendo trabalhar desde a coleta e a normatização de dados epidemiológicos, bem como durante o treinamento das equipes multidisciplinares, e propondo metodologias ativas de ensino.

Referências

- Abdurakhmanov, R. A., Abdurakhmanov, A. K., & Kopylov, V. A. (2008). Self-inflicted genital injury. *Urologiia*, 5, 97-99.
- Abeyasinghe, N. L., de Zoysa, P., Bandara, K. M., Bartholameuz, N. A., & Bandara, J. M. (2021). The prevalence of symptoms of post-traumatic stress disorder among soldiers with amputation of a limb or spinal injury: a report from rehabilitation center in Sri Lanka. *Psychology, health & medicine*, 17(3), 376-381.
- Akula, M., Gella, S., Shaw, C. J., McShane, P., & Mohsen, A. M. (2013). A meta-analysis of amputation versus limb salvage in mangled lower limb injuries - the patient perspective. *Injury*, 42(11), 1194-1197.
- Albuquerque, L., & Falkenbach, A. P. (2009). Imagem corporal em indivíduos amputados. *Lecturas: Educación física y deportes*, 131, 28-28.
<https://efdeportes.com/efd131/imagem-corporal-em-individuos-amputados.htm>
- Almeida, A. P., Lima, F. M. V., Lisboa, S. M., Lopes, A. P., & Franco Jr, A. J. A. (2013). Comparação entre as teorias da aprendizagem de Skinner e Bandura. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, 1(3), 81-90.
<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/905/608>
- Almeida, D. C. C., Costa, Y. X. A., Frazão, L. F. N., Mori Junior, W., Santos, P. M., Belota, L. H. A., Faria, J. P., Silva, R. G., Silva, F. J. A., Parreira, M. G. C., & Waltermann, M. E. (2022). Atuação da equipe multiprofissional no atendimento à pessoa amputada. *Research, Society and Development*, 11(9). <http://10.33448/rsd-v11i9.31523>
- Almeida, L. R., Silva, A. T. M. C. & Machado, L. S. (2013). Jogos para Capacitação de Profissionais de Saúde na Atenção à Violência de Gênero. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(1), 110-119. <http://10.1590/S0100-55022013000100016>

- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 183-202
- Álvarez-Martínez, S., Maldonado-Morillo, A., Vara-Patudo, I., Martínez-González, C., & Miranda-Gorozarri, C. (2010). Ray resection in paediatric population. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)*, 61(4), 233-239.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V*. Artmed.
- Amputee Coalition (2022). *Limb Loss In The U.S.* <https://3w568y1pmc7umeynn2o6c1my-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2021/04/llam-infographic-2021.pdf>
- Andrade, S. M. O. (2011). *A pesquisa científica em saúde: concepção e execução*. (4th ed.).
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <http://10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Arrigoni, A. C. B., Nicholeti, Ê. A., Balestra, A. G., & Donadon, M. F. (2021). A reestruturação cognitiva como intervenção na redução das interpretações catastróficas no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Eixo*, 10(1), 13-22. <http://10.19123/eixo.v10i1.769>
- Arruda, G. O., & Marcon, S. S. (2018). Comportamentos de riscos à saúde de homens da região Sul do Brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(2), 1-12. <http://10.1590/0104-07072018000260014>
- Bach, O., Friedel, R., Donicke, T., Nestmann, H., & Markgraf, E. (2017). Microvascular complications following replantations and revascularisations. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie*, 34(6), 363-368.

- Backes, M. S., Becker, A. P. S., Crepaldi, M. A., & Vieira, M. L. (2018). A paternidade e fatores associados ao envolvimento paterno. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 27(61). 100-119. <http://10.21452/2594-43632018v27n61a04>
- Baj, A., Beltramini, G., Laganà, F., Bonanno, V., De Riu, G., & Gianni, A. (2013). Amputation trauma of the face: surgical techniques and microsurgical replantations. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 29(2), 92-96.
- Bandela, V., Bharathi, M., & SV, G. R. (2014). Acrylic finger prosthesis: A case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 8(8), ZD07.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Oliveira, M. G. (1999). Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*, 7(2). 143-156.
- Barbato, B., & Salsac, A-V. (2020). Finger and thumb replantation: From biomechanics to practical surgical applications. *Hand Surgery and Rehabilitation*, 39(2), 77-91.
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*, 12(2), 547-554. <http://10.1590/S0104-59702005000200020>
- Baú, J., & Tobias, P. (2017). A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental no Treino de Habilidades Sociais e Dificuldade de Relacionamento Interpessoal: um Estudo de Caso. *Pesquisa em Psicologia - Anais Eletrônicos*, 19-24.
- Bazhuni, N. F. N., & Sant'Anna, P. A. (2006). O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 86-101.
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva [recurso eletrônico]: teoria e prática*. Tradução Sandra Costa. Artmed.
- Bedin, L. M., & Sarriera, J. C. (2014). Propriedades psicométricas das escalas de bem-estar: PWI, SWLS, BMLSS e CAS. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 213-225.

- Benedetto, K. M., Forgione, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. *Acta Fisiátrica*, 9(2), 85-89.
<http://10.5935/0104-7795.20020001>
- Berzuini, G. A., Rodrigues, A. A., & Ferreira, M. C. T. (2020). Estresse percebido e estratégias de coping em estudantes de psicologia concluintes: um estudo correlacional. *Anais do XIII Encontro de Iniciação Científica do Centro Universitário Barão de Mauá*, 5.
- Boccolini, F. (2000). *Reabilitação. Amputados - Amputações - Próteses*. Robe.
- Bolduc, A., Hwang, B., Hogan, C., Bhalla, V. K., Nesmith, E., Medeiros, R., Alexander, C., & Holsten, S. B. (2010). Identification and Referral of Patients at Risk for Post-traumatic Stress Disorder: A Literature Review and Retrospective Analysis. *The American Surgeon*, 81(9), 904-908.
- Bonnan-White, J., Yep, J., & Hetzel-Riggin, M. D. (2015). Voices from the past: Mental and Physical Outcomes Described by American Civil War Amputees. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1), 13-34. <http://10.1080/15299732.2015.1041070>
- Bonnan-White, J., Yes, J., & Hetzel-Riggin, M. D. (2020). Voices from the past: Mental and physical outcomes described by American Civil War amputees. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1), 13-34.
- Borne, A., Porter, A., Recicar, J., Maxson, T., & Montgomery, C. (2017). Pediatric Traumatic Amputations in the United States: A 5-Year Review. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 37(2), 104-107.
- Branco, R. L. L., Santos, K. P. B., & Luz, S. C. T. (2017). Promovendo a saúde da pessoa amputada: uma ação educativa chamada conversa no leito. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 25(3), 641-648. <http://10.4322/2526-8910.ctoRE0966>

- Branco, R. L. L., Santos, K. P. B., Luz, S. C. T., Honorário, G. J. S., & Medeiros, P. A. (2019). Percepções de pacientes amputados hospitalizados: uma exploração qualitativa do período pós-operatório. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 8(1), 263-276. <http://10.33362/ries.v8i1.1499>
- Branski, R. M., Franco, R. A. C., & Lima Jr, O. F. (2010). *Metodologia de Estudo de Casos Aplicada à Logística*. Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes (ANPET). www.lalt.fec.unicamp.br
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). *Portaria No. 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (1th ed.). Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2022). *Portaria GM/MS Nº 420 de 2 de março de 2022*. Inclui a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Ministério da Saúde.
- Brasileiro, S. V. (2012). *Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas do COPE Breve em uma Amostra Brasileira*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Goiás.
- Butowicz, C. M., Dearth, C. L., & Hendershot, B. D. (2014). Impact of traumatic lower extremity injuries beyond acute care: movement-based considerations for resultant longer term secondary health conditions. *Advances in wound care*, 6(8), 269-278.
- Butowicz, C. M., Silfies, S. P., Vendemia, J., Farrokhi, S., & Hendershot, B. D. (2013). Characterizing and Understanding the Low Back Pain Experience Among Persons with Lower Limb Loss. *Pain Medicine*, 21(5), 1068-1077.

