

Psychosocial adjustment of people with amputation: point of view

Denise Regina Matos¹, Juliana Fákir Naves², Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira Araujo³

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i3p288-292>

Matos DR, Naves JF, Araujo TCCF. Ajustamento psicossocial de pessoas com amputação: ponto de vista. Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo. 2018 set.-dez.;29(3):288-92.

RESUMO: Anualmente, no Brasil, milhares de pessoas são submetidas a procedimento de amputação. Nesse cenário, as instituições que prestam cuidados – desde a etapa cirúrgica ao processo de reabilitação – necessitam planejar e avaliar seus programas assistenciais tendo por base evidências divulgadas pela literatura especializada nacional e internacional. Visando, portanto, propiciar a problematização da temática e gerar reflexões para a intervenção da equipe de reabilitação, este artigo discute fatores clínicos, sociodemográficos e psicossociais associados ao processo de ajustamento à prótese. Sugere-se que, no cenário brasileiro, futuras investigações focalizem variáveis de natureza psicossocial, a exemplo dos estudos internacionais mais recentes.

Descritores: Amputação; Ajustamento psicossocial; Reabilitação.

Matos DR, Naves JF, Araujo TCCF. Psychosocial adjustment of people with amputation: point of view. Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo. 2018 Sept-Dec;29(3):288-92.

ABSTRACT: Every year in Brazil, thousands of people undergo an amputation procedure. In this scenario, institutions that provide care – from surgery to rehabilitation – need to plan and evaluate their care programs based on evidence published in national and international specialized literature. Therefore, aiming to discuss this issue and generate reflections for interventions of the rehabilitation team, this study discusses clinical, sociodemographic and psychosocial factors associated with the process of adjustment to the prosthesis. This study suggests that, in the Brazilian scenario, future investigations should focus on variables of a psychosocial nature, such as the most recent international studies.

Keywords: Amputation; Psychosocial adjustment; Rehabilitation.

1. Fisioterapeuta, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia da Saúde e Processos Clínicos na Universidade de Brasília (UnB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0866-4464>. E-mail: dmatos65@gmail.com.
2. Psicóloga, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde e Doutoranda em Psicologia da Saúde e Processos Clínicos – UnB. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0548-6797>. E-mail: 9909@sarah.br.
3. Psicóloga, Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica – UnB. Pós-Doutora pela Unesco (França) e Doutora pela Université de Paris X-Nanterre. ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-5204-8124>. E-mail: araujotc@unb.br.

Endereço para correspondência: Condomínio Estância Jardim Botânico Conjunto B casa 24 Brasília, DF, Brasil 71680-390.

INTRODUÇÃO

Uma amputação constitui procedimento cirúrgico em que uma extremidade corporal é removida parcial ou totalmente em razão de traumatismos físicos, tumores ou doenças vasculares. A amputação visa não somente a sobrevivência do indivíduo, mas também a redução de sintomas dolorosos e a melhora funcional. Nesse sentido, deve ser percebida pelos profissionais envolvidos nos cuidados como uma intervenção reconstrutora^{1,2}.

Tendo em vista que o vocábulo ‘amputado’ enfatiza a perda física, uma tendência crítica contemporânea defende sua substituição pela expressão ‘pessoa com amputação’. De fato, as inquietações relacionadas a fatores psicológicos, sociais e comportamentais são crescentes, suscitando inclusive a criação – por um grupo de trabalho do Reino Unido – do termo *Psychoprosthetics* (Psicologia relacionada à ‘protetização’) para designar o campo específico de estudos relacionados ao uso de próteses a partir das concepções do processo de reabilitação^{3,4}.

