

A compreensão do acompanhamento psicológico a partir da perspectiva de pacientes amputados

The understanding of psychological follow up from the perspective of amputees

La comprensión sobre seguimientos psicológicos desde la perspectiva de pacientes amputados

Recebido: 14/03/2023 | Revisado: 21/03/2023 | Aceitado: 22/03/2023 | Publicado: 27/03/2023

Monalisa Cristina dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7880-3095>
Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil
E-mail: monalisacristinasantos@hotmail.com

Vanessa Lopes dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9649-142X>
Universidade São Judas, Brasil
E-mail: vanessa_vls@live.com

Danuta Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3820-7093>
Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Extrema, Brasil
E-mail: danutamedeiros@gmail.com

Loraine Seixas Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2580-5721>
Universidade Presbiteriana Mackenzie, Brasil
E-mail: loraine.seixas@gmail.com

Resumo

A amputação ocorre quando há a necessidade de retirada de alguma parte do corpo, sendo um processo longo que pode impactar diretamente na vida do indivíduo. O psicólogo pode auxiliar nesse processo, prestando acompanhamento e fazendo uso das ferramentas adquiridas na sua formação para auxiliar nos conflitos vivenciados e na minimização do sofrimento. O presente estudo buscou identificar o papel da psicologia no processo de amputação, sob a perspectiva dos pacientes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que contou com dez participantes voluntários que passaram pelo processo de amputação e, no momento da pesquisa, participavam de uma instituição particular de reabilitação para amputados da cidade de São Paulo – SP. Para a coleta de dados foram utilizados como instrumentos um roteiro para entrevista semiestruturada e um questionário, ambos elaborados pelas pesquisadoras. Os dados foram analisados segundo a proposta de Análise de Conteúdo, de autoria de Bardin. Alguns participantes relataram terem recebido alguma visita do psicólogo hospitalar durante a internação na sequência da amputação, entretanto nenhum teve um acompanhamento psicológico ou psicoterapêutico. Pode-se inferir que o desinteresse dos participantes em buscarem atendimento psicológico após a amputação seja reflexo da experiência ou a falta de contato desses pacientes com psicólogos hospitalares durante o período de internação.

Palavras-chave: Amputação; Reabilitação; Pacientes hospitalizados; Psicologia da saúde.

Abstract

Amputations take place when it is necessary to remove a part of a person's body. It is a long process that impacts directly on the life of the individual. The psychologist can aid in this process, providing follow up and using the tools acquired in their education to be of assistance in the conflicts experienced, helping minimize suffering. This study attempted to identify the role of psychology in the amputation process from the perspective of amputees. This is a qualitative, cross-sectional research with ten voluntary participants who went through an amputation process and, at time of data collection, had participated of a rehabilitation for amputees in a private institution in the city of São Paulo, SP. The instruments used for data collection were a questionnaire and a semistructured interview script, both elaborated by the researchers. Data were analyzed according with the Content Analysis technique by Bardin. Some participants reported that they were visited by the hospital psychologist during hospitalization immediately after the amputation, but none received psychological or psychotherapeutic follow up. It can be inferred that participants were not interested in seeking psychological care after amputation due to their experience or to their lack of contact with hospital psychologists during hospitalization.

Keywords: Amputation; Rehabilitation; Hospitalized patients; Health psychology.

Resumen

La amputación ocurre cuando se necesita remover una parte del cuerpo, y es un largo proceso que impacta directamente la vida del individuo. El psicólogo puede auxiliar en este proceso ofreciendo atención posterior y

utilizando las herramientas que adquirió en su educación para ayudar en los conflictos vividos y en la reducción del sufrimiento. Ese estudio buscó identificar el papel de la psicología en el proceso de amputación desde la perspectiva de los pacientes. Es una pesquisa cualitativa y transversal que incluye diez participantes voluntarios que participaban de una institución particular de rehabilitación para amputados en la ciudad de São Paulo, SP, Brasil. Para la colección de los datos se utilizó un cuestionario y una entrevista semiestructurada, ambos elaborados por las investigadoras. Se analizó a los datos según la proposición del Análisis de Contenido de Bardin. Algunos participantes reportaron que recibieron alguna visita del psicólogo del hospital a lo largo de su hospitalización después de la amputación, pero ningún recibió seguimiento psicológico o psicoterápico. Es posible inferir que el desinterés de los participantes por atendimento psicológico después de la amputación sea reflejo de su experiencia o falta de contacto de ellos con psicólogos hospitalarios a lo largo de su hospitalización.

Palabras clave: Amputación; Rehabilitación; Pacientes hospitalizados; Psicología de la salud.

1. Introdução

O termo amputação se refere à retirada de uma extremidade do corpo por meio de cirurgia ou acidente. As amputações podem ocorrer por três motivos: doenças crônicas, tumores benignos ou malignos e por acidentes traumáticos que, dependendo da gravidade, não é possível recuperar o membro e a amputação é a única alternativa (Fitzpatrick, 1999 como citado em Gabarra e Crepaldi, 2009). Vargas et al. (2016) comentam que a retirada de parte do corpo acaba proporcionando alívio dos sintomas, melhorando as funções fisiológicas do organismo e possibilitando uma melhor qualidade de vida. Os autores utilizam as contribuições de Horgan e MacLanchlan (2004) ao explicarem que o nível de amputação é um fator determinante para a reabilitação do indivíduo, principalmente no que tange aos tipos de prótese e adaptação do coto. Esses fatores podem restringir ou não as atividades diárias, por isso a importância de uma avaliação bem-feita e cuidadosa de cada caso (Gabarra & Crepaldi, 2009).