- Butowicz, C. M., Silfies, S. P., Vendemia, J., Farrokhi, S., & Hendershot, B. D. (2020). Characterizing and Understanding the Low Back Pain Experience Among Persons with Lower Limb Loss. *Pain Medicine*, 21(5), 1068-1077. <http://10.1093/pm/pnz293>
- Caiuby, A. V. S., Lacerda, S. S., Quintana, M. I., Torii, T. S., & Andreoli, S. B. (2012). Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). *Caderno de Saúde Pública*, 28(3), 597-603. <http://10.1590/s0102-311x2021000300019>
- Calvetti, P. U., Giovelli, G. R. M., Gauer, G. J. C., & Moraes, J. F. D. (2016). Níveis de Ansiedade, Estresse Percebido e Suporte Social em Pessoas que Vivem com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-4. <http://10.1590/0102.3772e3234317>
- Canada Border Services Agency. (2006). *Critical Incident Stress Management (CISM) Program*. Mass Event Response Plan.
- Canpolat, U., Kaya, E. B., Aytemir, K., & Kabałçi, G. (2017). Severe limb pain suppresses chest pain in a patient with anterior myocardial infarction. *Herz*, 37(6), 706-708.
- Cardoso, A., Melo L., Gianetti, L., & Spréa, R. (2020). *Guia para psicoeducação I, transtorno depressivo maior: terapeuta e paciente: crianças, adolescentes e adultos*. (1th ed.). Rita Spréa.
- Carter, W. E., Darko, I. A., Chandan, P., & Pai, A. B. (2015). Colitis after polytrauma: case report. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 51(4), 655-660.
- Carvalho, J. A. (1999). *Amputações de membros inferiores: Busca da Plena Reabilitação*. (1th ed.). Manole.
- Carvalho, M. A. D., & Matos, M. M. G. (2016). Intervenções Psicossociais em Crise, Emergência e Catástrofes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(2), 116-125. <http://10.5935/1808-5687.20160018>

- Carvalho, S. R., & Campos, G. W. S. (2000). Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 505-515. <http://10.1590/S0102-311X200000021>
- Carvalho-Freitas, M. N., Silva, V. A., Tette, R. P. G., Veloso, H. S., & Rocha, P. C. (2018). Retorno às atividades laborais entre amputados: Qualidade de vida no trabalho, depressão e ansiedade. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 18(4), 468-475. <http://10.17652/rpot/2018.4.14415>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. http://10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Castro, M. M. C., Quarantini L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, A. (2006). Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em Pacientes com Dor Crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(5), 470-477. <http://10.1590/S0034-70942006000500005>
- Cella, C. C., & Vilagra, J. M. (2011). A análise da qualidade de vida de pacientes amputados transfemoral e transtibial com sensação fantasma. *FIEP BULLETIN*, 81, 1-6.
- Chang, A. J., & Brandes, S. B. (2006). Advances in diagnosis and management of genital injuries. *Urologic Clinics*, 40(3), 427-438.
- Conselho Federal de Psicologia (2020). *Resolução N. 4 de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante pandemia do COVID-19.
- Corrêa, M. A., Dias, A. C. G., & Zimmer, M. (2018). Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma no contexto de acolhimento institucional. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 14(2), 130-140. <http://10.5935/1808-5687.20180018>

- Cortes, L. F., Padoin, S. M. M., Vieira, L. B., Landerdahl, M. C., & Arboit, J. (2015). Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 77-84. <http://10.1590/1983-1447.2015.esp.57162>
- Costa, A. S., Nascimento, A. V., Cruz, E. B., Terra, L. L., & Silva, M. R. (2013). O uso do método de estudo de caso na Ciência da Informação no Brasil. *Revista de Ciência da Informação e Documentação*, 4(1), 49-69. <http://10.11606/issn.2178-2075.v4i1p49-69>
- Costa, C. O., Branco, J. C., Vieira, I. S., Souza, L. D. M., & Silva, R. A. (2019). Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(2). 92-100. <http://10.1590/0047-2085000000232>
- Costa, J. S. D., & Victora, C. G. (2006). O que é “um problema de saúde pública?”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(1), 144-51. <http://10.1590/S1415-790X2006000100018>
- Cruz, D. S. M., Collet, N., & Nóbrega, V. M. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1 - revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 973-989. <http://10.1590/1413-81232018233.08002016>
- D'Oliveira, A. F. P. L., Schraiber, L. B., Hanada, H., & Durand, J. (2009). Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1037-1050. <http://10.1590/S1413-81232009000400011>
- Daigeler, A., Fansa, H., & Schneider, W. (2017). Orthotopic and heterotopic lower leg reimplantation. Evaluation of seven patients. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume*, 85(4), 554-558.

- Daigeler, A., Fansa, H., Westphal, T., & Schneider, W. (2017). Replantation at lower leg level. *Der Chirurg; Zeitschrift für Alle Gebiete der Operativen Medizen*, 74(11), 1040-1046.
- Damasceno, V. O., Vianna, V. R. A., Vianna, J. M., Lacio, M., Lima, J. R. P., & Novaes, J. S. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 14(2), 81-94.
- Dantas, L. C. V. (2016). *A Ressignificação na Terapia Cognitiva: uma análise a partir do modelo do sistema de esquema de ações e operações sobre símbolos e signos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista.
- Datta, D., Selvarajah, K., & Davey, N. (2004). Functional outcome of patients with proximal upper limb deficiency - acquired and congenital. *Clinical Rehabilitation*, 18, 172-177. <http://10.1191/0269215504>
- Datta, D., Selvarajah, K., & Davey, N. (2016). Functional outcome of patients with proximal upper limb deficiency - acquired and congenital. *Clinical rehabilitation*, 18(2), 172-177.
- Day, M. C. (2014). The role of initial physical activity experiences in promoting posttraumatic growth in Paralympic athletes with an acquired disability. *Disability and rehabilitation*, 35(24), 2064-2072.
- De Roos, C., Veenstra, A. C., de Jongh, A., den Hollander-Gijsman, M., van der Wee, N. J., Zitman, F.G., & van Rood, Y. R. (2015). Treatment of chronic phantom limb pain using a trauma-focused psychological approach. *Pain Research and management*, 15(2), 65-71.
- Degni, M., & Nasser, A. (1937). Amputações: considerações gerais - fisiopatologia da dor no coto de amputação. *Revista de Medicina*, 21(62), 17-28. <http://10.11606/issn.1679-9836.v21i62p17-28>

- Desmond, D. M. (2007). Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 15-21. <http://10.1016/j.psychores.2006.07.027>
- Desteli, E. E., Imren, Y., Erdogan, M., Sarisoy, G., & Cosgun. (2014). Comparison of upper limb amputees and lower limb amputees: a psychosocial perspective. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 40(6), 735-739. <http://10.1007/s00068-014-0418-3>
- Desteli, E. E., Irmen, Y., Erdogan, M., Sarisoy, G., & Cosgun, S. (2018). Comparison of upper limb amputees and lower limb amputees: a psychological perspective. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 40(6), 735-739.
- Di Napoli, A., Baglio, G., Bracci, C., Taviani, A., Zerbino, E., & Romano, V. (2017). Torture Survivor asylum seekers in Italy: the experience of the humanitarian association “Doctors Against Torture”. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunita*, 17(4), 343-350.
- Diogo, M. J. D. (1997). A Dinâmica Dependência-Autonomia em Idosos Submetidos à Amputação de Membros Inferiores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(1). 59-64. <http://10.1590/S0104-11691997000100007>
- Dornelas, L. F. (2010). Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. *Acta Ortopédica Brasileira*, 18(4), 204-206. <http://10.1590/S1413-78522010000400006>
- Dorstyn, D. S., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2019). Psychosocial outcomes of comparison-based counseling for adults with an acquired physical disability: a meta-analysis. *Rehabilitation psychology*, 56(1), 1-14.

- Ebrahimzadeh, M. H., Moradi, A., Khorasani, M. R., Hallaj-Moghaddam, M., & Kachooei, A. R. (2019). Long-term clinical outcomes of war-related bilateral lower extremities amputations. *Injury*, *46*(2), 275-281.
- Faro, A. (2015). Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *31*(3), 349-353.
<http://10.1590/0102-37722015032072349353>
- Faro, A., Bahiano, M. A., Nakano, T. C., Reis C., Silva, B. F. P., & Vitti, L. S. (2020). COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estudos de Psicologia*, *37*, 1-14. <http://10.1590/1982-0275202037e200074>
- Figueiredo, M. (2012). *A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2019). Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(4), 1265-1276. <http://10.1590/1413-81232018244.05502017>
- Frappel-Cooke, W., Wink, P., & Wood, A. (2005). The psychological challenge of genital injury. *BMJ Military Health*, *159*, 52-56.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*, 158-164. <http://10.1037/0022-3514.88.1.158>
- Furr, J., & Culkin, D. (2008). Injury to the male external genitalia: a comprehensive review. *International urology and nephrology*, *49*(4), 553-561.
- Gabarra, L. M. (2010). *Estados emocionais, formas de enfrentamento, rede de apoio e adaptação psicossocial em pacientes amputados*. Tese de doutorado (UFSC).
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, *30*, 59-72.