Em consequência de guerras e conflitos, as demandas de saúde causadas por amputações adquirem proporções mundiais. As estimativas indicam que existem entre 300 a 400 mil sobreviventes de explosões por minas terrestres e 10 a 15 mil novos casos de amputação surgem a cada ano⁵. Dados recentes também revelam que, nos Estados Unidos, aproximadamente 1,7 milhões de pessoas perderam um membro em função de problemas vasculares (54%), trauma (45%) e câncer (2%)^{6,7}. Para 2050, os cálculos apontam um total de 3,6 milhões de indivíduos⁸.

No Brasil, não há medidas epidemiológicas apropriadas, o que impede o reconhecimento das diferenças regionais e o entendimento sobre a evolução histórica nacional. De acordo com indicadores disponibilizados pelo Ministério da Saúde (2013), cerca de 40 mil cidadãos sofreram uma amputação em 2011⁹, o que desvela a relevância de trabalhos em prol do ajustamento e do bem-estar dessa população.

Na avaliação de uma condição de saúde, estados de saúde e fatores contextuais interagem mutuamente, de modo que fatores diversos, tais como cognição e independência, podem impactar, positiva ou negativamente, na forma como o indivíduo se percebe. Esta dinâmica constante entre fatores pessoais e ambientais reforça o caráter participativo do sujeito, assim como a natureza integradora da reabilitação. Sendo assim, o conceito de ajustamento envolve a relação entre o indivíduo e as necessidades impostas pelo contexto de adoecimento, seja de uma enfermidade, seja na situação da amputação. Particularmente, no que tange às amputações e à ‘protetização’ constata-se a necessidade de mais

conhecimentos teóricos e práticos sobre o assunto¹⁰.

Em 1977, a revista *Prosthetics and Orthotics International* já criticava a ênfase em estudos que focalizavam as condições físicas do paciente em detrimento da perspectiva psicossocial. Em 2002, esse alerta foi reiterado¹¹. Em 2004, *Disability and Rehabilitation* dedicou os números 14-15 do volume 26 a questões vinculadas à dor fantasma e aos aspectos psicossociais (por exemplo: sexualidade), ponderando que não se trata de minimizar a dimensão biomédica do quadro clínico, mas sim de assegurar a atenção integral¹¹.

Nesse cenário, as instituições que prestam cuidados – desde a etapa cirúrgica e ao longo do processo de reabilitação – carecem de informações consistentes para planejar e avaliar seus programas assistenciais. Portanto, é essencial reunir evidências divulgadas em publicações científicas no intuito de subsidiar ações coerentes e eficazes.

Considerando-se tais interesses clínicos e investigativos, este artigo aborda fatores relacionados à experiência da amputação, tais como aspectos clínicos, sociodemográficos e psicossociais associados ao processo de ajustamento à prótese, no intuito de apresentar contribuições da literatura e promover uma reflexão a respeito dessa temática.

A literatura sobre a temática da amputação mostra que até os anos 1980, deu-se ênfase à funcionalidade que era avaliada com base no tempo de uso da prótese (número de horas) e na realização de atividades em ambiente domiciliar ou comunitário. Na década de 1990, o interesse voltou-se para o grau de independência adquirido pelo paciente em atividades de vida diária e sua manutenção após participação em um programa de reabilitação¹². A partir dos anos 2000, os esforços dirigiram-se para a compreensão dos fatores psicossociais e sua influência no processo de reabilitação. A seguir, serão apresentados e discutidos os eixos temáticos relacionados a essa temática.

Características clínicas, sociodemográficas e fatores psicossociais

Características do quadro clínico – como por exemplo etiologia e nível da amputação, tempo transcorrido desde o procedimento cirúrgico, intensidade das dores percebidas pelo paciente e uso ou não de próteses – interferem na percepção do indivíduo sobre o impacto da amputação na sua vida cotidiana¹¹.