Benedetto et al. (2002) citam que uma das maiores dificuldades encontradas durante o processo de amputação, principalmente na fase inicial, é o paciente não reconhecer o seu novo corpo por existir a falta de uma parte dele. O indivíduo que sofre a amputação vivencia uma forte alteração em sua imagem corporal ao se deparar com o seu corpo reduzido, e acabam experienciando uma sensação de ambiguidade por ter registrado em sua consciência a imagem anterior a amputação, precisando agora acostumar-se com a nova e totalmente diferente realidade (Barbosa et al. 2016).

A dor fantasma também é um evento que pode acontecer nos pacientes amputados, o que segundo Demidoff et al. (2007) pode dificultar os processos de adaptação psicológica e de reabilitação motora. Nesse evento ocorre uma sensação dolorosa – como ardor ou aperto – sentida em várias intensidades, experimentada de forma diferente para cada paciente. Teixeira et al. (1999) consideram que essa dor pode ocorrer devido a uma recusa do sujeito a amputação, como se negasse esse acontecimento e/ou também como uma tentativa do corpo em se reintegrar.

A amputação pode ser vivenciada pelo indivíduo como uma experiência de luto pela perda do membro e pode ser comparada, segundo Cavalcanti (1994), como a perda de um ente querido. Neste sentido, Gabarra e Crepaldi (2009) apresentam quatro etapas para o processo de luto durante o processo de amputação: em um primeiro momento ocorre o impacto da situação e o indivíduo ignora o acontecido; na sequência há a tentativa de recuperar o que foi perdido – o que pode ser percebido através da presença de sonhos e a sensação da dor fantasma; num terceiro momento ocorre o desespero, a pessoa começa a perder a esperança de recuperar o membro perdido e a realidade começa a ser aceita – nessa fase pode acontecer o isolamento da pessoa amputada e outras dificuldades, como insônia, perda de interesse pelo mundo e agressividade; por último é possível perceber a readaptação do amputado, o sujeito se reorganiza para estabelecer uma nova relação com sua atual realidade .

Frente ao exposto, Atkinson et al. (2002) consideram esperado, dentro dessa população, os quadros de depressão, ansiedade e desesperança, sentimentos desagradáveis que influenciam fortemente na maneira do indivíduo enxergar o mundo e principalmente a sua situação, muitas vezes dificultando a reabilitação. Dessa forma, a equipe multidisciplinar, por atuar no atendimento integral do indivíduo, é uma engrenagem do processo que pode fazer muita diferença na recuperação e adaptação

dessas pessoas.

Segundo Benedetto et al. (2002), o profissional de saúde tem o papel de auxiliar o amputado com os sentimentos que vão surgindo no decorrer do processo e estimular seu potencial, para que suas esperanças voltem a ser desenvolvidas e assim, a independência possa ser atingida. Logo, o psicólogo é um dos profissionais dessa equipe multidisciplinar que pode auxiliar nesse momento, visto que atua em conflitos vivenciados no decorrer da vida e auxilia no enfrentamento de situações adversas, proporcionando uma nova percepção que faça mais sentido para o indivíduo, objetivando a compreensão e consequentemente diminuindo o sofrimento. Simonetti (2004) explica que a psicologia hospitalar propõe ajudar o paciente a passar pela experiência do adoecimento da melhor forma possível, não estabelecendo metas a serem alcançadas, mas propiciando uma elaboração simbólica do adoecimento. Esse profissional pode atuar em todas as etapas do processo de amputação (desde antes do procedimento até depois da cirurgia e cada etapa possui suas particularidades) e seu trabalho depende de cada caso, da equipe médica, da estrutura hospitalar e até da família do paciente. Deste modo, é necessário que todos esses fatores estejam alinhados para que o melhor atendimento psicológico seja prestado e o sofrimento do paciente possa ser diminuído (Sebastiani & Maia, 2005; Ismael & Oliveira, 2008).

Além do acompanhamento multidisciplinar, o apoio da família e amigos também é fundamental para a superação desse processo. Gabarra e Crepaldi (2009) relatam a importância do apoio social nas situações geradoras de tensão e o quanto esse apoio pode ser benéfico para quem o recebe e para quem fornece. Segundo Matheus e Pinho (2006), a companhia de pessoas queridas e importantes para o indivíduo após a amputação é de suma importância, porque ajuda a pessoa a recuperar sua dignidade e arranjar meios positivos de enfrentar a situação adversa e superar os desafios da reabilitação.

Diante do exposto, compreende-se que o acompanhamento psicológico durante o processo de amputação e reabilitação é de grande valor. Logo, o trabalho que considere a percepção dos próprios indivíduos amputados sobre o acompanhamento psicológico durante seu processo de amputação e durante o processo de reabilitação, auxiliando nos sentimentos decorrentes de todo o tratamento justifica-se, pois, a partir de seus resultados, é possível compreender como os pacientes percebem o trabalho do psicólogo e quais pontos a profissão pode melhorar para melhor atender esse paciente. Sendo assim, o estudo teve como objetivo principal compreender o papel do psicólogo no processo de amputação, sob a perspectiva dos pacientes amputados, e como objetivo específico, a percepção do paciente sobre o processo o qual vivenciou.