- Galván, G. B., & Amiralian, M. L. T. M. (2009). Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 391-398. <http://10.1590/S0103-166x2009000300012>
- García, F. E., Barraza-Peña, C. G., Wlodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M. & Reyes-Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(22). <http://10.1186/s41155-018-0102-3>
- Geraldis, E. A., Rezende, R. A. M., & Silva, R. R. (2010). Gerenciamento do estresse em incidente crítico: sua importância para a navegação aérea e aeroportos. *Revista Conexão SIPAER*, 1(3), 111-129.
- Gigante, R. L., & Campos, G. W. S. (2016). Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 747-763. <http://10.1590/1981-7746-sip00124>
- Godoy, G., Godoy, M., Souza, N. L., Alves, M. P., & Souza, J. A. S. (2022). Importância do cuidado psicológico e emocional aos pacientes que sofrem amputação: uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciência e Educação*, 8(2), 1148-1155. <http://10.51891/rease.v8i2.4323>
- Goiato, M. C., Mancuso, D. N., Marques Ferreira, P. P., & dos Santos, D. M. (2016). *Finger prosthesis: the art of reconstruction*. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 19(10), 670-671.
- Gonçalves, D. M., & Kapczinski, F. (2008). Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1060-1066. <http://10.1590/S0034-89102008005000061>
- Gonçalves, L. O., Ferreira, C. B., Zanini, D. S., Vasconcelos, C. L. B., & Gonçalves, S. S. S. (2015). Coping em pacientes crônicos, cuidadores e profissionais de saúde. *Revista da*

- Sociedade de Psicoterapias Analítica Grupais do Estado de São Paulo*, 16(1), 107-121.
- Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. L. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 24(1), 39-44. <http://10.15603/2176-1019>
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fonsêca, P. N., & Coelho, J. A. P. M. (2008). Life Satisfaction in Brazil: Testing the Psychometric Properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in Five Brazilian Samples. *Social Indicators Research*, 90(2), 267-277. <http://10.1007/s11205-008-9257-0>
- Goyal, A., & Goel, H. (2016). Prosthetic rehabilitation of a patient with finger amputation using silicone material. *Prosthetics and Orthotics International*, 39(4), 333-337.
- Grob, M., Papadopoulos, N. A., Zimmernann, A., Biemer, E., & Kovacs, L. (2010). The psychological impact of severe hand injury. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*, 33(3), 358-362.
- Gu, Y., Li, S., Chen, D., Zhang, L., Wang, H., & Hu, S. (2018). Delayed toe transplantation: experimental study and clinical application. *Plastic and reconstructive surgery*, 105(5), 1675-1679.
- Guimarães, L. A. M., Guimarães, P. M., Neves, S. N. H., & Cistia, J. M. (2007). A técnica do debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 15(1), 1-12. <http://10.15603/2176-1019/mud.v15n1p1-12>
- Gustafsson, M., Amilon, A., & Ahlstrom. (2010). Trauma-related distress and mood disorders in the early stage of an acute traumatic hand injury. *Journal of Hand Surgery*, 28(4), 332-338.
- Hadj Hassine, Y., Hmid, M., & Baya, W. (2014). Trauma of the hand from circular saw table: a serie of a 130 cases. *La Tunisie Medicale*, 94(12), 851.

- Hakala, M., Rinne, J. & Karlsson, H. (2017). Onset of neuropsychiatric symptoms after psychological trauma may result in erroneous diagnostic bias. *Case Reports*, 9.
- Hernekamp, J. F., Bigdeli, A. K., Engel, H., Kneser, U., Kremer, T., & Pelzer, M. (2017). Bilateral hand salvage of subtotal left hand amputation and complex right wrist destruction. *Unfallchirurg*, 119(6), 527-531.
- Heszlein-Lossius, H. E., Al-Borno, Y., Shaqqoura, S., Shaik, N., Giil, L. M., & Gilbert, M. (2002). Does pain, psychological distress and deteriorated family economy follow traumatic amputation among war casualties? A retrospective, cross-sectional study from Gaza. *BMJ Open*, 9(6).
- Hirs, A. T., Dillworth, T. M., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2010). Sex differences in pain and psychological functioning in persons with limb loss. *Journal of Pain*, 11(1), 79-86. <http://10.1016/j.pain.2009.06.004>
- Hirsh, A. T., Braden, A. L., Craggs, J. G., & Jensen, M. P. (2019). Psychometric properties of the community integration questionnaire in a heterogeneous sample of adults with physical disability. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 92(10), 1602-1610.
- Ho Quoc, C., Meruta, A., La Marca, S., Fabiano, L., Toussoun G., & Delay, E. (2016). Breast amputation correction of a horse bite using the lipomodeling technique. *Aesthetic Surgery Journal*, 33(1), 93-96.
- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de Pesquisa. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(2), 2-9. <http://10.1590/S0102-86502005000800002>
- Hoffman-Câmara, R. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191.

- Hu, W., Le Nen, D., Kerfant, N., Trimaille, A., Monnerie, C., Claudic, Y., & Ta, P. (2009). Secondary digit reconstruction of mutilated hand. *Annales de Chirurgie Plastique et Esthetique*, 64(5-6), 694-708.
- Ignez, L. A. F. (2011). *As Técnicas Projetivas como Ferramenta Complementar na Pesquisa Qualitativa*. Título de Pós-Graduação-Especialização, Departamento de Relações Públicas, Propaganda e Turismo da Escola de Comunicações e Artes da USP.
- Ince, B., Gundeslioglu, A. O., Cicekcibasi, A. E., Dadaci, M., Inan, I., & Buyukmumcu, M. (2020). Transfer of the Fifth Finger to Replace an Amputated Thumb: A Preliminary Study. *Surgical Innovation*, 22(5), 462-468.
- Infanger, M., Kossmehl, P., & Grimm, D. (2017). Successful microsurgical primary replantation of an amputated cheek. *Acta oto-laryngologica*, 126(4), 432-434.
- Jayakaran, P., Johnson, G. M., & Sullivan, S. J. (2021). Turning performance in persons with a dysvascular transtibial amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 38(1), 75-78.
- Jo, S. H., Kang, S. H., Seo, W. S., Koo, B. H., Kim, H. G., & Yun, S. H. (2021). Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam University Journal of Medicine*, 38(3), 194-201. <http://10.12701/yujm.2021.00990>
- Jones, N. F., Graham, D., & Au, K. (2020). Bilateral Metacarpal Hands: Reconstruction With 6 Toe Transfers. *Hand (NY)*, 15(4), 465-471.
- Kapidzic-Durakovic, S., Karabegovic, A., Halilbegovic, E., Cickusic, A., Osmanovic, N., & Kudumovic, Z. (2014). Check list of symptoms SCL-90-R at persons with extremities amputations. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*, 6(1), 58-61.
- Kearns, N. T., Powers, M. B., Jackson, W. T., Elliot, T. R., & Ryan, T. (2014). Posttraumatic stress disorder symptom clusters and substance use among patients with upper limb amputations due traumatic injury. *Disability and rehabilitation*, 41(26), 3157-3164.

- Kepe, T. (2010). 'Secrets' that kill: crisis, custodianship and responsibility in ritual male circumcision in the Eastern Cape Province, South Africa. *Social Science & Medicine*, 70(5), 729-735.
- Khan, M. A. A., Javed, A. A., Rao, D. J., Corner, J. A., & Rosenfield, P. (2003). Pediatric Traumatic Limb Amputation: The Principles of Management and Optimal Residual Limb Lengths. *World journal of plastic surgery*, 5(1), 7-14.
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influência o tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 43-50.
<http://10.1590/S1516-44462005000600003>
- Kirven, J. C., Everhart, J. S., DiBartola, A. C., Jones, J., Flanigan, D. C., & Harrison, R. (2006). Interventional Efforts to Reduce Psychological Distress After Orthopedic Trauma: A Systematic Review. *HSS Journal*®, 16(3), 250-260.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31-36. <http://10.1590/S1516-44462003000500008>
- Kohlsdorf, M., & Costa Junior, A. L. (2009). O autorrelato na pesquisa em Psicologia da Saúde: Desafios metodológicos. *Psicologia Argumento*, 27(57), 131-139.
- Kolodzynski, M. N., Kon, M., Egger, S., & Breugem, C. C. (2014). Mechanisms of ear trauma and reconstructive techniques in 105 consecutive patients. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274(2), 723-728.
- Kranz, J., Duck, M., Steffens, C., Reisch, B., & Steffens, J. (2018). Surgical urinary diversion in children from war and crisis areas-20-year experience report. *Der Urologe A*, 57(10), 1208-1213.

