

INFLUÊNCIA DA EXPECTATIVA EM RELAÇÃO À PRÓTESE NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DO INDIVÍDUO COM AMPUTAÇÃO UNILATERAL DE MEMBRO INFERIOR: ESTUDO QUALITATIVO

ALMEIDA, Leticia Vargas de¹; ALVES, Carla Fakin²; CAMARGO, Fernanda Furtado³; CLIQUET JUNIOR, Alberto⁴.

<https://doi.org/10.60035/1678-0795.momentum-v1n22-505>

RESUMO

Este estudo qualitativo investigou o efeito das expectativas versus a realidade sobre as próteses em amputados durante a reabilitação. Dez indivíduos com amputações de membros inferiores foram entrevistados no setor de órteses e próteses do Hospital das Clínicas. Os resultados mostraram que 80% dos participantes expressaram decepção com as próteses, relatando frustração por não conseguirem usá-las imediatamente, como esperavam. No período pré-prótese, 90% dos participantes compareciam às sessões de reabilitação, mas esse número caiu para 52,5% no pós-prótese. A pesquisa sugere que um acompanhamento multidisciplinar com apoio psicológico poderia melhorar a aceitação e a adesão ao processo de reabilitação.

Palavras-chave: amputação de membro inferior; prótese; pesquisa qualitativa.

Abstract

This qualitative study investigated the effect of expectations versus reality regarding prostheses in amputees during rehabilitation. Ten individuals with lower limb amputations were interviewed at the *Hospital das Clínicas* orthotics and prosthetics department. The results showed that 80% of participants expressed disappointment with their prostheses, reporting frustration at not being able to use them immediately as they had expected. During the pre-prosthesis period, 90% of participants attended rehabilitation sessions, but this number dropped to 52.5% in the post-prosthesis period. The study suggests that multidisciplinary care with psychological support could improve acceptance and adherence to the rehabilitation process.

Keywords: lower limb amputation; prosthesis; qualitative research.

¹ Doutora, Centro Universitário UNIFAAT e Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Agência de fomento: FAPESP E CAPES. *E-mail:* llevargasdealmeida@gmail.com

² Especialista, Centro Universitário UNIFAAT e Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. *E-mail:* carlafakih@gmail.com

³ Doutora, Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. *E-mail:* fefurtadocamargo@gmail.com

⁴ Professor Doutor, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasil e Laboratório de Biocibernética e Engenharia de Reabilitação, Departamento de Engenharia Eletrotécnica, Universidade de São Paulo. *E-mail:* cliquet@fcm.unicamp.br

INTRODUÇÃO

Os indivíduos que sofrem amputações de membros inferiores costumam ser afetados de forma singular, tanto física, quanto psicológica, social e economicamente. Quando esses fatores não são ajustados em um tratamento de reabilitação, reverberam em limitações para os indivíduos e para a equipe que promove o atendimento (Ostler *et al.*, 2014; Penn-Barwell, 2011; Ephraim *et al.*, 2005; Godoy *et al.*, 2002; Sinha e Van Den Heuvel, 2011; Horgan e MacLachlan, 2004; Senra *et al.*, 2012; Rybarczyk *et al.*, 2004; Singh *et al.*, 2009). Estudos mostram que, além dessas limitações, fatores como a compreensão da sua condição, a motivação, a autoeficácia são pontos importantes ao longo do tratamento desses indivíduos (Miller *et al.*, 2019).

As amputações de membros inferiores afetam diretamente o sistema locomotor, mais especificamente a marcha, e geram limitações de liberdade na locomoção, equilíbrio e noção de espaço, ou seja, os indivíduos perdem a habilidade nas tarefas básicas como caminhar, correr, saltar e agachar (Norlyk, Martinsen e Kjaer-Petersen, 2013).

Em uma revisão sistemática sobre o treino de marcha de indivíduos com amputações de membros inferiores e diferentes tipos de próteses, os autores analisaram estudos em que a grande maioria das pesquisas tratam dos efeitos dos protocolos de reabilitação e dos fatores biomecânicos que influenciam a marcha. A abordagem do atendimento psicológico integrado na reabilitação, no entanto, não é relatada pelos autores ou, quando citados, não há explicação dos métodos utilizados no tratamento dos dados, o que pode indicar baixa evidência científica (Highsmith *et al.*, 2016).