2. Metodologia

O presente estudo foi realizado a partir de uma pesquisa de cunho qualitativo. Conforme afirmam Zermiani et al. (2021), pesquisas desse tipo divergem da quantitativa na medida em que não objetiva medir os eventos estudados, mas obter uma descrição com força argumentativa que inclua a perspectiva dos sujeitos implicados por meio do contato direto e pessoal entre o pesquisador e os agentes sociais. As pesquisas do tipo qualitativas permitem desenvolver o conhecimento na área da saúde, por trabalhar com fenômenos complexos, compreendendo-os de forma total (Minayo, 2017).

A pesquisa contou com a participação de dez pacientes de uma clínica particular de reabilitação para amputados da cidade de São Paulo, que passaram pelo processo de amputação de membros inferiores, ou seja: abaixo do joelho (amputação transtibial e pode ser em terço inferior, médio ou superior); na base do joelho (desarticulação de joelho); acima do joelho (amputação transfemoral e pode ser em terço inferior, médio ou superior) e desarticulação da coxa (desarticulação de quadril). Foram convidados a participar pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou maior de dezoito anos e que tinham passado pelo processo de amputação há no mínimo seis meses. Todos os participantes consentiram livremente sua participação e

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Vale destacar que o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos¹ como preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

As entrevistas ocorreram de forma individual nas dependências da instituição, assegurando um ambiente tranquilo, reservado e sigiloso, onde ocorreu a apresentação das pesquisadoras a cada voluntário, a explicação da pesquisa com a leitura do TCLE e esclarecidas quaisquer dúvidas sobre o estudo. Foi explicado aos participantes a necessidade de gravar a entrevista, a qual foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada e um questionário sociodemográfico – ambos elaborados pelas pesquisadoras.

As análises das entrevistas foram feitas a partir da proposta de Bardin (1977) da Análise de Conteúdo que consiste em analisar os conteúdos de comunicação, descrevendo e interpretando-os, visando o entendimento de seus significados. Foi realizada uma transcrição detalhada dos conteúdos gravados para que o material pudesse ser analisado com rigor científico, transformando o material em categorias temáticas, o que proporcionou a obtenção de indicadores qualitativos, os quais foram analisadas as características das mensagens ditas. Os participantes foram numerados para que a identidade fosse mantida em sigilo (P1 à P10).

3. Resultados e Discussão

A amostra, composta de dez participantes, variou entre as faixas etárias de 33 a 83 anos de idade, sendo nove participantes do sexo masculino e uma participante do sexo feminino. Cinco pessoas residiam na região da Grande São Paulo, duas no interior do estado de São Paulo e três em outros estados. Infere-se que essa diversidade de regiões ocorreu devido a Clínica de Reabilitação ser referência no tratamento de pacientes que sofreram amputações. O tempo de amputação variou entre nove meses a 27 anos e o tempo de hospitalização durante o processo variou de seis a 75 dias.

Os motivos das amputações variaram entre acidente de trânsito (N=1), acidente de trabalho (N=3), patologias (N=5) e negligência médica (N=1). No que se refere ao nível da amputação, a amostra foi constituída de três tipos, sendo eles: Transtibial (N=4), desarticulação do joelho (N=1) e transfemoral (N=5).

A Análise de Conteúdo, realizada a partir das respostas dos participantes na entrevista semiestruturada, permitiu encontrar cinco categorias: (1) Reação frente à notícia da amputação, (2) Dificuldades vivenciadas, (3) Fatores que motivaram os indivíduos durante o processo, (4) Papel do psicólogo e (5) Atendimento do psicólogo hospitalar. Nos próximos parágrafos serão apresentadas e discutidas cada categoria e suas unidades de significado.

Categoria I - Reação frente à notícia da amputação

A partir das informações obtidas com as entrevistas foi possível ter conhecimento das principais reações vivenciadas no momento em que foram informados sobre a necessidade da amputação. Nessa categoria foram identificadas três unidades de significados, sendo elas: não receberam a notícia; vontade de continuar vivendo e busca por qualidade de vida.

A primeira unidade de significado, “não receberam a notícia”, foi relatada por sete participantes. De acordo com eles, por algum motivo não obtiveram a informação da necessidade de amputação de forma clara. Os motivos dessa falta de informação foram diversas: por estarem desacordados, por já terem visto no momento do acidente que tinham perdido o membro ou parte dele ou ainda pela decisão ter partido do próprio participante após perceber que os tratamentos realizados para manter a perna saudável não estavam sendo eficazes. As falas a seguir, dos participantes P7 e P10, ilustram a referida unidade de significado:

Eu acordei onze dias depois, no quinto dia de internação já teve que fazer as amputações, porque daí foi subindo a

¹ CAAE: 89364818.0.0000.0089, parecer: 2.710.921

necrose, eles esperam né, queimadura elétrica é uma coisa que vai queimando aos poucos [...] aí nos outros dias eu fiquei desacordado, daí quando acordei já tava amputado já. (P7)