- Kratz, A. L., Williams, R. M., Turner, A. P., Raichle, K. A., Smith, D. G., & Ehde, D. (2009). To lump or to split? Comparing individuals with traumatic and nontraumatic limb loss in the first year after amputation. *Rehabilitation Psychology, 55*(2), 126-138.
- Kratz, A. L., Williams, R. M., Turner, A. P., Raichle, K. A., Smith, D. G., & Ehde, D. (2010). To lump or to split? Comparing individuals with traumatic and nontraumatic limb loss in the first year after amputation. *Rehabilitation Psychology, 55*(2), 126-138.
<http://10.1037/a0019492>
- Krueger, C. A., & Wenke, J. C. (2019). Initial injury severity and social factors determine ability to deploy after combat-related amputation. *Injury, 45*(8), 1231-1235.
- Leal, D. N. S., & Rodicz, A. M. (2019). Estudo de caso sobre os aspectos psicológicos após diagnóstico de sarcoma e realização de amputação. *Psicologia em Revista, 25*(1), 219-238.
- LEAP Study Group. (2014). Perceived need and unmet need for vocational, mental health and other support services after severe lower-extremity trauma. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 91*(5), 774-780.
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Temas em Psicologia, 25*(1), 17-28. <http://10.9788/TP2017.1-02>
- Lenzi, L., Tonin, F. S., Souza, V. R., & Pontarolo, R. (2018). Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 34*, 1-11. <http://10.1590/0102.3772e34422>
- Liarto, J., & Adi, K. (2004). Traumatic penile partial amputation caused by rubber band: a case report. *International journal of surgery case reports, 86*, 106358.
- Lima-Silva, T. B., & Yassuda, M. S. (2012). Treino cognitivo e intervenção psicoeducativa para indivíduos hipertensos: efeitos na cognição. *Psicologia Reflexão e Crítica, 25*(1), 30-40. <http://10.1590/S0102-79722012000100005>

Limbs 4 Life - Empowering Amputees. (2022).

<https://www.limbs4life.org.au/resources/returning-home-following-an-upper-limb-amputation>

Lopes, R. F. F., Bizinoto, J. F. S., Rodrigues, L. B., & Neufeld, C. B. (2014). Contribuições da escola alemã para a terapia do esquema para crianças. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 93-102. <https://10.5935/1808-5687.20140015>

Lucas, P. A., Page, P. R., Phillip, R. D., & Bennett, A. N. (2012). The impact of genital trauma on wounded servicemen: qualitative study. *Injury*, 45(5), 825-829.

Luchetti, M., Montebanocci, O., Rossi, N., Cutti, A. F., & Sutin, A. R. (2013). Autobiographical memory and psychological distress in a sample of upper-limb amputees. *PLoS One*, 9(6).

Machin, R., Couto, M. T., Silva, G. S. N., Schraiber, L. B., Gomes, R., Figueiredo, W. S., Valença, O. A., & Pinheiro, T. F. (2011). Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4503-4512. <https://10.1590/S1413-81232011001200023>

Majid, U., & Argáez, C. (2010). Off-Loading Devices for People with Diabetic Neuropathic Foot Ulcers: A Rapid Qualitative Review. *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health*, 17.

Marcolino, J. A. M., Suzuki, F. M., Alli, L. A. C., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. S. T. (2007). Medida da Ansiedade e da Depressão em Pacientes no Pré-Operatório. Estudo Comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 157-166.

<https://10.1590/S0034-70942007000200004>

Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., Vinagre, M. G., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da Escala Brief Cope para estudantes do

ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 300-313.

<https://10.15309/14psd150201>

Marques, M. (2015). Fatores que Impedem a Resolução do Luto. *Psicologia. PT*, 1-8.

Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C., & Ellwanger, J. (2004).

Efectividad de la técnica de intervención em crisis (IC) en um servicio de urgência de un hospital general. *Terapia Psicológica*, 22(2), 177-184.

Matos, D. R. (2006). *Qualidade de Vida e Reabilitação: Casos Cirúrgicos de Artroplastia Total do Quadril*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.

Matos, D. R., Naves, J. F., & Araújo, T. C. C. F. (2018). Ajustamento psicossocial de pessoas com amputação: ponto de vista. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 29(3), 288-292. <https://10.11606/issn.2238-6149.v29i3p288-292>

Maturana, A. P. P. M., & Valle, T. G. M. (2014). Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 2-23.

Mckechnie, P. S., & John, A. (2014). Anxiety and depression following traumatic limb amputation: A systematic review. *Injury*, 45(12), 1859-1866.

<https://10.1016/j.injury.2014.09.015>

Melcer, T., Walker, J., Bhatnagar, V., Richard, E., Han, P., Sechriest, V., Lebedda, M., Quinn, K., & Galarneau, M. (2015). Glasgow Coma Scale scores, early opioids, and 4-year psychological outcomes among combat amputees. *Journal of rehabilitation research and development*, 51(5), 697-710.

Melcer, T., Walker, J., Sazon, J., Domasing, R. Perez, K., Bhatnagar, V., & Galarneau, M. (2012). Outpatient Pharmacy Prescriptions During the First Year Following Serious Combat Injury: A Retrospective Analysis. *Military medicine*, 185(7-8), 1091-1100.

- Melcer, T., Walker, J., Sechriest, V. F. 2nd., Bhatnagar, V., Richard, E., Perez, K., & Galarneau, M. (2013). A Retrospective Comparison of Five-Year Health Outcomes Following Upper Limb Amputation and Serious Upper Limb Injury in the Iraq and Afghanistan Conflicts. *PMR.*, 11(6), 577-589.
- Melcer, T., Walker, J., Sechriest, V. F., Bhatnagar, V., Richard, E. Perez, K., & Galarneau, M. (2019). A Retrospective Comparison of Five-Year Health Outcomes Following Upper Limb Amputation and Serious Upper Limb Injury in the Iraq and Afghanistan Conflicts. *Physical Medicine & Rehabilitation*, 11(6), 1-13.
<https://10.1002/pmrj.12047>
- Melo, K. C., Gonçalves F. T. D., Soares, A. N., Cruz, M. C. N. L., Rodrigues, R. P. D., Silva B. M., Araújo, B. F., Rêgo, M. R. S., Mendes, R. C., & Almeida, A. T. S. D. (2020). Alteração na autoimagem: a percepção do paciente amputado diante da mudança na imagem corporal. *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade*, 93(31), 320-333. <https://10.37885/210102934>
- Melo, M. C. B., Magalhães, A. M. P. B., Silva, N. L. C., Liu, P. M. F., Cerqueira Filho, L. C., Gresta, M. M., & Santos, A. F. (2016). Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, 26, 1-7. <https://10.5935/2238-3182.20160105>
- Michaelis (2019). *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Editora Melhoramentos Ltda.
- Milioli, R., Vargas, M. A. O., Leal, S. M.C., & Montiel, A. A. (2012). Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. *Revista de Enfermagem da USFM*, 2(2), 311-319.
<https://10.5902/217976924703>
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. C. (2010). Validação, no Brasil, do índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 218-23. <https://10.1590/S0103-21002010000200011>

- Mion, G., Masson, J. L., Granier, C., & Hoffman, C. (2015). A retrospective study of ketamine administration and the development of acute or post-traumatic stress disorder in 274 war-wounded soldiers. *Anaesthesia*, *72*(12), 1476-1483.
- Mohta, M., Sethi, A. K., Tyagi, A., & Mohta, A. (2009). Psychological care in trauma patients. *Injury*, *34*(1), 17-25.
- Momeni, A., Parret, B. M., & Kuri, M. (2016). Using na unconventional perfusion pattern in ear replantation-arterialization of the venous system. *Microsurgery*, *34*(8), 657-661.
- Monné Cuevas, P., Borrás Correa, A., Vidal Fortuny E., Ángeles Diaz Vela, M., & Calvo Sanz, J. (2010). Traumatic quadruple amputee rehabilitation: from amputation to prosthetic functionality: a case report. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, *16*(1), 112-118.
- Monné Cuevas, P., Borrás Correa, A., Vidal Fortuny E., Ángeles Diaz Vela, M., & Calvo Sanz, J. (2021). Traumatic quadruple amputee rehabilitation: from amputation to prosthetic functionality: a case report. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, *16*(1), 112-118. <https://10.1080/17483107.2019.1644675>
- Monteiro, H. C., Silva, V. F. A., Ferreira, M. B., Barbosa, D., Martins, C. A., & Foresti, B. B. (2018). Perfil dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos por um centro de referência: estudo clínico e epidemiológico. *FisiSenectus*, *6*(1), 38-47. <https://10.22298/rfs.2018.v6.n1.4507>
- Monteiro, M. J. F. B. (2011). *Validação da Escala de Impacto de Acontecimentos - Revista (IES-R)*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências de Saúde - Norte.
- Montiel, A., Vargas, M. A. O., & Leal, S. M. C. (2012). Caracterização de pessoas submetidas à amputação. *Enfermagem em Foco*, *3*(4), 169-173.