Durante o desenvolvimento de um estudo quantitativo, conduzido pelo primeiro autor deste artigo, caracterizado como um ensaio clínico randomizado, cujo objetivo principal é quantificar o efeito de um processo de intervenção específico sobre a biomecânica da marcha pré e pós-prótese de indivíduos com amputações unilaterais de membros inferiores, observamos variáveis importantes quanto à expectativa e à percepção inicial da população estudada em relação à prótese (Almeida *et al.*, 2021). Esta observação, aliada à falta de dados referentes às variáveis psicológicas e à possível influência destas variáveis na reabilitação funcional, evidenciada nos estudos supracitados, encorajou para o desenvolvimento do presente estudo caracterizado como estudo qualitativo descritivo.

O objetivo principal deste estudo foi explorar a diferença entre a expectativa e a realidade encontrada, na perspectiva da população estudada, bem como sua influência no processo de reabilitação. Nesse sentido, a pergunta do estudo que norteou o desenvolvimento

deste trabalho foi: Qual o efeito da influência da expectativa comparada à realidade em relação à prótese dos indivíduos com amputação de membro inferior durante o processo de reabilitação?

2 MÉTODOS

O presente estudo, desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, teve como participantes indivíduos com amputação de membro inferior, recrutados no setor de órteses e próteses do departamento de ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética (Nº. 2.349.249), e o termo de esclarecimento e livre consentimento foi assinado pelos colaboradores da pesquisa.

Todos são participantes de um estudo denominado ensaio clínico randomizado, com um protocolo de reabilitação com um total de 32 sessões divididas em fases pré-prótese e pós-prótese (24 sessões pré-prótese e 8 sessões pós-prótese) (Almeida *et al.*, 2021). As entrevistas foram realizadas em dois momentos, no final do período pré-prótese e no final do período pós-prótese. Para responder à pergunta do estudo, que envolveu a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas, os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 60 anos, ambos os sexos, sedentários, capazes intelectualmente, com amputações de causas traumáticas e vasculares, amputações unilaterais dos membros inferiores, com níveis de amputações transtibiais e transfemorais. Além disso, foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: maiores de 60 anos, atletas, amputações bilaterais, amputações de membros superiores, com infecções de qualquer tipo e intelectualmente incapazes.

2.1 Participantes

Foram entrevistados 10 participantes, divididos em dois grupos: intervenção (N = 5) e controle (N = 5). Os participantes do grupo intervenção eram todos do sexo masculino, com idade média de 37,2 anos, sendo 80% casados, 80% com amputações traumáticas e 20% com amputações vasculares, com tempo médio de amputação de 2,4 anos. No grupo controle, os participantes eram 80% do sexo masculino e 20% do sexo feminino, com idade média de 45,6 anos, sendo 40% casados, 40% solteiros e 20% viúvos, 60% com amputações traumáticas e 40% com amputações vasculares, com tempo médio de amputação de 5,6 anos (tabela 1).

Tabela 1 – Dados demográficos dos participantes

Participantes	Gênero	Idade	Estado Civil	Causa da Amputação	Nível da Amputação	Tempo de Amputação
GHSP	Masculino	18	Solteiro	Traumatico	Transfemoral	1 ano
JGR	Masculino	31	Casado	Traumatico	Transfemoral	7 anos
AMP	Masculino	46	Casado	Traumatico	Transfemoral	2 anos
OBL	Masculino	50	Casado	Traumatico	Transfemoral	1 ano
ADR	Masculino	41	Casado	Vascular	Transtibial	1 ano
SAS	Masculino	44	Casado	Traumatico	Transfemoral	10 anos
SCS	Feminino	50	Viuva	Vascular	Transfemoral	1 ano
MF	Masculino	45	Solteiro	Traumatico	Transtibial	15 anos
NF	Masculino	59	Casado	Vascular	Transtibial	1 ano
WOA	Masculino	30	Solteiro	Traumatico	Transtibial	1 ano

Fonte: os autores (2024)

2.1 Entrevistas

As entrevistas foram elaboradas e realizadas pela primeira autora, que participou diretamente do protocolo de reabilitação. As perguntas foram realizadas em sala reservada e individualmente, para que houvesse privacidade e menor possibilidade de interrupções durante o processo de coleta das informações. As entrevistas foram filmadas após o consentimento de todos os participantes, bem como para a coleta de dados demográficos, como idade, sexo, condição social, causa da amputação, tempo de amputação e frequência nas sessões de reabilitação.