[...]eu comecei a observar essas crianças das paraolimpíadas, felizes, sem preconceito nenhum, tal. Eu olhava tranquilamente a perna deles e depois não conseguia olhar pra minha perna ‘Que horror!!’. Aí eu decidi, vou tirar, vou amputar, aí eu comecei a pesquisar, comecei a pesquisar como que era a reabilitação, até que eu cheguei até a clínica do Dr. (P10)

Segundo, Lima (2003), as más notícias são aquelas que interferem negativamente na perspectiva do indivíduo em relação ao seu futuro, visto que a perda de um membro influencia diretamente na maneira de viver e executar as atividades cotidianas. Gabarra e Crepaldi (2009) complementam que a decisão de amputar precisa ser discutida com cuidado pela equipe médica e a comunicação com o paciente durante todo o processo é de extrema importância. No caso da amostra estudada, essa comunicação frente à necessidade de amputação e esclarecimentos sobre a nova condição não foram possíveis, diretamente com os pacientes, devido ao estado clínico deles.

Seis entrevistados apresentaram relatos categorizados na segunda unidade de significado: “vontade de continuar vivendo”, todos apresentando falas não focadas na atenção ao membro perdido, mas sim na oportunidade de continuar vivendo, de não terem encerrado suas trajetórias devido ao acidente ou doença que lhes acometeram, como pode ser visto no relato de P3:

[...] eu sempre fui muito ativo, jogava bola, praticava natação, mas pra mim foi tranquilo, só de eu ver o quanto a vida é importante, não é uma perna e um braço que vai mudar, mas para isso a cabeça tem que estar firmeza. (P3)

De acordo com Barbosa et al. (2016) o amputado entende a morte como uma forma de fugir da realidade, considerada por ele como hostil, uma vez que a desesperança fica cada vez mais presente, devido a pessoa considerar que perdeu sua utilidade no mundo. Contradizendo os autores, o presente estudo apresentou relatos de gratidão pela continuidade da vida, não evidenciando o desejo de morrer para interromper o sofrimento causado pela amputação.

Por último, a terceira unidade de significado, “busca por qualidade de vida”, foi apresentada por quatro participantes que buscaram por uma melhor qualidade de vida já que a luta contra a amputação os mantinha internados e presos a uma cama de hospital, impossibilitando-os de realizar suas tarefas diárias e aquelas que mais lhes proporcionavam prazer. Essa qualidade de vida está fortemente relacionada com o bem-estar físico que significa a ausência de doenças. Conforme Abdalla et al. (2013), esse bem-estar físico é considerado um forte indício de saúde mental, que grande parte dos entrevistados demonstraram estar preservado, mesmo em meio à situações atuais de dificuldades e limitações.

[...] eu fiz quatro cirurgias durante a semana para tentar, daí tava indo pra quinta, aí eu pedi amputação, eu não tava mais aguentando e via que não tava tendo resultado. Assim, foi uma decisão difícil de tomar, mas era a minha vida sabe, tava vivendo em uma cama de UTI sabe, oito dias praticamente, nada melhorando, tem que tomar uma decisão, é a tua vida que tá em jogo, mas tem certas coisas que a gente tem que simplesmente esquecer o resto e vida nova, fazê o que, mas é complicado a notícia, não é muito, muito fácil não. (P9)

Eu estava muito tranquila na minha decisão, só que eu precisava achar um médico que topasse e eu achei essa bendita pessoa que me disse ‘Você vai sentir outra vida’ e quando ele fez a cirurgia ele retirou 25kg só disso aqui! É uma criança de

oito anos agarrado na perna. Agora eu ando, não me sinto cansada. Porque antes eu me sentia cansada, mas agora não. Apesar de que ainda tenho minhas limitações, mas sou totalmente independente. (P10)

Categoria II – Dificuldades vivenciadas

No processo de amputação, uma das etapas consideradas mais difíceis é a adaptação com a prótese por envolver uma série de expectativas e o anseio de voltar a andar como antes. Nas entrevistas foi observada a presença de relatos relacionados com as dificuldades em se adaptar com a prótese e o quanto esse processo exige paciência e determinação do paciente. Para essa categoria, foram separadas duas unidades de significado: adaptação com a prótese e retornar as atividades aos poucos

Em relação a unidade de significado “adaptação com a prótese”, sete participantes referiram ter muita dificuldade em encontrar profissionais especializados nessa área, além da prótese muitas vezes machucar o coto durante o processo de adaptação e a necessidade de refazer a cirurgia. Benedetto et al. (2002), relatam a expectativa que o paciente cria ao começar o processo de adaptação com a prótese, “o paciente amputado muitas vezes aguarda a prótese como quem aguarda a sua perna perdida, com todas as facilidades que ele tinha antes sem pensar na adaptação inicial a ela” (p. 86). Os mesmos autores escrevem também sobre as frustrações que podem vir junto a perna tão esperada, e que muitas vezes, o processo é difícil e exige calma e determinação, como mostra o relato do participante P7:

No dia que eu coloquei a prótese, eu coloquei e sai andando com a prótese, o meu problema foi a parte de adaptação do encaixe que foi uma coisa nova, então foi um processo assim oh, uma luta de um ano machucando, machucando bastante, fazendo umas bolhas horrível [...] teve um dia que eu usava a prótese assim, 2h no dia e aí eu falava ‘Nossa, hoje eu usei bastante, usei duas horas hoje’, ai tipo eu usava hoje 2h, quando eu tirava, tava com bolha, tava sangrando, aí era 15, 20 dias sem usar pra sarar, não sei o que... aí quando sarava eu colocava, era 1h e pouco, 2h machucava de novo. (P7)

Botelho et al. (2003) complementam a ideia de Benedetto et al. (2002) quando discorrem sobre a tomada de independência que a prótese devolve ao paciente, uma vez que isso influencia positivamente em sua autoestima e permite a reintegração psicológica e social. Nas entrevistas, foi possível observar a persistência e dedicação dos pacientes em utilizar a prótese, mesmo com todos os problemas que foram surgindo ao longo do processo, como as bolhas, sangramentos, inchaços e dores.