- Mota, B. M., Galego, D., Silva, A. V., Banhos, N. G., Silva, N. M. M. G., Moreira, R. C., & Tashima, C. M. (2020). Encaminhamento de pacientes para teleatendimento psicológico. *Revista Aproximação*, 2(4), 65-67.
- Muyshondt, C., Monforte, M., & Droupy, S. (2013). Traumatismes sexuels. *Progrès en urologie*, 23(9), 771-779.
- Nielson, W. R., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Kerns, R. D., & Molton, I. R. (2008). Further development of the multidimensional pain readiness to change questionnaire: The MPRCQ2. *The Journal of Pain*, 9(6), 552-565.
- Noci, C. D., & Berna, C. (2015). Trauma and chronic pain: echoes and amplifications of physical and emotional suffering. *Revue Medicale Suisse*, 11(480), 1395-1399.
- Nogueira, C. A., Crisostomo, K. N., Souza, R. S., & Prado, J. M. (2017). A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano*, 2(1), 108-120.
- Noronha, D. D., Martins, A. M. E. B. L., Dias, D. S., de Paula, A. M. B., & Haikal, D. S. A. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde entre idosos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 436-474.
<https://10.1590/1413-81232015212.01102015>
- Ogilvie, R., Foster, K., McCloughen, A., & Curtis, K. (2015). Family members' experience of providing support for comparison people with traumatic physical injury during the acute hospital phase of care: A qualitative study. *Injury*, 46(9), 1834-1840.
- Oliveira, A. P. S. V. & Almeida, F. F. (2019). Enfrentamento e Adaptação de Pacientes na Amputação por Trauma ou Doença. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 23(1), 65-72. <https://10.22478/ufpb.2317-6032-2019v23n1.37676>
- Oliveira, A. R. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades adquiridas. *Análise Psicológica*, 4(18), 437-453.

- Oliveira, M. R. M. (2010). *Depressão e o Género: semelhanças e diferenças*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
- Organização Mundial da Saúde. (1998). *Promoción de la salud: glossário*. OMS.
- Orrú, S. E. (2008). Os estudos da análise do comportamento e a abordagem histórico-cultural no trabalho educacional com autistas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 45(3).
- Otto, I. A., Kon, M., Schuurman, A. H., & van Minnen, L. P. (2020). Replantation versus Prosthetic Fitting in Traumatic Arm Amputations: A Systematic Review. *PloS One*, 10(9).
- Paiva, L. L., & Goellner, S. V. (2008). Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Comunicação, Saúde & Educação*, 12(26), 485-497.
<https://10.1590/S1414-32832008000300003>
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e do Esporte*, 26(2), 241-250.
<https://10.1590/S1807-55092012000200007>
- Pereira, T. B., & Branco, V. L. R. (2016). As Estratégias de *Coping* na Promoção à Saúde Mental de Pacientes Oncológicos: uma Revisão Bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 24-31. <https://10.20435/2177093X2016104>
- Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G., & Tai, N. R. (2006). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *Journal of British Surgery*, 75-86.
- Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G., & Tai, N. R. M. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *British Journal of Surgery*, 99(1), 75-86.
<https://10.1002/bjs.7766>

- Pezzin, L. E., Dillingham, T. R., MacKenzie, E., Ephraim, P., & Rossbach, P. (2004). Use and Satisfaction with Prosthetic Limb Devices and Related Services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(5), 723-729. <https://10.1016/j.apmr.2003.06.002>
- Pomares, G., Coudane, H., Dap, F., & Dautel, G. (2020). Psychological effects of traumatic upper-limb amputations. *Orthopedics & Traumatology: Surgery & Research*, 106, 297-300. <https://10.1016/j.otsr.2019.12.013>
- Price, E. M., & Fisher, K. (2007). Further Study of the Emotional Needs of Amputees. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 19, 106-108. <https://10.1097/JPO.0b013e3181571108>
- Queiroz, A. A. F. L. N., Morais, E. R., Silva, R. A. F., Guimarães, M. S. O., Oliveira, L. B., & Magalhães, R. L. B. (2016). Vivências de vítimas de amputação por acidentes. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, 10(2), 708-713. <https://10.5205/relou.6884-59404-2-SM-1.1002sup201602>
- Ramos, C. S. M. (2012). *Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia Traumática, Coping e Satisfação com a Vida em Amputados do Membro Inferior*. Dissertação de mestrado, Universidade do Minho.
- Reich, H., Schutz, T., Gabl, M., Angermann, P., Russe, E., & Wechselberger, G. (2017). Hand replantation: differences in functional outcome considering patient age and sociomedical aspects. *Handchirurgie, Mikrochirurgie, Plastische Chirurgie*, 45(6), 344-349.
- Reis, A. H., Schwab, J. A., & Neufeld, C. B. (2014). Relato de experiência de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo com pacientes amputados. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(2), 148-164. <https://10.31505/rbtcc.v16i2.695>

- Reppold, C., Kaiser, V., Zanon, C., Hutz, C., Casanova, J. R., & Almeida, L. S. (2019). Escala de Satisfação com a Vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses. *Revista de Estudios e Investigación em Psicología y Educación*, 6(1), 15-23. <https://10.17979/reipe.2019.6.1.46.17>
- Resende, M. C., Cunha, C. P. B., Silva, A. P., & Sousa, S. J. (2007). Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências & Cognição*, 10, 164-177.
- Ricketts, S., De Steiger, R., & Breidahl, A. (2016). Eleven-year follow-up of cross-leg replantation for traumatic bilateral amputation. *Journal of reconstructive microsurgery*, 25(2), 111-115.
- Rocío de la, Miró, Jordi, Esteve, Rosa, Ramírez-Maestre, Carmen, López-Martínez, Alicia E., Jensen, & Mark, P. (2018). Sleep disturbance in individuals with physical disabilities and chronic pain: The role of physical, emotional and cognitive factors. *Disability and Health Journal*, 12(4), 588-593.
- Rôla, C. V. S., Silva, S. P. C., & Nicola, P. A. (2018). Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. *Id OnLine Revista de Psicologia*, 12(42), 111-120. <https://10.14295/idonline.v12i42.1300>
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. Casa do Psicólogo.
- Rosca, A. C., Baciú, C. C., Burtaverde, V., & Mateizer, A. (2021). Psychological Consequences in Patients With Amputation of a Limb. An Interpretative-Phenomenological Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-11. <https://10.3389/fpsyg.2021.537493>

- Rtshiladze, M. A., Andersen, S. P., Nguyen, D. Q., Grabs, A., & Ho, K. (2014). The 2009 Sydney shark attacks: case series and literature review. *ANZ Journal of Surgery*, *81*(5), 345-351.
- Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *4*(1).
- Sabino, S. M., Torquato, R. M., & Pardini, A. C. G. (2013). Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Revista Acta Fisiátrica*, *20*(4), 224-228. <https://10.5925/014-7795.20130037>
- Sagiv, P., Shabat, S., Mann, M., Ashur, H., & Nyska, M. (2015). Rehabilitation process and functional results of patients with amputated fingers. *Plastic and reconstructive surgery*, *110*(2), 497-503.
- Sahu, A., Sagar, R., Sarkar, S., & Sagar, S. (2016). Psychological effects of amputation: A review of studies form India. *Industrial Psychiatry Journal*, *25*(1), 4-10. <https://10.4103/0972-6748.196041>
- Salluh, J., Soares, M., & Pizzol, F. (n. d). *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)*. Training Manual. Instituto Nacional do Câncer.
- Salminger, S., Roche, A. D., Hruby, L. A., Sturma, A., Riedl, O., Bergmeister, K. D., & Aszmann, O. C. (2016). Prosthetic reconstruction to restore function in transcarpal amputees. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, *69*(3), 305-310.
- Sangirolamo, R. G., Antunes, M. D., Santos, M. C. M., & Nonino, F. (2021). Percepção e qualidade de vida de amputados de membro inferior submetidos à reabilitação fisioterapêutica. *Revista Interdisciplinar de Promoção de Saúde*, *4*(1), 16-23. <https://10.17058/rips.v4i1.16667>
- Santana, F. M., Silva, L., Félix, M. S. D., Cavalcante, E. G., & Barbosa, J. S. B. (2014). Dependência Funcional em Amputados de Membros Inferiores Cadastrados nas

Unidades Básicas de Saúde. *Revista de Psicologia*, 8(22), 84-94.

<https://10.14295/online.v8i22.265>

Santos, B. K., Luz, S. C. T., Santos, K. B., Honório, G. J. S., & Farias, G. O. (2018). Atuação de equipe multiprofissional no atendimento à pessoa amputada: contextualizando serviços e protocolos hospitalares. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 527-537. <https://10.4322/2526-8910.octoAO1193>

Santos, J. R., Vargas, M., M. & Melo, C. M. (2014). Nível de atividade física, qualidade de vida e rede relações sociais de amputações. *Revista Brasileira Ciência & Movimento*, 22(3), 20-26.