Os participantes do estudo foram estimulados a participar da entrevista semiestruturada contendo seis questões, para discorrer sobre suas expectativas e percepções iniciais relacionadas à prótese e sobre o quanto essas questões e outras do âmbito pessoal influenciaram na reabilitação e no desenvolvimento funcional de cada um. Por fim, também foram questionados sobre suas expectativas gerais num futuro próximo. As perguntas das entrevistas foram retiradas da literatura e da experiência clínica. Embora as entrevistas tenham sido realizadas com os dois grupos, intervenção e controle, apenas as perguntas respondidas pelos participantes do grupo intervenção serão apresentadas e analisadas neste estudo. Isto é, portanto, a proposta foi analisar o efeito da influência da expectativa comparada à realidade em relação à prótese dos indivíduos com amputações de membro inferior durante o processo de reabilitação e, por se tratar de um estudo randomizado, o grupo controle não participou de nenhuma sessão de reabilitação.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO

As respostas das questões, depois de transcritas, foram lidas e interpretadas pelos autores deste estudo. Após a fase de interpretação realizada individualmente por cada pesquisador, as respostas foram analisadas e integradas de forma consensual pelos pesquisadores. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a experiência e a imersão do primeiro autor ao longo do processo de reabilitação da população pesquisada foram fundamentais para a análise a ser realizada. As respostas dadas por cada um dos participantes foram agrupadas de acordo com as perguntas feitas e depois analisadas. Durante o processo de análise dos dados coletados, identificamos semelhanças nas respostas obtidas em cada uma das perguntas, bem como o uso de termos que se repetiam ao longo do discurso dos diferentes participantes.

3.1 Resultados

Chamou-nos a atenção os dados referentes à frequência dos participantes nos períodos pré e pós-prótese. A média da frequência nas sessões de reabilitação do grupo intervenção foi de 21,6 sessões na fase pré-prótese, e a média da frequência pós-prótese foi de 4,2 sessões, ou seja, 90% na fase pré-prótese e 52,5% na pós-prótese (tabela 2).

Tabela 2 – Fases de frequência da reabilitação

Participantes	Grupo	Sessões Pré-prótese	Sessões Pós- prótese	*Frequência total da reabilitação
GHSP	Intervenção	22/24	2/8	Pré 91% e Pós 25%
JGR	Intervenção	22/24	3/8	Pré 91% e Pós 37,5%
AMP	Intervenção	22/24	7/8	Pré 91% e Pós 87,5%
OBL	Intervenção	23/24	8/8	Pré 95% e Pós 100%
ADR	Intervenção	19/24	1/8	Pré 79% e Pós 12,5%
SAS	Controle	-	-	-
SCS	Controle	-	-	-
MF	Controle	-	-	-
NF	Controle	-	-	-
WOA	Controle	-	-	-

*Frequência de reabilitação, pré-prótese (total: 24 sessões (100%) e pós-prótese (total: 8 sessões (100%)).
Fonte: os autores (2024)

Os participantes foram questionados sobre a sua frequência nas duas fases do processo e responderam da seguinte forma:

A. Participou em todas as sessões de reabilitação pré-prótese? Se não, porquê?

Não, falhei duas vezes, moro longe e às vezes fica difícil vir até aqui, acabei perdendo a hora e perdendo o horário do ônibus e outro dia estava sem a passagem do ônibus. GHSP

Não, tive que faltar algumas vezes por causa do meu trabalho, não tinha o que fazer. JGR

Não, eu só precisava resolver problemas no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), eu tinha uma consulta médica e não podia faltar, senão, eu não recebo o seguro, só por isso. AMP

Não, só faltei uma vez, vim a todas as outras sessões, só faltei porque o ônibus em que eu estava quebrou, eu ia chegar aqui muito tarde. OBL

Não, faltei cinco sessões, moro noutra cidade e dependo de transportes da cidade. Teve um dia que eu não estava bem, e como tenho de sair de casa às 3 horas da manhã para estar aqui às 11 horas, achei melhor descansar em minha casa. ADR