Casos oncológicos, nos quais a amputação constituiu uma intervenção decidida para preservar a vida, tendem a apresentar melhor ajustamento do que aqueles em que um episódio acidental deflagrou a perda física. Pode-se

hipotetizar que tal fato ocorra devido a presença de outros fatores significativos, como a necessidade de manutenção do tratamento oncológico para a possibilidade de cura, o que poderia colocar a amputação como um fator secundário a sobrevivência. Assim, o ajustamento poderia ser favorecido pela avaliação da amputação enquanto uma ferramenta para recuperação ou como um processo útil, favorecendo a participação e engajamento do sujeito nesse processo¹¹.

Extirpações em extremidades corporais circunscritas, dores menos intensas e mais tempo de exérese também se associam a ajustamento favorável. De resto, a sensação de dor no membro fantasma interfere negativamente no ajustamento e na qualidade de vida dos pacientes^{11,13}.

Pacientes jovens podem experimentar mais dificuldade para aceitar uma amputação já que se encontram em uma fase de desenvolvimento na qual autonomia e independência mesclam-se e são fortemente almejadas¹¹. Nesse sentido, vínculos afetivos significativos e duradouros, anos de escolaridade, estrato socioeconômico mais elevado favorecem o bem-estar e a satisfação com a vida¹³. Quanto a gênero, há evidências de que mulheres submetidas à amputação lidam com mais desafios e priorizam o reestabelecimento de atributos da feminilidade, ao passo que os homens tendem a valorizar a recuperação funcional¹⁴. Entretanto, é importante levar em consideração os princípios fundamentais da interação pessoa-ambiente, o contexto social e o engajamento do indivíduo nesse processo.

Em consonância com a experiência clínica das equipes de saúde especializadas – e semelhantemente a outras condições de adoecimento crônico – a literatura enfatiza que a amputação provoca múltiplas mudanças para o paciente e sua rede de apoio, em razão das ameaças à sobrevivência e dos numerosos desafios impostos nos planos psicológico, ambiental, financeiro e social. Por conseguinte, o ajustamento à incapacidade corresponde a um processo de natureza multidimensional e subjetivo que afeta variados domínios da existência humana^{3,15}.

Em outras palavras, contrariando perspectivas do passado, é consenso na literatura pesquisada neste estudo que os aspectos físicos da incapacidade têm menor importância nesse processo¹⁶. Nota-se, portanto, que os avanços cirúrgicos e farmacológicos já alcançados, deslocaram o foco assistencial para necessidades da esfera psicossocial. Assim, notadamente em relação àqueles indivíduos que se recusam a usar prótese ou utilizam-na por curtos períodos, os autores sugerem que fatores dessa natureza influenciam tais casos de não-adesão terapêutica³.

No tocante à dimensão social, é importante reforçar que existe uma nefasta sinergia entre estigma e isolamento que exacerba os prejuízos vivenciados com a amputação

e intensifica os elementos clínicos e sociodemográficos¹⁶.

No plano psicológico, sentimentos de vulnerabilidade, auto percepção de dependência e vivências de estresse podem se somar a sintomas mais graves, incluindo-se transtornos psiquiátricos. Mas, é necessário ponderar que os estudos sobre depressão com pessoas amputadas difundiram resultados que variaram entre 28,7% a 51,4%^{17,18}. Ademais, ao serem comparados, observa-se heterogeneidade instrumental e metodológica, o que limita os aportes para manejo clínico dos profissionais de reabilitação. Diversas pesquisas evidenciaram níveis de ansiedade e depressão significativos nas etapas imediatas à amputação até a fase inicial da reabilitação. Então, mesmo que o sofrimento psíquico se estenda nos dois anos que se seguem à perda do membro, admite-se que ele não é permanentemente desestruturador, ocorrendo declínio progressivo até se igualar à população em geral¹⁹.

Especificamente para compreender o impacto psicológico da amputação em adultos que usam prótese, é crucial avaliar o enfrentamento dos pacientes e seus cuidadores. Nesse sentido, a literatura assinala que dentre as estratégias adotadas, o suporte social percebido e recebido – em suas modalidades informacional, instrumental e emocional - se coaduna com a adaptação dos envolvidos nessa experiência vital²⁰.