A segunda unidade de significado – “retomar as atividades aos poucos” – foi mencionada por cinco participantes. Os entrevistados relataram que a amputação limita algumas atividades, principalmente no início da adaptação na reabilitação em que o corpo não está acostumado com a nova condição e que algumas atividades como andar de bicicleta, dançar e correr, feitas anteriormente com muita facilidade, agora exigem mais calma e várias tentativas, porque o equilíbrio do corpo muda e não existe muita segurança em depositar o peso na prótese, fazendo com que as atividades sejam realizadas com maior cautela e mais vagarosamente. De acordo com Ferreira e Mamede (2003), é muito frequente a preocupação com o futuro e com a impossibilidade de realizar as suas tarefas cotidianas como antes, o que acaba fazendo com que eles fiquem receosos de perderem sua autonomia e independência. Esses fatores ficaram muito perceptíveis durante os relatos, nos quais os entrevistados tinham uma preocupação muito grande em não ficarem dependentes de terceiros, como pode ser visto no relato de P1:

Uma coisa que também me pegou e que eu senti muito foi quando a minha filha era pequena, ela começava a chorar durante a noite, até eu levantar, botar a meia, botar a prótese, sair andando, a minha esposa já estava lá vendo a

neném chorar e isso me pegou demais e quando perguntam o porque eu não quero ter um segundo filho, é porque eu não quero ter que passar por isso de novo, [...] não sei se você reparou, mas quando você coloca a prótese na perna, esse tipo, ela não encaixa de uma vez, o meu medo era eu sair andando e pegar a minha filha no colo, ela falsear e eu cair no chão. (P1)

Categoria III – Fatores que motivaram os indivíduos durante o processo

Nessa categoria foram agrupadas características que os participantes apresentaram como impulsionadores e/ou incentivos para continuar insistindo e a demandando na reabilitação, fatores que os auxiliaram positivamente a não desistirem e a acreditarem que alcançariam seus objetivos e que suas vidas voltariam a ser, em grande parte, como elas eram, fazendo tudo o que consideravam importante. Foram selecionadas quatro unidades de significados: família; fé; dirigir e voltar a trabalhar.

Dos dez entrevistados, nove mencionaram a família como um fator principal em todo o processo. Segundo Milioli et al. (2012) a família representa um porto seguro para o paciente e faz tudo o que está a seu alcance para ajudá-lo, garantindo assim, um suporte emocional, físico e social. Ramos (2002), também refere que o cuidado familiar ajuda no acolhimento e proporciona assim, benefícios a saúde, evitando o isolamento e a solidão, fazendo com que o indivíduo encontre motivos para dar sentidos a sua vida.

[...] a minha mãe ficou todo o período lá comigo, os 75 dias lá, aí eles revezavam lá, minha mãe, minha esposa, meu sogro, minha sogra, na verdade, meu sogro e minha sogra são um pai e uma mãe pra mim. (P7)

Em seis relatos diferentes, em algum momento das entrevistas, os participantes falam sobre ter fé ou agradeceram a Deus em suas histórias com a amputação. Foi possível perceber a gratidão por algo divino os terem ajudado ou feito com que as situações ocorressem de uma forma positiva para favorecê-los, seja no bom atendimento prestado pela equipe, em estar vivo ou por estarem andando em cima de uma prótese, fazendo com que a autonomia fosse adquirida novamente. Barbosa et al. (2016) utilizam as contribuições de Santos et al. (2003) para explicarem que, são nos momentos mais difíceis, onde existe dor e a incertezas que as pessoas se apegam a algo maior que elas, algo sobrenatural, superior, porque isso traz conforto e sensação de alívio, o que acaba dando um suporte maior para que os pacientes não desistam e consigam seguir em frente superando as adversidades.

[...] quando me tiraram do centro cirúrgico eu já acordei e vi que estava sem as pernas e pensei ‘Graças a Deus que estou sou vivo’, isso que é mais importante. (P3)

[...] a profissão me deixou no meio de ser um ateu e ser um religioso, com a minha doença eu voltei a ter muita mais fé do que eu tinha, mas não sou um praticante. Diz a minha filha que eu fiquei conversando com o meu pai (já falecido) quando eu fiquei pior, pedindo para eu ficar, meu pai era muito religioso, eu tenho uma fé desgraçada. (P4)

[...] na hora que eu sofri mesmo o acidente, cai eu comecei a orar e dizer pra Nossa Senhora Aparecida, aí eu pedi pra ela que iluminasse a qualquer pessoa que pudesse fazer algo por mim, né... Pra me ajudar a sair daquela situação. (P8)