B. Participou em todas as sessões de reabilitação pós-prótese? Se não, por quê?

Não, só vim duas vezes. Melhorei a minha marcha, mas estava muito desanimado e não queria fazer mais fisioterapia, estava cansado. GHSP

Não, só vim três sessões, porque estava com o "psicológico abalado", coloquei a prótese e não conseguia andar. JGR

Não, eu faltei uma vez, tive uma crise de ansiedade e a minha pressão subiu e tive de ir para o pronto-socorro, fiquei lá uma noite. Tudo porque eu queria andar e melhorar logo, e as coisas não são assim, e a minha mente estava acelerada, é muito complicado. AMP

Sim, em todas as sessões, eu queria melhorar logo, andar cada dia melhor. A minha filha vai casar e eu queria usar logo a prótese para entrar com ela na igreja, tinha medo de não conseguir e ter que ir de muletas, mas agora não, ponho a calça e ninguém vai perceber que estou usando a prótese. OBL

Não, faltei a muitas sessões, tive uma crise de pressão baixa e o meu médico pediu para eu descansar e, como vivo longe, achei melhor ficar em casa. ADR

Na fase pré-prótese, as faltas às sessões foram registradas em 10%, e as justificações dadas pelos participantes relacionavam-se com problemas como trabalho, compromissos intransferíveis, transporte e distância. E também salientar que, nesta fase, os participantes fizeram questão de justificar antecipadamente a sua ausência aos pesquisadores. Na fase pós-prótese, a ausência nas sessões foi de 47,5%, ou seja, houve um aumento considerável em relação à fase pré-prótese. Com exceção de um participante, que esteve presente em todas as sessões e que teve uma motivação específica e pontual para tal (acompanhar a filha na igreja no dia do casamento), os motivos das ausências dos demais participantes tiveram dimensões diferentes, relacionadas a variáveis psicológicas como desânimo, ansiedade, frustração e cansaço. Além da baixa frequência, a pesquisadora teve que insistir para que os participantes

estivessem presentes nas sessões pós-prótese, sendo que a maioria das faltas não foram justificadas com antecedência.

As perguntas seguintes serão apresentadas com as respectivas respostas.

C. A prótese foi tudo o que imaginou?

Não, eu olhei e não gostei, achei feio, pesado, achei que seria melhor. Foi uma decepção. GHSP

*Achei a prótese pesada, fiquei **decepcionado**. Já sabia mais ou menos como seria, e sabia que não era fácil. JGR*

*Não, pensei que fosse mais leve e mais fácil de colocar. Fiquei um pouco **decepcionado**. AMP*

*Na verdade, não, fiquei **decepcionado**, pensei que fosse um pouco mais leve e mais prático. Foi um pouco frustrante. OBL*

Achei um pouco estranho, é diferente, mas achei muito bom. ADR

D. O que esperava que acontecesse quando recebeu a prótese? E o que aconteceu?

*Estava muito **ansioso** para receber a prótese, pensava que ia conseguir subir e descer e andar de moto. Coloquei a prótese e não conseguia me equilibrar, dei alguns passos e caí. GHSP*

*Eu tinha medo de não me adaptar, porque eu sinto muita dor no coto, eu estava **ansioso** para saber como seria. Quando recebi a prótese, senti um pouco de dor e manquei um pouco para andar, tive dificuldade em andar, a minha perna amputada estava fraca. JGR*

*Querida receber a prótese e andar depressa, estava muito **ansioso**, mas tinha medo. Não conseguia fazer tudo o que pensei que faria, pensava que seria mais fácil, não conseguia andar e me equilibrar, tinha de me apoiar em alguém ou na parede. Estava muito nervoso, pensei que nunca conseguiria. AMP*

*Pensei em ir embora, sou muito agitado e a **ansiedade** atrapalha um pouco. Não conseguia andar, fiquei **decepcionado**, tinha dias que não colocava a prótese, era difícil. OBL*

*Como todo mundo, a **ansiedade** aumenta um pouco, mas eu estava muito feliz. Assim que recebi a minha prótese, consegui andar, claro que tive de aprender algumas coisas, mas foi bom. Foi mais fácil para mim porque a minha amputação é abaixo do joelho, por isso me adaptei bem. ADR*

Na análise da questão 3, fica evidente que 80% dos participantes utilizaram palavras relacionadas ao termo decepção para se referir às próteses recebidas. Já na análise da questão 4, percebe-se que todos os participantes afirmaram ter sentido muita ansiedade antes de receber a prótese, e 80% deles se sentiram frustrados ao recebê-la, pois imaginavam que não teriam tanta dificuldade em utilizá-la. Nesse sentido, o nível de frustração foi alto, fato que pode ter contribuído para o alto índice de faltas no período pós-prótese.