Sentido atribuído à prótese

As expressões ajustamento à amputação e ajustamento à prótese são muitas vezes empregadas indistintamente. Porém, ambas as condições não se superpõem, visto que a amputação nem sempre é seguida pela introdução de uma prótese³.

A possibilidade do uso de uma prótese pode contribuir para a aquisição do ideal de aparência física e social estabelecido pelo meio social em que vive. Contudo, em algumas circunstâncias, o uso da prótese pode ser ocultado pelo paciente com o propósito de reconstruir um senso de normalidade e restaurar sua autoestima. Assim, enquanto para alguns a prótese faz parte de uma identidade secreta, para outros ela é experienciada como artefato valioso e extensão do próprio ‘eu’. Para esses, a exibição da prótese corresponderia a uma identidade social específica e o ‘direito à diferença e à eficiência’. Mas, de modo geral e com o passar do tempo, a maioria dos pacientes basicamente anseia por autonomia e liberdade^{14,20}.

Desse ponto de vista, o significado atribuído inicialmente e o significado elaborado com a participação de outras pessoas amputadas e da rede de apoio social (familiares, amigos e profissionais da equipe de cuidados)

promoverá percepções diferenciadas que irão mediar variadas manifestações de ajustamento. De um lado, a ‘protetização’ pode se revestir de caráter singular ao fornecer um recurso adicional de integração do eu e ampliação de competências e habilidades. De outro lado, a prótese pode concretizar limitações pessoais pregressas à deficiência e paralisar o desenvolvimento nos diferentes domínios da vida. Em resumo, ainda que o processo de aprendizado com a prótese seja descrito como doloroso e árduo, grande parte das pessoas amputadas confere-lhe um valor funcional ou um valor estético que estimulam a superação das dificuldades^{20,21}.

Imagem corporal

Imagem corporal é um conceito polissêmico que abrange as experiências perceptuais, cognitivas, comportamentais e afetivas de um indivíduo em relação ao seu próprio corpo. A imagem corporal é dinâmica e continuamente influenciada por fatores internos (exemplo: sensações de conforto ou desconforto) e fatores externos (exemplo: normas socioculturais)²².

O indivíduo que vivencia a mutilação física confronta-se com imagens corporais diversas, a saber: a percepção de um corpo íntegro inicial, sendo esta representação elaborada antes da perda sofrida; a percepção de um corpo traumatizado, resultante da lesão provocada por acidente ou cirurgia; a ideia de um corpo cicatrizado elaborado a partir dos cuidados despendidos e, por fim, a percepção de um corpo ‘estendido ou complementado’ em razão da agregação da prótese¹⁶. Um dos desafios do ajustamento psicossocial é conciliar essas imagens conflitantes¹³.

A reação à imagem do corpo amputado, inicialmente perturbadora, precisa ser reelaborada. Na medida em que se torna habitual expor uma compleição diferenciada, a amputação e a prótese podem ser progressivamente naturalizadas. Conforme relatado por pacientes, a não aceitação de seus corpos modificados significa viver no passado e em luto eterno²¹. Tal como esperado, existe uma correlação inversa entre imagem corporal satisfatória e sintomas de ansiedade e depressão²³. Adicionalmente, o presente estudo indica que uma imagem corporal empobrecida está correlacionada com percepção negativa de bem-estar e de qualidade de vida²³.

Processo de reabilitação: especificidades em casos de amputação

Devido ao aumento da prevalência, na sociedade contemporânea, casos de amputação de membros inferiores

têm se tornado preocupação crescente de profissionais da saúde e demandam um acompanhamento multiprofissional complexo^{3,24}.