Em cinco participantes a atividade dirigir apareceu como forma dos entrevistados mostrarem que suas atividades do dia a dia estavam sendo retomadas normalmente. De acordo com Matheus e Pinho (2006), à medida que o indivíduo utiliza

seus recursos internos de enfrentamento e passa a se adaptar a sua nova condição física, o sujeito desenvolve novas habilidades que acabam contribuindo diretamente em sua independência e confiança, fazendo com que o indivíduo se sinta mais seguro e autossuficiente. Esse aspecto foi relatado com muito orgulho, demonstrando que eles conseguiram independência, como relatado pelos participantes P6 e P1:

Eu faço de tudo, eu saio, vou lá na lanchonete, certo? Ando o prédio todo lá onde eu moro, frequento a piscina, converso com o pessoal lá do prédio, saio, já to dirigindo de novo, eu faço de tudo! (P6)

[...] sempre prezei muito a minha independência, tanto que, vamos supor... eu tinha que vir aqui duas vezes na semana por semana, três vezes por semana fazer a fisioterapia, eu mandei adaptar o meu carro na fábrica, coloquei um cavernaque que é um equipamento e tal... enfim, e vinha sozinho aqui, com as pessoas vindo me trazer e eu não gostava entendeu? Eu queria ser independente! (P1)

Sete entrevistados colocaram o trabalho como algo muito importante em suas vidas. Quando se viram obrigados a fazer uma pausa sentiram-se ansiosos para retomar suas atividades, o que fez com que eles se sentissem valorizados e funcionais; voltar a trabalhar foi mais uma atividade que os ajudou a se dedicarem mais a reabilitação. É muito comum que pessoas que possuam algum comprometimento físico tendam a desaminar e a desistir de retornar ao mercado de trabalho e acabam aceitando a aposentadoria por invalidez deixando de investirem em si mesmas; por outro lado, o mercado de trabalho também precisa reformular alguns pensamentos sendo mais favoráveis ao ingresso dos deficientes físicos (Dornelas 2010). Na amostra do presente estudo, esse evento não ocorreu, e todos participantes que relataram o quanto consideravam importante a volta ao trabalho, disseram terem sido bem acolhidos pelas empresas em que trabalhavam e gostarem muito das atividades desempenhadas.

Eu trabalhava pra alguns escritórios de engenharia fazendo projeto estrutural e eles falavam 'Pow P2, você não vai mais trabalhar?' e eu falava 'Vou, claro! Vou voltar, porque eu perdi uma perna, mas eu não perdi a cabeça' (P2)

Categoria IV – Papel do psicólogo

Através dessa categoria foi possível obter mais informações de como os participantes entendiam a função do psicólogo. Nessa categoria, houve a presença de uma única unidade de significado, porque quase toda a amostra relacionou o papel do psicólogo à mesma atividade: orientação e ajuda. Oito entrevistados relacionaram o papel do psicólogo como aquele que escuta e procura ajudar as pessoas, que mostra novos olhares e oportunidades, podendo auxiliar os pacientes para que não se sintam derrotados pela situação conflituosa que os cercam, ou seja, aquele profissional que vai prestar uma orientação e ajudar na superação. Os outros dois entrevistados não conseguiram explicar a função do psicólogo, uma vez que nunca tiveram contato com um profissional dessa área.

Conforme afirmam Gabarra e Crepaldi (2009), a intervenção do psicólogo é pautada nas necessidades do paciente, por esse motivo, quem conduz todo o processo é o próprio indivíduo, tendo o terapeuta o papel de mediar a realidade e os conflitos vivenciados. Fonseca (1985) complementa tal afirmação explicando que o psicólogo pode atuar em dois níveis: o preventivo e o terapêutico, no entanto, por vezes é necessário que ambos se juntem para ajudar o paciente a vincular e a simbolizar os afetos existentes no seu eu. É importante saber qual a função do psicólogo e deixar claro que todo o processo depende muito da participação ativa do paciente, por ele ser o agente principal da situação vivenciada. Nos relatos dos participantes ficou evidente que os todos esperam que o profissional seja o indivíduo mais atuante da relação, quando na verdade, deve ser o

contrário.

Ele ajuda você se sentir melhor, acredito que ele conversa com você e consegue fazer você refletir sobre os seus problemas, te fazer melhor e fazer você se sentir melhor. (P1)

Ele deve ter o trabalho de buscar algo pra pessoa ter uma autoestima, mostrar algum caminho para ela que a amputação não é o fim, que realmente não é [...] mostrar pra pessoa que tem mais possibilidades, que fechou uma porta mais abriu mais outras. (P7)

Esclarecer que nem tudo é de ruim, fazer com que a pessoa entenda que a vida não pode parar, fazer as pessoas entenderem que elas precisam entender para depois superar, aceitar o teu problema para buscar a cura, com a superação vem a cura. (P9)

Categoria V – Atendimento do psicólogo hospitalar

A quinta e última categoria possibilitou identificar quais pacientes tiveram contato com a figura do psicólogo durante o período que ficaram internados, se receberam visitas do profissional e como se deu esse processo. A categoria foi dividida em duas unidades de significado: “não tiveram contato com psicólogo no hospital” e “tiveram algumas visitas do psicólogo hospitalar”.