E. O que é a amputação para você?

Normal. Dificuldade em andar. Agora não posso fazer o que fazia antes, tenho uma dependência. GHSP

Tudo novo, a aceitação e inicialmente a dependência. Antes da amputação tinha uma visão pequena, depois da amputação comecei a ver novos horizontes, passei a ter uma visão maior do que somos capazes e de que não estamos limitados, e passei a ter outras referências de pessoas com deficiência, que usam cadeiras de rodas, e percebi que é uma vida diferente da que conheci e comecei a aprender e a lidar com a situação. JGR

Me confrontei com uma mudança de vida, eu era uma pessoa ocupada, só trabalhava e não ficava em casa e agora eu dependo dos outros, uma vida dependente. Foi difícil, uma mudança total na nossa vida, foi um baque. AMP

Foi muito difícil, ainda estou me adaptando, porque ninguém aceita perder uma parte do corpo, mas "graças a Deus" é a vida que nos resta, e a saúde. A minha rotina já não é como era, agora é um pouco mais limitada, mais dependente, às vezes queremos fazer as coisas mais depressa e não dá, é tudo um pouco mais lento. OBL

Muda muita coisa, muita coisa tive que deixar de fazer, coisas em casa porque precisava da ajuda de outra pessoa, não me adaptei com as muletas, tive que ficar na cadeira de rodas e fiquei dependente de outras pessoas. ADR

F. Como é que se sente hoje? E daqui a 5 anos, como acha que vai estar?

Infeliz! Não sei, acho que não vou melhorar. GHSP

Sinto-me bem, preciso de tratar a mente, todo mundo precisa. Daqui a 5 anos vou estar bem, vou estar a andar perfeitamente, o meu sonho é correr um pouco, espero conseguir "se Deus quiser". JGR

Me sinto muito feliz. Recuperei as minhas asas, estou livre. Daqui a 5 anos, espero poder voltar a andar de bicicleta com o meu filho. AMP

Me sinto feliz e realizado. Daqui a 5 anos espero estar muito melhor, andar mais depressa e mais ágil, "se Deus quiser". OBL

Me sinto muito bem. Daqui a 5 anos espero estar melhor, pretendo voltar a andar de bicicleta e a jogar futebol. ADR

Na análise das respostas referentes à questão 5, pode-se perceber que 100% dos participantes utilizaram palavras relacionadas ao termo dependência. Todos eles, ao falarem sobre o que é amputação, relacionaram-na diretamente à dependência. Nesse sentido, pode-se inferir que, para eles, o fator que impacta a vida após a amputação é a dependência causada por ela. Em relação à questão 6, é possível observar que, apesar do alto nível de frustração apresentado anteriormente, 80% dos participantes sentem-se confiantes em relação ao futuro e esperam estar caminhando, andando de bicicleta, sendo mais rápidos e ágeis, ou seja, esperam ser o menos dependentes possível.

3.2 Discussão

Com base nos relatos dos participantes, na observação e na intervenção nos dois períodos de reabilitação, pré e pós-prótese, os resultados qualitativos mostraram que na fase pré-prótese os participantes eram mais pacientes e só faltavam quando era extremamente necessário. Apesar de a variável ansiedade estar presente em todo o processo, a paciência foi de grande importância na fase de reabilitação. Entretanto, na fase de reabilitação pós-prótese os resultados mostraram variáveis envolvendo fatores psicológicos como decepção, frustração, ansiedade e cansaço, contribuindo para o alto índice de faltas nesta fase. Mesmo com a insistência da terapeuta sobre a importância da frequência no processo de reabilitação funcional, a frustração causada principalmente pela decepção em relação à expectativa que tinham sobre a prótese e pelo fato de os participantes não conseguirem andar de imediato, resultou em um alto índice de faltas nesta segunda etapa e, conseqüentemente, pode ter interferido no resultado final do processo de reabilitação.