O processo de reabilitação envolve momentos típicos, a saber: a) fase pré-amputação; b) fase cirúrgica; c) fase pós-amputação; d) fase de reabilitação com a prótese; e e) fase de manutenção. Todas estas fases devem ser ajustadas às metas estabelecidas conjuntamente pelos membros integrantes da equipe e o paciente, o que pode significar não empreender adaptação à prótese ou optar por retomar a marcha sem este tipo de auxílio. A depender da etiologia, a duração de cada fase pode ser diferente. Amputações traumáticas podem gerar um processo mais conciso, em comparação com casos de alterações vasculares^{24,17}.

A literatura recomenda que a preparação psicológica do paciente deva ser iniciada na fase de pré-amputação. As técnicas empregadas buscam informar, orientar e dar suporte especializado. Assim, intervenções psicoeducativas, centradas nas necessidades do paciente e de seus familiares cuidadores, visam esclarecer quanto a: a) fundamentos para a decisão terapêutica; b) procedimentos cirúrgicos; c) resultados esperados; d) ‘sensação de dor fantasma’, reajuste sexual e social; e) adaptação e uso da prótese; e f) retorno domiciliar e acompanhamento^{3,20,25}.

Na fase pós-amputação, os pacientes enfrentam suas incertezas não apenas com a ajuda profissional. Atividades compartilhadas com outras pessoas amputadas também fornecem suporte e são incentivadas pela equipe, pois elas são fontes de informações baseadas em experiência pessoal que propiciam mudanças necessárias⁹⁻¹¹. A adaptação protética e a instauração do programa de reabilitação imediatas têm se mostrado adequadas para ajustamento global dos pacientes. Sugere-se que tal conduta seja efetuada nos primeiros três meses após a amputação para fomentar a aceitação da prótese e evitar atenção excessiva na deficiência física e sensações dolorosas. É válido ressaltar que estes casos apresentam melhores resultados em exames de marcha, avaliação neuropsicológica e execução das atividades de vida diária com a prótese²⁰. Na fase de manutenção, a continuidade do acompanhamento é norteada pelas relações previamente construídas entre paciente, familiares e equipe de reabilitação interdisciplinar.

Em síntese, é consenso na literatura consultada que os domínios psicossociais devem ser priorizados pelos profissionais que integram as equipes especializadas, bem como pelos pesquisadores. São necessários novos estudos de caráter qualitativo sobre o impacto da amputação para o indivíduo, considerando a natureza diversificada e o caráter dinâmico das variáveis envolvidas no processo de reabilitação.

Participação dos autores: DR Matos e JF Naves - realizaram a concepção do estudo, redação e revisão do texto; TCCF Arraujo - é orientadora do trabalho, participante também da redação deste artigo.