Santos, K. P. B., & Luz, S. C. T. (2015). Experiências na Extensão Universitária: Reabilitação de Amputados. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), 602-606. <https://10.1590/1981-52712015v39n4e00982014>

Santos, M. T., & Flores-Mendoza, C. (2017). Treino Cognitivo para Idosos: Uma Revisão Sistemática dos Estudos Nacionais. *Psico-USF*, 22(2), 337-349. <https://10.1590/1413-82712017220212>

Santos, S. C. M. (2010). O Modelo Predominante de Masculinidade em Questão. *Revista de Políticas Públicas*, 14(1), 59-65.

Save the Children (2013). Treinamento de Primeiros Socorros Psicológicos. *Manual para Cuidadores de Crianças*. Arteg Bureau de Artes Gráficas.

Schimith, M. D., & Lima, M. A. D. S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1487-1494. <https://10.1590/S0102-311X2004000600005>

Schmidhammer, R., Nimmervoll, R., Pelinka, L. E., Huber, W., Schrei, K., Kroepfl, A., & Redl, H. (2004). Bilateral lower leg replantation versus prosthetic replacement: long-

- term outcome of amputation after an occupational railroad accident. *Journal of Trauma*, 57(4), 824-831. <https://10.1097/01.ta.0000075521.52640.92>
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2015). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*, 9(1), 76-82.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588. <https://10.1590/S0102-311X2004000200027>
- Senefonte, F. R. A., Rosa, G. R. P. S., Comparin, M. L., Covre, M. R., Jafar, M. B., Andrade, F. A. M., Maldonado Filho, G., & Nogueira Neto, E. (2012). Amputação primária no trauma: perfil de um hospital da região centro-oeste do Brasil. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, 11(4), 269-276. <https://10.1590/S1677-54492012000400004>
- Seren, R. & De Tilio, R. (2014). As vivências do luto e seus estágios em pessoas amputadas. *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 15(1), 64-78.
- Shankar, P., Grewal, V. S., Agrawal, S., & Nair, S. V. (2014). A study on quality of life among lower limb amputees at a tertiary prosthetic rehabilitation center. *Medical journal armed forces India*, 76(1), 89-94.
- Shankar, P., Grewal, V. S., Agrawal, S., & Nair, S. V. (2020). A study on quality of life among lower limb amputees at a tertiary prosthetic rehabilitation center. *Medical Journal Armed Forces India*, 76, 89-94. <https://10.1016/j.mjafi.2019.02.008>
- Silva, A. F. O., Dias, E. E. C., & Silva, R. L. A. S. (2022). Qualidade de vida: uma reflexão sobre a cidade de São Paulo. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 14(1), 1-15.
- Silva, J. R. R. T., & Lyra, M. C. D. P. (2017). Rememoração: contribuições para a compreensão do processo de aprendizagem de conceitos científicos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 21(1), 33-40. <https://10.1590/2175-3539/2017/02111065>

- Silva, R. T. S., Silva, R. A. R., Rodrigues, I. E. C. V., Neto, V. L. S., Silva, B. C. O., & Souza, F. M. L. C. (2018). Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com AIDS frente à situação da doença. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-9. <https://10.1590/1518-8345.2284.2985>
- Silva, S. L. C., Silva, A. L. S., Aguiar, G. N. P., Lopes, I. V., Eustáquio, J. C., Melo, M. S., Santos, M. V., D'Athayde, P. M., & Souza, L. P. S. (2017). Análise dos principais comportamentos de risco à saúde adotados por homens jovens e universitários. *Id Online Revista de Psicologia*, 11(38), 849-866.
- Silva, T. L. G., Mello, P. G., Silveira, K. A. L., Wolffenbuttel, L., Lobo, B. O. M., Bicca, C. H. M., Grassi-Oliviera, R., & Kristensen, C. H. (2013). Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1), 93-104.
- Silva, W. R., Ferrari, E. P., Vieira, M., Melo, G., & Cardoso, F. L. (2018). Propriedades psicométricas da escala de satisfação com a vida no contexto esportivo brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 24(1), 45-49. <https://10.1590/1517-869220182401172303>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Casa do Psicólogo
- Sousa, L. K. L., Fonseca, J. R. S., Carvalho, M. S., Veloso, M. L., Carvalho, M. L., & Ibiapina, A. R. S. (2021). Estratégias de enfrentamento do impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental de estudantes universitários. *Anais do II Congresso Nacional de Inovações em Saúde*.
- Souza, A. S., & Gomes, D. R. (2021). Symbolic aspects of lower limb amputation from the perspective of Jungian psychology. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 10(1), 94-105. <https://10.17267/2317-3394rpd.v1oi1.3428>

- Souza, Y. P., Santos, A. C. O., & Albuquerque, L. C. (2019). Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil). *Jornal Vascular Brasileiro*, 18, 1-8. <https://10.1590/1677-5449.190064>
- Spinella, A. P. M. F. (2021). *Atuação do psicólogo na equipe multiprofissional de cuidados paliativos com pacientes oncológicos pelo viés da terapia cognitivo comportamental*. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário UNIFAAT.
- Sposato, L., Yancosek, K., & Cancio, J. (2013). Psychosocial reactions to Upper extremity limb salvage: A case series. *Journal of Hand Therapy*, 32(1), 48-56.
- Sposato, L., Yancosek, K., & Cancio, J. (2014). Psychosocial reactions to Upper extremity limb salvage: a cross-sectional study. *Journal of Hand Therapy*, 31(4), 494-501.
- Srivastava, K., Saldanha, D., Chaudhury, S., Ryali, V. S. S. R., Goyal, S., Bhattacharyya, D., & Basannar, D. (2011). A Study of Psychological Correlates after Amputation. *Medical Journal Armed Forces India*, 66(4), 367-373. [https://10.1016/S0377-1237\(10\)80021-8](https://10.1016/S0377-1237(10)80021-8)
- Stevens, B., A., & Ellerbrock, L. S. (1995). Crisis Intervention: An Opportunity to Change. *ERIC Digests*, 34, 1-5.
- Talbot, L. A., Brede, E., & Metter, E. J. (2017). Psychological and Physical Health in Military Amputees During Rehabilitation Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *Military Medicine*, 182(5-6), 1619-1624.
- Tennent, D. J., Polfer, E. M., Sgromolo, N. M., Krueger, C. A., & Potter, B. K. (2018). Characterization of disability following traumatic through knee and transfemoral amputations. *Injury*, 49(6), 1193-1196.
- Thirkannad, S. M. (2016). Mutilating Hand Injuries in Children. *Hand clinics*, 32(4), 477-489.

- Turra, V., Almeida, F. F., Doca, F. N. P., & Costa Jr., A. L. (2012). Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema. *Psico*, 43(4), 500-509.
- Urquiza, M. A., & Marques, D. B. (2016). Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos*, 16(1), 115-144. <https://10.5433/1519-5392.2016v16n19115>
- Van Dongen, T. T. C. F., Huizinga, E. P., de Kruijff, L. G. M., van der Krans, A. C., Hoogendoorn, J. M., Leenen, L. P. H., & Hoencamp, R. (2019). Amputation: Not a failure for severe lower extremity combat injury. *Injury*, 48(2), 371-377.
- Vargas, M. A. O., Ferrazzo, S., Schoeller, S. D., Drago, L. C., & Ramos, F. R. S. (2014). Rede de atenção à saúde à pessoa amputada. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 526-532. <https://10.1590/1982-0194201400086>
- Vicent, H. K., Horodyski, M. B., Vicent, K. R., Brisbane, S. T., & Sadasivan, K. K. (2003). Psychological Distress After Orthopedic Trauma: Prevalence in Patients and Implication for Rehabilitation. *PMR*, 7(9), 978-989.
- Vicente, L. M., & Vieira, E. M. (2009). O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 63-71. <https://10.1590/S0100-55022009000100009>
- Vincent, H. K., Horodyski, M., Vincent, K. R., Brisbane, S. T., & Sadasivan, K. K. (2015). Psychological Distress After Orthopedic Trauma: Prevalence in Patients and Implications for Rehabilitation. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*, 7(9), 978-989. <https://10.1016/j.pmrj.2015.03.007>
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 55-62. <https://10.1590/S0101-81082011000100010>

- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(2), 436-444. <https://10.1590/S0102-311X2009000200022>
- Vorkapic, C. F., & Rangé, B. (2011). Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 50-54.
<https://10.14295/idonline.v12i42.1300>
- Vucetic, C. S., Vukasinovic, Z., Miric, D., & Tulic, G. (2017). Two cases of big-toe replantation: a ten-year follow-up. *Journal of reconstructive microsurgery*, 22(2), 79-86.
- Young-McCaughan, S., Bingham, M. O., Vriend, C. A., Inman, A. W., Gaylord, K. M., & Miaskowski, C. (2015). The impact of symptom burden on the health status of service members with extremity trauma. *Nurs Outlook*, 65(5S), 61-70.
- Ziegler, A. P., Dalenogare, J. F., Carpes, A. P., Machado, D. S., Silva, F. S., & Mota, L. M. (2019). Fisioterapia na reabilitação de amputado transfemoral unilateral: relato de caso. *Revista Interdisciplinar de Promoção de Saúde*, 2(2), 106-110.
<https://10.17058/rips.v2i2.14519>

Anexos

Anexo A - Brief Cope Scale. Tradução proposta por Brasileiro (2012).