Numa abordagem qualitativa, um estudo demonstrou, por meio das experiências dos terapeutas na abordagem a indivíduos amputados no período pré-prótese, que as questões socioeconômicas e a falta de preparação destes indivíduos pré-prótese resultaram em complicações psicológicas e complicações de limitação funcional no uso da prótese (Ennion; Johannesson, 2018).

Outro estudo analisou as relações sociodemográficas/clínicas e a satisfação com a vida de indivíduos com amputações de membros inferiores e os mecanismos utilizados por eles. O estudo concluiu que é necessário utilizar uma variedade de estratégias, tendo em consideração as diferenças psicossociais de cada grupo, para que haja uma intervenção adequada no processo de reabilitação (Pereira *et al.*, 2018).

Foi realizado um estudo retrospectivo com uma amostra de 135 amputados transtibiais e transfemorais com o objetivo de identificar o impacto de variáveis como a idade, o nível e a causa da amputação através de uma escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS) e o Medicare K de indivíduos com amputação unilateral do membro inferior. O estudo concluiu que existe uma necessidade de uma avaliação psicológica para este grupo de pessoas, principalmente para a população de indivíduos com amputação de nível transfemoral (Yilmaz *et al.*, 2016).

Um estudo transversal e qualitativo, utilizando entrevistas semiestruturadas, analisou uma amostra de conveniência de 42 participantes com amputações de membros inferiores. As entrevistas foram realizadas após 18 anos de assistência pelo serviço médico e de reabilitação de um hospital público geral, cujo objetivo era compreender e explorar as experiências e

mudanças de autoidentidade de pacientes com amputações de membros inferiores. As principais questões abordadas foram "o impacto emocional da amputação; o processo de ajustamento; e a relação com os recursos externos". "O estudo conclui que a percepção em relação à autoidentidade sofre alterações após a amputação para além da função e imagem corporal, refletindo-se na consciência e projeções futuras dos doentes (Senra *et al.*, 2012).

De acordo com uma revisão sistemática, foram observados níveis elevados de depressão e ansiedade na população de indivíduos com amputações traumáticas, quando comparados com a média da população em geral. A maioria dos estudos teve um tempo prospectivo limitado de apenas 2 anos. Os estudos não conseguiram definir o nível de depressão desses indivíduos e a eficácia dos tratamentos de reabilitação nessas variáveis. Além disso, ressaltaram que o ideal seria termos estudos prospectivos a longo prazo, ou seja, com mais de 2 anos, para que pudessemos entender melhor o efeito dos programas de reabilitação (McKechnie; John, 2014).

Um estudo abordou as diferentes experiências dos usuários de próteses. Vinte e quatro participantes foram entrevistados por meio de diferentes ferramentas, tais como weblogs, textos autobiográficos e publicações em fóruns. Os dados foram recolhidos e analisados como base para os procedimentos da Grounded Theory. Os usuários de próteses têm mostrado preocupações sobre a autoimagem e se sentirem "normais", concluindo que "normal" é uma nova terminologia para os profissionais de saúde compreenderem melhor, visto que é uma das preocupações apontadas pelos usuários de próteses para continuarem a usar as suas próteses (Jefferies *et al.*, 2019).

Foi realizado um estudo com o objetivo de abordar e explorar os resultados das prescrições das próteses de forma qualitativa. Neste estudo, que foi realizado por meio de 10 entrevistas semiestruturadas com prestadores de serviços e em 6 grupos de usuários de próteses, os dados foram recolhidos e analisados por meio da análise temática. Os principais temas foram: "independência, não estar em cadeiras de rodas, equilíbrio e segurança, melhorar a qualidade de vida e atingir o potencial". O estudo concluiu que existe uma diferença no que é considerado importante entre os usuários de próteses e os prestadores de serviços. Para além disso, o estudo desenvolveu questões relevantes que desafiam sobretudo a questão funcional dos usuários de próteses, compreendendo melhor a sua necessidade de desenvolver um modelo de avaliação e prescrição de próteses que melhor respondam às necessidades reais do usuário (Schaffalitzky *et al.*, 2011).

Foi desenvolvida uma revisão sistemática de três bases de dados de estudos qualitativos para explorar a experiência de adultos amputados que utilizam próteses. O estudo revelou uma base de informação relevante e sugestões para os prestadores de serviços de reabilitação.