Conflito de interesse: Inexistência de conflito de interesse

REFERÊNCIAS

1. Stryla W, Pogorzala AM, Kasior I, Nowakowski A. Limb amputations from the ancient times to the present. *Pol Orthop Traumatol.* 2013;78:155-66.
2. Meier RH 3rd, Melton D. Ideal functional outcomes for amputation levels. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2014;25(1):199-212. doi: 10.1016/j.pmr.2013.09.011.
3. Schaffalitzky E, Gallagher P, MacLachlan M, Ryall N. Understanding the benefits of prosthetic prescription: exploring the experiences of practitioners and lower limb prosthetic users. *Disabil Rehabil.* 2011;33(15-16):1314-23. doi: 10.3109/09638288.2010.529234.
4. Rau B, Bonvin F, de Bie R. Short-term effect of physiotherapy rehabilitation on functional performance of lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int.* 2007;31(3):258-70. doi: 10.1080/03093640600994615.
5. Hawkins AT, Henry AJ, Crandell DM, Nguyen LL. A systematic review of functional and quality of life assessment after major lower extremity amputation. *Ann Vasc Surg.* 2014;28(3):763-80. doi: 10.1016/j.avsg.2013.07.011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Brasília, DF; 2013. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf.
7. Souza JR. Indicador de risco psicológico em oncologia (IRPO): construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer [Tese]. Brasília: Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília; 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/16804>.
8. Desmond D, MacLachlan M. The factor structure of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES) with individuals with acquired upper limb amputations. *Am J Phys Med Rehabil.* 2005;84(7):506-13. Doi: 10.1097/01.phm.0000166885.16180.63.
9. Hamill R, Carson S, Dorahy M. Experiences of psychosocial adjustment within 18 months of amputation: an interpretative phenomenological analysis. *Disabil Rehabil.* 2009;32(9):729-40. doi: 10.3109/09638280903295417.
10. Bentley JA, Bruyère SM, LeBlanc J, MacLachlan M. Globalização da psicologia da reabilitação: aplicação de princípios fundamentais aos desafios globais de saúde e reabilitação. *Psicol Reabil.* 2016;61(1):65-73. doi: 10.1037/rep0000068.
11. Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disabil Rehabil.* 2004;26(14-15):837-50. doi: 10.1080/09638280410001708869.
12. Chamlian TR, Starling M. Avaliação da qualidade de vida e função em amputados bilaterais de membros inferiores: revisão da literatura. *Acta Fisiatr.* 2013;20(4):229-33. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130038>.
13. Coffey L, Gallagher P, Desmond D. A prospective study of the importance of life goal characteristics and goal adjustment capacities in longer term psychosocial adjustment to lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2014;28:196-205. doi: 10.1177/0269215513497736.
14. Saradjian A, Thompson AR, Datta D. The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different. *Disabil Rehabil.* 2008;30(11):871-83. <https://doi.org/10.1080/09638280701427386>.
15. Knezevic A, Salamon T, Milankov M, Ninkovic S, Jeremic-Knezevic M, Tomasevic-Todorovic S. Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Med Pregl.* 2015;68(3-4):103-8. doi: 10.2298/MPNS1504103K.
16. Rybarczyk B, Edwards R, Behel J. Diversity in adjustment to a leg: case illustrations of common themes. *Disabil Rehabil.* 2004;26(14/15):944-53. <http://doi.org/10.1080/09638280410001708986>.
17. Klarich J, Brueckner I. Amputee rehabilitation and preprosthetic care. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2014;25(1):75-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2013.09.005>.
18. Akyol Y, Tander B, Goktepe AS, Safaz I, Kuru O, Tan AK. Quality of life in patients with lower limb amputation: does it affect post-amputation pain, functional status, emotional status and perception of body image? *J Musculoskelet Pain.* 2013;21(4):334-40. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10582452.2013.851761>.
19. Singh R, Ripley D, Pentland B, Todd I, Hunter J, Hutton L, et al. Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. *Clin Rehabil.* 2009;23(3):281-6. DOI: 10.1177/0269215508094710.
20. Murray CD, Forshaw MJ. The experience of amputation and prosthesis use for adults: a metasynthesis. *Disabil Rehabil.* 2013;35(14):1133-42. doi: 10.3109/09638288.2012.723790.
21. Paiva LL, Goellner SV. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface Comun Saúde Educ.* 2008;12(26):485-97.
22. Holzer LA, Sevelde F, Fraberger G, Bluder O, Kickinger W, Holzer G. Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLoS One.* 2014;9(3):e92943. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0092943>.
23. Pasquina PF, Miller M, Carvalho AJ, Corcoran M, Vandersea J, Johnson E, et al. Special considerations for multiple limb amputation. *Curr Phys Med Rehabil Rep.* 2014;2(4):273-89. doi: 10.1007/s40141-014-0067-9.
24. Bradway JK, Malone JM, Racy J, Leal JM, Poole J. Psychological adaptation to amputation: an overview. *Orthot Prosthetics.* 1984;38(3):46-50.
25. Ostler C, Ellis-Hill C, Donovan-Hall M. Expectations of rehabilitation following lower limb amputation: a qualitative study. *Disabil Rehabil.* 2014;36(14):1169-75. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2013.833311>.

Recebido em: 20.04.18

Aceito em: 22.10.18