1. Tenho me dedicado ao trabalho ou outras atividades para me distrair.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
2. Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa em relação à situação na qual me encontro.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
3. Tenho dito a mim mesmo: “isto não é real”.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
4. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me sentir melhor.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
5. Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
6. Estou desistindo de enfrentar a situação.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
7. Tenho tomado alguma atitude para tentar melhorar a situação.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
8. Tenho me negado a acreditar que essa situação tenha acontecido.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
9. Tenho dito coisas para extravasar meus sentimentos desagradáveis.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
10. Tenho recebido ajuda e conselhos de outras pessoas.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
11. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me ajudar a superar a situação.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
12. Tenho tentado enxergar a situação de outra forma para fazê-la parecer mais positiva.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
13. Tenho me criticado.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
14. Tenho tentado criar uma estratégia em relação ao que fazer.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
15. Tenho recebido conforto e compreensão de alguém.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
16. Estou desistindo de tentar enfrentar a situação.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
17. Tenho tentado enxergar algo de bom no que está acontecendo.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
18. Tenho feito piadas sobre a situação.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante

19. Tenho feito coisas para pensar menos na situação como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar acordado, dormir ou ir às compras.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
20. Tenho aceitado a realidade do fato acontecido.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
21. Tenho expressado meus sentimentos negativos.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
22. Tenho tentado encontrar conforto em minha religião ou crenças espirituais.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
23. Tenho tentado obter conselho ou ajuda com outras pessoas sobre o que fazer.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
24. Tenho aprendido a conviver com esta situação.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
25. Tenho pensado bastante sobre os passos que irei dar.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
26. Tenho me culpado pelas coisas que aconteceram.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
27. Tenho orado ou meditado.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante
28. Tenho ridicularizado a situação.	1 = não tenho feito de jeito nenhum	2 = tenho feito um pouco	3 = tenho feito mais ou menos	4 = tenho feito bastante

Anexo B - Escala HADS

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

Anexo C - *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*

Retirado de Gouveia et al. (2009).

INSTRUÇÕES. Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

7 = Concordo totalmente

6 = Concordo

5 = Concordo ligeiramente

4 = Nem concordo nem discordo

3 = Discordo ligeiramente

2 = Discordo

1 = Discordo totalmente

1. ____ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
2. ____ As condições da minha vida são excelentes.
3. ____ Estou satisfeito(a) com minha vida.
4. ____ Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero da vida.
5. ____ Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

Anexo D - IES-R

Retirado de Caiuby *et al.* (2012)

Versão da *Escala do Impacto do Evento – Revisada* (IES-R) traduzida para a língua portuguesa.

Listamos abaixo as dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentam, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias do evento estressor _____, por favor, leia cada item abaixo e depois marque com um X a coluna que melhor corresponde a seu nível de estresse, nos últimos 7 dias.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação	0	1	2	3	4
2. Eu tinha problemas em manter o sono	0	1	2	3	4
3. Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação	0	1	2	3	4
4. Eu me sentia irritável e bravo	0	1	2	3	4
5. Eu evitava ficar chateado quando pensava sobre a situação ou era lembrado dela	0	1	2	3	4
6. Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar	0	1	2	3	4
7. Eu sentia como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real	0	1	2	3	4
8. Eu me mantive longe de coisas que pudessem relembrar a situação	0	1	2	3	4
9. Imagens sobre a situação saltavam em minha mente	0	1	2	3	4
10. Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado	0	1	2	3	4
11. Eu tentei não pensar sobre a situação	0	1	2	3	4
12. Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei	0	1	2	3	4

13. Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos	0	1	2	3	4
14. Eu me peguei agindo ou sentindo como se estivesse de volta à situação	0	1	2	3	4
15. Eu tive problemas para dormir	0	1	2	3	4
16. Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação	0	1	2	3	4
17. Eu tentei retirar a situação da minha memória	0	1	2	3	4
18. Eu tive problemas de concentração	0	1	2	3	4
19. Lembranças da situação faziam com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração disparado	0	1	2	3	4
20. Eu tive sonhos sobre a situação	0	1	2	3	4
21. Eu me sentia atento ou na defensiva	0	1	2	3	4
22. Eu tentei não falar sobre a situação	0	1	2	3	4

Anexo E - Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga etc., ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zíperes, laços etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE-VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

PONTUAÇÃO TOTAL (0 - 100):

Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).

3. Se o sujeito não consegue ler os questionários, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Anexo F - Entrevista semiestruturada com paciente

Iniciais do paciente: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Idade: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Data da internação no Hospital: ___/___/___

Data do acidente: ___/___/___

ESTADO MENTAL DO PACIENTE:

<input type="checkbox"/> Alteração nível de consciência
<input type="checkbox"/> Alteração de atenção
<input type="checkbox"/> Alteração na orientação Auto/Alopsíquica
<input type="checkbox"/> Alteração de memória
<input type="checkbox"/> Alteração do pensamento (confuso, delirante, lentificado, desorganizado)
<input type="checkbox"/> Alteração sensopercepção
<input type="checkbox"/> Alteração psicomotora
<input type="checkbox"/> Alteração de humor
<input type="checkbox"/> Alteração afetividade
<input type="checkbox"/> Sono/Alimentação

CONTEXTO DE ADOECIMENTO:

Suporte Social Operacional
<input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Insatisfatório <input type="checkbox"/> Ausente
Suporte Social Emocional
<input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Insatisfatório <input type="checkbox"/> Ausente
Compreensão do tratamento
<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequada <input type="checkbox"/> Limítrofe/Superficial
Adesão ao tratamento
<input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Condicionada <input type="checkbox"/> Ausente

Declara uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas: ()SIM ()NÃO

Especificar: _____

Internações hospitalares prévias: () não () sim. Duração (em dias) _____

Motivo das internações hospitalares anteriores: _____

Histórico de acompanhamento psicológico/psiquiátrico? Especificar motivo.

Lembranças anteriores ao acidente (se preservadas; se alteração de fixação e/ou alteração de sensopercepção; se paciente manteve nível de consciência durante os primeiros socorros)

Anexo G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa **Intervenção psicológica precoce em pacientes vítimas de amputações traumáticas** sob responsabilidade da pesquisadora Isabela Castelli do Hospital de Base do Distrito Federal. Esse estudo tem como objetivo a construção e avaliação de efeitos de um protocolo de atendimento psicológico a pacientes vítimas de amputações traumáticas.

A sua participação ocorrerá da seguinte forma: você será convidado a participar da pesquisa, recebendo os esclarecimentos necessários da pesquisadora. Será aplicado um roteiro de entrevista e escalas psicológicas para que possamos compreender seus níveis de ansiedade e depressão. Outros encontros acontecerão no intervalo de 15, 30, 45, 90 e 180 dias. Nestes encontros, trataremos de questões sobre enfrentamento, adaptação e qualidade de vida. Nossos encontros poderão ocorrer no hospital ou, caso seja mais cômodo para você, a pesquisadora irá ao seu encontro. É possível que haja algum desconforto emocional, com vivência de sentimentos de frustração, tristeza e raiva, no entanto a pesquisadora está apta a acolhê-lo a todo momento, garantindo escuta qualificada e assistência psicológica especializada. Você pode desistir da participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao seu tratamento de saúde.

A sua participação possibilita a compreensão de aspectos fundamentais para elaboração de um protocolo estruturado a ser implementado no serviço e, desta forma, pretende prevenir questões psicológicas a longo prazo, bem como auxiliar outros pacientes em situação semelhante à sua.

Durante sua participação nesse estudo, você será acompanhado pela pesquisadora e pode tirar todas as dúvidas que tiver.

Sua participação é voluntária, ou seja, você tem direito a se recusar a participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Não haverá pagamento ou recompensa financeira pela sua participação nesse estudo. Você não terá nenhuma despesa adicional com sua participação neste estudo. Haverá garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Garantimos que seu nome e dados não serão divulgados, sendo mantidos em sigilo pela equipe de pesquisadores. Os resultados desse estudo poderão ser divulgados nessa instituição, em revistas e/ou encontros científicos, sempre garantindo a sua privacidade.