Recomendou também a importância de intervenções psicológicas e educacionais dos indivíduos a serem assistidos e apoiados e encorajados por medidas positivas que ajudem na adaptação às próteses (Murray e Forshaw, 2013).

Estudo mexicano estima que a prevalência de tentativas de suicídio e depressão em indivíduos com amputações estão diretamente relacionadas com as atividades funcionais. Numa amostra, 40 indivíduos foram avaliados através da Escala de Intenção de Suicídio, da Escala de Depressão de Hamilton e da Escala de Independência Funcional. O estudo mostrou que 27,5% tinham intenção de suicídio, enquanto a taxa de depressão foi de 92,5%. Quanto à função, 57,5% foram classificados como dependentes completos. Ao correlacionar a função com a depressão, os resultados foram significativos ($P < 0,001$), concluindo que essa população necessita de intervenções para reabilitação funcional, farmacológica e psicológica (Vázquez *et al.*, 2018).

Embora ainda seja pequeno o número de estudos que abordam os efeitos psicológicos relacionados à reabilitação de indivíduos amputados na literatura, os apresentados corroboraram com os resultados obtidos no presente estudo.

Considerando que a população do grupo de intervenção é composta por indivíduos do sexo masculino, com uma média de idade de 37,2 anos, ou seja, a idade para estar em plena atividade funcional, majoritariamente com amputações traumáticas (80% dos casos), sem tempo de adaptação física e psicológica, neste sentido, tendo em conta a especificidade de cada população, entende-se que é necessário desenvolver diferentes estratégias de reabilitação. De acordo com a discussão apresentada, coloca-se a hipótese de que se houvesse um acompanhamento psicológico adequado, procurando motivar os indivíduos ao longo de todo o processo, o sofrimento seria minimizado e a participação na reabilitação seria maior, podendo extrapolar os ganhos funcionais e aumentando assim a hipótese de uma maior aceitação e compreensão da sua nova condição de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permite concluir que os indivíduos que sofrem esse tipo de amputação necessitam de acompanhamento psicológico, pois as variáveis psicológicas que os acompanham devido à amputação e à ansia de retornar às suas tarefas habituais afetaram diretamente o processo de reabilitação. Além da necessidade física e funcional, o fator psicológico foi uma grande limitação para esses indivíduos, cujas questões emocionais foram de grande impacto no processo de reabilitação, levando a ausências e prejudicando a assistência. Os sistemas públicos de saúde devem compreender o indivíduo em sua totalidade e

complexidade, levando em conta suas dimensões biopsicossociais. Para isso, em muitos casos, é necessário ampliar as frentes de trabalho dos hospitais públicos, formando equipes multidisciplinares que olhem o indivíduo como um todo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. V. *et al.* A low-cost easily implementable physiotherapy intervention clinically improves gait implying better adaptation to lower limb prosthesis: a randomized clinical trial. **Sci Rep**, v. 11, n. 1, p. 21228, 2021. DOI: 10.1038/s41598-021-00686-9. PMID: 34707169; PMCID: PMC8551177.
- ENNION, L.; JOHANNESSON, A. A qualitative study of the challenges of providing pre-prosthetic rehabilitation in rural South Africa. **Prosthet. Orthot. Int.**, v. 42, n. 2, p. 179-186, 2018. DOI: 10.1177/0309364617698520. PMID: 28318387.
- EPHRAIM, P. L. *et al.* Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: results of a national survey. **Arch Phys Med Rehabil.**, v. 86, n. 10, p. 1910-1919, 2005. DOI: 10.1016/j.apmr.2005.03.031. PMID: 16213230.
- GODOY, J. M. P de *et al.* Quality of life after amputation. **Psychol Health Med**, v. 7, p. 397-400, 2002.
- HIGHSMITH, M. J. *et al.* Gait Training Interventions for Lower Extremity Amputees: A Systematic Literature Review. **Technol. Innov.**, v. 18, n. 2-3, p. 99-113, 2016. DOI: 10.21300/18.2-3.2016.99. PMID: 28066520; PMCID: PMC5218520.
- HORGAN, O.; MACLACHLAN, M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. **Disabil. Rehabil.**, v. 26, n. 14-15, p. 837-850, 2004. DOI: 10.1080/09638280410001708869. PMID: 15497913.
- JEFFERIES, P. *et al.* Staying "just normal": preservation strategies in prosthesis use. **Disabil Rehabil. Assist. Technol.**, v. 14, n. 4, p. 379-385, 2019. DOI: 10.1080/17483107.2018.1451561. PMID: 29557683.
- MCKECHNIE, P. S.; JOHN, A. Anxiety and depression following traumatic limb amputation: a systematic review. **Injury**, v. 45, n. 12, p. 1859-1866, 2014. DOI: 10.1016/j.injury.2014.09.015. PMID: 25294119.
- MILLER, M. J. *et al.* Factors influencing participation in physical activity after dysvascular amputation: a qualitative meta-synthesis. **Disabil. Rehabil.**, v. 41, n. 26, p. 3141-3150, 2019. DOI: 10.1080/09638288.2018.1492031. PMID: 30261758; PMCID: PMC6437000.
- MURRAY, C. D.; FORSHAW, M. J. The experience of amputation and prosthesis use for adults: a metasynthesis. **Disabil. Rehabil.**, v. 35, n. 14, p. 1133-1142, 2013. DOI: 10.3109/09638288.2012.723790. PMID: 23033871.