Segundo Castro e Bornholdt (2004), a psicologia hospitalar é um conjunto de técnicas científicas de diferentes disciplinas psicológicas que visam proporcionar uma assistência no ambiente hospitalar, cabendo ao profissional selecionar as melhores técnicas e teorias para promover a melhora da pessoa hospitalizada. Freitas et. al. (2017) complementam mencionando que o psicólogo deve ter bem claro para si qual o seu papel como profissional de saúde mental dentro do hospital. Nesse contexto, o indivíduo não deve ser olhado somente por sua patologia, mas sim pelas consequências emocionais causadas pelo processo de adoecimento.

Três participantes relataram não terem tido nenhum contato com a figura do psicólogo durante o período de internação. Freitas et. al. (2017) ressaltam que durante a hospitalização, o indivíduo acaba sofrendo um processo de despersonalização por perder a sua individualidade, no qual o ambiente hospitalar acaba agredindo física e emocionalmente a pessoa, isso ocorre quando a rotina do indivíduo é interrompida e o impede de fazer escolhas simples, como por exemplo o horário do dia para executar sua higiene íntima e alimentação, o que reflete negativamente em sua autonomia desenvolvendo uma passividade ou agressividade dependendo do perfil do sujeito. A ausência do psicólogo hospitalar, segundo os autores, pode contribuir para que todos esses fatores se intensifiquem, desfavorecendo o hospitalizado por ficar sem nenhum respaldo em suas funções psíquicas e emocionais. Nesta direção, para realizar a avaliação da atuação do psicólogo dentro da instituição hospitalar, é necessário saber quais são suas atribuições para assim, saber o que esperar do mesmo e fazer um julgamento justo do atendimento prestado.

O que eu acho que é o trabalho do psicólogo? Nossa, essa pergunta vai ser difícil de responder, eu nunca tive nenhum contato com nenhum. (P7)

A segunda unidade de significado – “tiveram algumas visitas do psicólogo hospitalar” – foi relatada por sete participantes. Entretanto, vale ressaltar que todos informaram terem recebido apenas algumas visitas, não podendo considerar então que tenham recebido um acompanhamento psicológico. Os participantes que tiveram contato com o psicólogo

descreveram apenas um ou dois contatos com o profissional, o qual se mostrou despreparado, como pode ser observado nos relatos a seguir.

Uma moça nova, eu com 80 anos e a moça com uns 29/30 anos, não que eu tenha desprezado os conhecimentos dela, mas eu percebi que ela não ia trazer nada de novo para mim, começou a conversar e falar, ela queria ver como eu estava para arrumar a minha cabeça, e queria que eu ouvisse, eu a via como uma sobrinha, então começamos a conversar e depois de meia hora ela falou 'eu vou embora, o Sr. não está precisando', e aí ela não voltou mais. Não me ofendi, pelo contrário eu pensei a menina tem futuro, não tentou convencer, viu que eu estava bem. (P2)

Ela foi acho que duas vezes, inclusive ela saiu chorando, aí eu disse 'Gente! Se a psicóloga saiu chorando, eu devo tá muito mal' [...] foi uma experiência legal assim, porque ela me deixou falar, perguntou como eu tava me sentindo e foi nesse momento que eu chorei e ela chorou também. (P10)

Os resultados dessa categoria mostraram que três entrevistados não tiveram nenhum tipo de contato com a figura do psicólogo, três tiveram algumas visitas e o psicólogo mencionou que não havia mais a necessidade de acompanhamento, dois receberam algumas visitas, mas interromperam o atendimento por se sentirem bem e não verem mais a necessidade de acompanhamento e dois receberam duas visitas, porém sem devolutiva. Os relatos apresentados pelos participantes corroboram as contribuições de Chiattonne (2000) ao escrever que muitas vezes, o próprio psicólogo não sabe quais são suas funções nem o seu papel dentro da instituição hospitalar e o hospital, como agente contratante, também não sabe o que devem esperar desse profissional, fazendo com que a instituição se questione sobre a eficácia e contribuição da psicologia nos serviços assistenciais prestados.

4. Considerações Finais

A análise das entrevistas com os participantes permitiu alcançar os objetivos do estudo: foi possível compreender o ponto de vista da população estudada sobre o trabalho do psicólogo e acerca de processo de amputação. As reações frente a amputação e as dificuldades vivenciadas após a retirada do membro enfatizaram a necessidade de que esses pacientes recebam, durante todo o processo, um acompanhamento multiprofissional capacitado para auxiliá-los nesse momento de muitos conflitos, proporcionando um suporte emocional, físico e social. A maior parte dos participantes consideraram importante o papel do psicólogo, considerando-o um profissional que orienta e ajuda o paciente, contribuindo no processo de elaboração de suas angústias e enfrentamento das dificuldades. Apesar dessa compreensão, a maioria dos participantes ter relatado algum tipo de contato com um psicólogo durante o período de hospitalização, demonstraram que esse contato foi mínimo e, em muitos casos, com um profissional despreparado para atender as demandas e particularidades de um paciente amputado. Nenhum deles recebeu um acompanhamento psicológico ou estendeu esse atendimento após a alta hospitalar, o que pode ter ocorrido devido experiência que tiveram com psicólogos hospitalares durante o período de internação.