Caso tenha dúvidas ou considerações relacionadas a esta pesquisa, entre em contato com a pesquisadora responsável Isabela Castelli por meio do telefone (61) 98166-8336, e-mail castelli.isabela@gmail.com.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do IGESDF (e-mail: cep@igesdf.org.br, telefone: (61) 3550-8837, Endereço: Setor Médico Hospitalar Sul - Asa Sul - Brasília/DF - CEP: 70335-900). Entre em contato caso tenha ou queira alguma informação a respeito dos aspectos éticos envolvendo este estudo.

Se concordar em participar, você receberá uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a outra via será arquivada pelo pesquisador.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Eu, _____ (nome) _____
(telefone), _____ (endereço)
aceito participar desse estudo.

Assinatura do participante

Assinatura e carimbo do pesquisador

Isabela Castelli
(61) 98166-8336
castelli.isabela@gmail.com

Anexo H - Parecer do Comitê de Ética

INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL e IGESDF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção psicológica precoce em pacientes vítimas de amputações traumáticas

Pesquisador: Isabela Castelli

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33671420.0.0000.8153

Instituição Proponente: INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL -IHBDF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.230.852

Apresentação do Projeto:

Introdução: as cirurgias de amputação se referem à retirada (total ou parcial) de um órgão. Com os avanços médicos, estas cirurgias são consideradas “reconstrutivas”, pois objetivam restaurar o membro doente, de forma que o coto se transforme em membro útil para uma reabilitação futura. Distingue-se as principais causas de amputações: artrite, agravada pela diabetes; traumas e tumores. A amputação constitui processo traumático para o indivíduo, podendo impactar diretamente a funcionalidade e qualidade de vida. Destaca-se as amputações traumáticas; onde o paciente geralmente apresenta perfil jovem, em fase ativa, sem comorbidades preexistentes conhecidas; devendo, por isto, ser avaliada e acompanhada de forma diferenciada dos demais tipos de amputação. Discute-se que o dano físico proveniente de uma amputação pode desencadear distúrbios psíquicos, bem como alterações de identidade e de autoestima. Contudo, ainda é baixo o número de estudos realizados acerca de aspectos psicológicos de amputados. A devida avaliação e acompanhamento dos diversos aspectos psicológicos destes pacientes está previsto pelas Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada como parte do processo de reabilitação. Ademais, a avaliação e o acompanhamento psicológico precoce são considerados fatores de proteção para o desenvolvimento de transtornos psicológicos a longo prazo. Objetivos: avaliar questões psicológicas tais como ansiedade, depressão, satisfação com a vida, coping etc., manifestam-se durante intervenção psicológica sistematizada em pacientes amputados traumáticos. Método: pretende-se realizar avaliação psicológica detalhada através de

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF e TÉRREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.297-400
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-9167 **E-mail:** cep@igesdf.org.br

INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL ζ IGESDF



Continuação do Parecer: 4.230.852

instrumentos

específicos (escalas para ansiedade, depressão, estratégias de coping, etc, entrevistas semiestruturadas), e avaliar como os aspectos psicológicos evoluem após intervenção psicológica sistematizada. Os participantes serão divididos em grupo intervenção 1 e 2, onde a principal variável entre os grupos será a intervenção precoce (em até sete dias).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os efeitos de um protocolo de intervenção psicológica a pacientes que foram submetidos a amputações em decorrência de acidentes traumáticos.

Analisar possíveis relações funcionais da intervenção psicológica sistemática sobre níveis de ansiedade e depressão, a sintomatologia traumática, a dependência funcional, as estratégias de enfrentamento e a qualidade/satisfação com a vida de pacientes vítimas de amputações traumáticas de grandes segmentos; Reavaliar possíveis relações funcionais da intervenção psicológica, em esquema de follow up, após 90 e 180 dias da amputação;

Avaliar se há correlação entre o sucesso de protetização e reabilitação de funcionalidades e os aspectos psicológicos mensurados;

Comparar a evolução dos aspectos psicológicos (ansiedade, depressão, satisfação/qualidade de vida, uso de estratégias de enfrentamento) entre o grupo submetido à intervenção precoce e o grupo não submetido à intervenção precoce.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Pesquisador se propõe a resolver as questões que possam advir da manifestação de conteúdos emocionais intensos relacionado amputação traumática, Aponta o riscos de exposição de dados no qual pesquisador será a coletora dos dados e outro pesquisador irá analisar sem identificação dos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios dos estudos apontados serão a construção de protocolos de

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF ζ TÉRREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.297-400
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3550-9167 **E-mail:** cep@igesdf.org.br

**INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL ζ IGESDF**



Continuação do Parecer: 4.230.852

intervenção à pessoas com amputação traumática além de compreensão dos aspectos psicológicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa coordenada por uma psicóloga do IGESDF que é doutoranda da Universidade de Brasília, é um estudo coorte com dois grupos com simples cego, terá 50 casos será avaliado variáveis tais como demográficas, variáveis clínicas (avaliar a ansiedade e depressão, satisfação e qualidade de vida, escala de impacto do evento e o índice de Barthel para avaliar dependência emocional).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cronograma apresentado e atualizado

Recomendações:

O CEP/IGESDF ressalta a necessidade do desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernente às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 – Cabe ao pesquisador:

[...]

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observações:

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF ζ TÉRREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL	
Bairro: ASA SUL	CEP: 70.297-400
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3550-9167	E-mail: cep@igesdf.org.br

**INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL ç IGESDF**



Continuação do Parecer: 4.230.852

- 1) O pesquisador deverá encaminhar uma cópia desse parecer à Diretoria de Pesquisa, Ensino e Inovação do IGESDF e aos setores onde serão realizados a pesquisa.
- 2) O pesquisador deverá manter uma cópia desse parecer, em mãos, para eventuais consultas sempre que estiver realizando alguma etapa da pesquisa.
- 3) Qualquer alteração no projeto aprovado, como cronograma, alteração de título, inclusão de pesquisadores associados e etc., deverá ser solicitada ao CEP/IGESDF através de emenda, conforme modelo disposto na intranet e/ou site do IGESDF, via Plataforma Brasil.
- 4) Em caso de RELATO DE CASO, o pesquisador deverá apresentar o texto do relato aprovado pelo CEP.
- 5) Os relatórios parciais deverão ser encaminhados a cada SEIS MESES, após a aprovação do protocolo.
- 6) Protocolos aprovados com cronograma menor que seis meses será necessário encaminha somente relatório final.
- 7) O pesquisador responsável deverá encaminhar o relatório final por meio de notificação de evento, via plataforma Brasil, em até 60 dias após o término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (CEP/IGESDF), de acordo com as atribuições definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na resolução do 466/2012 e na norma operacional 001/2013, em reunião, realizada no dia 20/08/2020, deliberou pela "APROVAÇÃO" do presente protocolo de pesquisa.

O pesquisador deve seguir o disposto no item recomendações e demais aspectos éticos vigentes, emitindo relatórios parciais semestrais e final sucinto quando da conclusão do projeto, por meio de notificação, via Plataforma Brasil. Além disso, deve seguir o protocolo como apresentado e aprovado.

Qualquer alteração que seja feita, inclusive se houver necessidade de interrupção da pesquisa, também deve ser imediatamente comunicada ao CEP/IGESDF, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF ç TÉRREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
Bairro: ASA SUL CEP: 70.297-400
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3550-9167 E-mail: cep@igesdf.org.br

**INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERAL ζ IGESDF**



Continuação do Parecer: 4.230.852

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1451110.pdf	13/08/2020 21:25:07		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PLATFORM2.pdf	13/08/2020 21:24:48	Isabela Castelli	Aceito
Outros	Lattes_Isabela.pdf	26/07/2020 18:39:19	Isabela Castelli	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_PlatoBr.pdf	26/07/2020 18:38:25	Isabela Castelli	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Anuencia.pdf	03/06/2020 09:20:21	Isabela Castelli	Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_conselho_cientifico.pdf	03/06/2020 09:19:37	Isabela Castelli	Aceito
Orçamento	Orcamento_PlatoBr.pdf	03/06/2020 09:18:31	Isabela Castelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PlatoBr.docx	03/06/2020 09:16:24	Isabela Castelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEP_PlatoBr.pdf	03/06/2020 09:14:35	Isabela Castelli	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/06/2020 09:12:59	Isabela Castelli	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 23 de Agosto de 2020

Assinado por:
Juliana Frossard Ribeiro Mendes
(Coordenador(a))

Endereço: CENTRO DE PESQUISA EM SAÚDE DO IGESDF ζ TÉRREO SITUADO NO SETOR MÉDICO HOSPITALAR SUL
Bairro: ASA SUL **CEP:** 70.297-400
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3550-9167 **E-mail:** cep@igesdf.org.br