NORLYK, A.; MARTINSEN, B.; KJAER-PETERSEN, K. Living with clipped wings- patients' experience of losing a leg. **Int. J. Qual. Stud. Health Well-being**, v. 8, p. 21891, 2013. DOI: 10.3402/qhw.v8i0.21891. PMID: 24128661; PMCID: PMC3797366.

OSTLER, C.; ELLIS-HILL, C.; DONOVAN-HALL, M. Expectations of rehabilitation following lower limb amputation: a qualitative study. **Disabil. Rehabil.**, v. 36, n. 14, p. 1169-1175, 2014. DOI: 10.3109/09638288.2013.833311. PMID: 24024542.

PENN-BARWELL, J. G. Outcomes in lower limb amputation following trauma: a systematic review and meta-analysis. **Injury**, v. 42, n. 12, p. 1474-1479, 2011. DOI: 10.1016/j.injury.2011.07.005. PMID: 21831371

PEREIRA, M. G. *et al.* Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping and acceptance. **Scand. J. Psychol.**, v. 59, n. 4, p. 414-421, 2018. DOI: 10.1111/sjop.12444. PMID: 29682756.

RYBARCZYK, B. *et al.* Diversity in adjustment to a leg amputation: case illustrations of common themes. **Disabil. Rehabil.**, v. 26, n. 14-15, p. 944-953, 2004. DOI: 10.1080/09638280410001708986. PMID: 15497926.

SCHAFFALITZKY, E. *et al.* Understanding the benefits of prosthetic prescription: exploring the experiences of practitioners and lower limb prosthetic users. **Disabil. Rehabil.**, v. 33, n. 15-16, p. 1314-1323, 2011. DOI: 10.3109/09638288.2010.529234. PMID: 21050130.

SENRA, H. *et al.* Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. **Clin. Rehabil.**, v. 26, n. 2, p. 180-191, 2012. DOI: 10.1177/0269215511410731. PMID: 21908476.

SENRA, H. *et al.* Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. **Clin. Rehabil.**, v. 26, n. 2, p. 180-191, 2012. DOI: 10.1177/0269215511410731. PMID: 21908476.

SINGH, R. *et al.* Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. **Clin. Rehabil.**, v. 23, n. 3, p. 281-286, 2009. DOI: 10.1177/0269215508094710. PMID: 19218302.

SINHA, R.; VAN DEN HEUVEL, W. J. A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. **Disabil. Rehabil.**, v. 33, n. 11, p. 883-899, 2011. DOI: 10.3109/09638288.2010.514646. PMID: 20825359.

VÁZQUEZ, P. I. A. *et al.* Prevalence and correlations between suicide attempt, depression, substance use, and functionality among patients with limb amputations. **Int. J. Rehabil. Res.**, v. 41, n. 1, p. 52-56, 2018. DOI: 10.1097/MRR.0000000000000259. PMID: 29035935.

YILMAZ, M. *et al.* The effect of amputation level and age on outcome: an analysis of 135 amputees. **Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol.**, v. 26, n. 1, p. 107-112, 2016. DOI: 10.1007/s00590-015-1709-z. PMID: 26449785.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio de bolsas da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, CNPq - Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia e CAPES - Ministério da Educação.