Todos os pacientes já haviam passado pelo processo de amputação há no mínimo seis meses e relataram o quanto foi importante para eles uma rede de apoio sólida durante todo o processo que ainda estava vivenciando. Esses dois fatores podem ter contribuído para que os participantes pudessem ter uma compreensão mais otimista da amputação, contradizendo autores apresentados no texto ao se apresentarem gratos pela nova oportunidade de continuar vivendo e esperançosos no enfrentamento das dificuldades vivenciadas ao longo da reabilitação.

A pesquisa pode proporcionar aos participantes um espaço de escuta e reflexão, ressaltando a necessidade de mais estudos que possibilitem a ampliação da temática e discutam políticas de atenção aos indivíduos que precisaram passar pelo

processo de amputação. Por fim, estima-se que este trabalho possa ser útil a pesquisadores da área da psicologia da saúde, bem como aos profissionais que atuam na atenção a saúde mental desses pacientes.

Referências

- Abdalla, A. A., Galindo, J., Ribeiro, S. C., Riedi, C., Ruaro, J. A., & Fréz, A. R. (2013). Correlação entre qualidade de vida e capacidade locomotora de indivíduos com amputação de membros inferiores. *ConScientiae Saúde*, 12(1), 106- 113. <https://periodicos.uninove.br/saude/article/view/4002>.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). *Introdução à psicologia de Hilgard*. Artmed.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições.
- Barbosa, L. B. A., Guerra, C. L., Resende, J. L., & Andrade M. B. T (2016). Sentimentos e expectativas do ser-amputado: um olhar fenomenológico. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 14(2), 62-72. http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2605/pdf_510.
- Benedetto, K. M., Forgionne, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. *Rev.USP- Acta Fisiátrica*, 9(2), 85-89, <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20020001>
- Botelho, N. L. P., Volpini, M., & Moura, E. M. (2003). Aspectos psicológicos em usuários de prótese ocular. *Arq. Bras. Oftalmol.* 66 (5), 637-46. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492003000500018>
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012*. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Cardoso, M. R. G., Oliveira, G. S., & Ghelli, K. G. M. (2021) Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, 20(43), 98-111. <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. B. (2004), Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf>.
- Cavalcanti, M. C. T. (1994). Adaptação psicossocial à amputação de membros. *J. Bras. Psiquiatr.*, 43(2).
- Chiattonne, H. B. C. (2000). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Demidoff, A. O., Pacheco, F. G., & Sholl-Franco, A. (2007). Membro-fantasma: o que os olhos não veem, o cérebro sente. *Ciência & Cognição*, 12, 234-239. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v12/v12a22.pdf>.
- Dornelas, L. F. (2010) Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. *Acta Ortopédica Brasileira*, 18 (4), 204-206. <https://doi.org/10.1590/S1413-78522010000400006>.
- Ferreira, M. L. S. M., Mamede, M. V. (2003) Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11(3) 299-304. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300006>.
- Fonseca, A. M. J. S. A. S. R. (1985) O papel do psicólogo na reabilitação, *Psicol., Teori., Pesqui.* 1(1), 59-64.
- Freitas, A. P. B., Abreu, A. C. O., Coelho, M. B., Peres, T. C., & Alves, I. D. O. L (2017). Um estudo sobre o papel do psicólogo hospitalar. *Revista Científica Semana Acadêmica*, 1-10. <https://semanaacademica.org.br/artigo/um-estudo-sobre-o-papel-do-psicologo-hospitalar>
- Gabarra, L. M., & Crepaldi, M. A. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Rev. Aletheia*, 30, 59-72. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06.pdf>.
- Ismael, S. M. C., & Oliveira, M. F. P. (2008). Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In. E. Knobel, P. B. A. Andreoli & M. R. Erlichman (Orgs.), *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (p.83-91). São Paulo: Atheneu.
- Lima, A. E. (2003). Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir em el intento? *Rev. Argentina de Cardiología*, 71 (3), 217-220. http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/como_comunicar_malas_noticias.pdf.
- Matheus, M. C. C., & Pinho, F. S. (2006). Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta Paul Enferm.* 19(1), 49-55. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100008>
- Milioli, R., Vargas, M. A. O., Leal, S. M. C., & Montiel A. A. (2012). Qualidade de Vida em pacientes submetidos à amputação 2(2), 311 – 319. <https://doi.org/10.5902/217976924703>.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5 (7). <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175. <https://www.scielo.br/j/soc/a/VMH7xnfRKMg4qqSWt746CBQ/?lang=pt&format=pdf>.
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20 (1), 50-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>.
- Simoneti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. Casa do Psicólogo.

Teixeira, M. J., Imamura, M., & Calvimontes, R. C. P. (1999). Dor fantasma e no coto de amputação. *Rev. med*, 78(2), 192-6.

Vargas, M. A. O., Schneider, D. G., Kinoshita, E. Y., Ferreira, M. L., Schoeller, S. D., Ramos, F. R. S. (2016). Competências do profissional da saúde para o cuidado da pessoa com amputação. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(1), 123-133. <https://doi.org/10.5902/2179769218226>.

Zermiani, T. C., Freitas, R. S., Ditterich, R. G., & Giordani, R. C. F. (2021). Discourse of the Collective Subject and Content Analysis on qualitative approach in Health. *Research, Society and Development*, 10(1). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.12098>