



Construção de um Protocolo de Intervenção Psicológica para Amputação por Pé Diabético

Ávily Priscila Felipe de Souza¹
Marina Rodrigues Novais²
Suelenn Eloise Oliveira Freitas³
Anielle Letícia Barreto de Souza⁴

Resumo

A sistematização da atuação do Psicólogo na área hospitalar torna mais consolidada a sua inserção neste contexto reduzindo a heterogeneidade da prática assistencial. Além disso, pode favorecer um atendimento mais qualificado e potencializar a visibilidade do papel da psicologia junto à equipe. Este artigo objetiva apresentar um Protocolo de Intervenção Psicológica para Amputação por Pé Diabético construído metodologicamente em três etapas: a revisão da literatura científica sobre o tema abordado; a análise de juízes e a experiência profissional da pesquisadora em campo. Como resultado, o protocolo está estruturado em: dados de identificação e informações clínicas; dois eixos interventivos - (1) Diagnóstico, Tratamento e Procedimento Cirúrgico e (2) Imagem corporal, Afetividade e Aceitação da Perda; mais um roteiro de Avaliação dos Aspectos Psíquicos e Comportamentais.

Palavras chave: Psicologia hospitalar; Intervenção psicológica; Amputação

Abstract

The systematization of the Psychologist's performance in the hospital area makes his insertion in this context more consolidated, reducing the heterogeneity of care practice, in addition to favoring a more qualified service and enhancing the visibility of his role with the teams with whom he works. This article aims to present a Psychological Preparation Protocol for Diabetic Foot Amputation methodologically constructed in three stages: the review of the scientific literature on the topic addressed; the analysis of judges and the professional experience of the researcher in the field. As a result, the protocol was structured into: identification data and clinical information; two interventional axes - (1) Diagnosis, Treatment and Surgical Procedure and (2) Body image, Affection and Loss Acceptance; another guide for the Assessment of Psychic and Behavioral Aspects.

Palavras-chave: Hospital psychology; Psychological intervention; Amputation

¹ Mestrado em andamento em Psicologia pela UFG, Especialista em Urgência e Trauma HUGOL/SES-GO, Especialista em Terapia Analítico Comportamental pelo IGAC/GO. E-mail: psiavilypriscila@gmail.com

² Mestre em Psicologia pela PUC-GO. E-mail: marinarnovais@hotmail.com

³ Mestrado profissional em andamento em Saúde Coletiva pela UFG; Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva pelo HC-UFG; Especialização em Psicologia dos Processos Educativos pela UFG. E-mail: sueloise06@gmail.com

⁴ Especialista em Psicologia da saúde Materno-Infantil pela Residência Multiprofissional em Saúde do HC/UFG, especialista em Psicologia dos Processos Educativos pela UFG, Especialista em Psicologia Infantil pela Faveni. E-mail: anielleleticia@gmail.com

Como grande parte dos eventos novos ou desconhecidos, os procedimentos cirúrgicos podem desencadear sentimentos potencialmente negativos ao serem avaliados cognitivamente, por cada indivíduo, como ameaçadores ou perigosos (Juan, 2007).

De modo geral, existe um consenso na literatura sobre os sentimentos que comumente emergem na situação cirúrgica como a

ansiedade, o estresse, o medo, a insegurança, as expectativas dentre outras sensações e percepções que são moduladas por fatores sociais e culturais da realidade de cada sujeito. (Broering & Crepaldi, 2008; Turra, Costa Junior, Almeida & Doca, 2011; Costa Junior, Doca, Araújo, Martins, Mundim, Penatti, Sidrim, 2012; Tesser & Prebiachi, 2014).

Entre os diferentes tipos de cirurgia, a





amputação tem um impacto psíquico específico relacionado à percepção da perda visível de uma parte do corpo, dado que, conforme Bergo e Prebianchi (2018), a amputação é a retirada total ou parcial de um órgão situado em uma extremidade. Nesse sentido, essa perda promove a real sensação de desintegração corporal que pode acarretar mudanças psíquicas na autoimagem, na afetividade e na capacidade de enfrentamento (Gabarra & Crepaldi, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), os fatores etiológicos mais frequentes para amputação de membros são as doenças vasculares, associadas ou não a diabetes. Os dados apontam que aproximadamente 85% de todas as amputações correspondem as de membro inferior e 80% das indicações cirúrgicas são realizadas em pacientes idosos com doença vascular periférica e/ou diabetes.

Nesse contexto, o aumento da incidência de amputações evidencia um problema de saúde pública no Brasil que se relaciona às condições de saúde e estilo de vida da população, como tabagismo e hipertensão (Gamba, Gotlieb, Bergamaschi & Vianna, 2004). Embora essas condições sejam passíveis de prevenção, as unidades hospitalares de alta complexidade recebem frequentemente pacientes cujo membro afetado encontra-se em um nível de comprometimento avançado tornando a amputação a alternativa mais viável (Ministério da Saúde, 2016).

Diante disso, o objetivo da cirurgia da amputação seria criar novas perspectivas para melhorar a funcionalidade do indivíduo considerando, por fim, o cuidado integral que envolve a manutenção da saúde física, mental e social (Ministério da Saúde, 2013). Nesse processo, Bergo e Prebianchi (2018) salientam a importância da preparação psicológica prévia do paciente com o intuito de reforçar a habilidade dele em lidar com o processo operatório e em aceitar a prótese na fase de reabilitação.

Nessa perspectiva, dentro das instituições hospitalares, a atuação do psicólogo é desafiadora pois apesar dos

inúmeros trabalhos e artigos publicados que ressaltam as contribuições da psicologia no hospital, são poucas as pesquisas que norteiam a prática deste profissional de forma mais sistemática (Cabral, 2007). Embora a literatura aponte a importância do trabalho da psicologia em situações cirúrgicas, há uma grande lacuna sobre a assistência direta ao paciente (Turra et al., 2011; Costa Junior et al., 2012; Tesser & Prebianchi, 2014). Portanto, é necessário fundamentar as condutas do psicólogo em evidências científicas, a fim de esclarecer o papel desse profissional no âmbito hospitalar e o seu impacto na saúde integral dos pacientes (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

Conforme Viana, Torga e Anselmo (2010) destacam, essa sistematização da prática requer a criação de protocolos que direcionam o processo da assistência. Assim, este trabalho propõe relatar a construção de um protocolo de intervenção psicológica para cirurgia de amputação, considerando a atuação psicológica em um contexto hospitalar de urgência e trauma. O objetivo é promover conhecimento prático coerente com as bases teóricas fundamentando a prática assistencial.

Cabe ressaltar que o termo “protocolo”, neste trabalho, extrapola a concepção de um instrumento rígido, visto que as complexidades do indivíduo e do cotidiano da internação hospitalar exigem flexibilidade. Portanto, este protocolo refere-se a um modo de atuar, de abordar e de planejar os atendimentos ao paciente amputado mantendo coesão entre a teoria e prática. Parte-se do pressuposto de que os instrumentos e técnicas disponíveis devem ser usados se, e somente se, estiverem em harmonia com um modo de trabalhar na assistência fundamentado em evidências que demonstrem em que, porque e para que intervir.

Método

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência profissional, sobre a construção de um protocolo de intervenção psicológica para





amputação de pacientes com pé diabético infectado. Este trabalho foi desenvolvido a partir de uma proposta de intervenção teórico-prática que se fundamenta na reflexão crítica da atuação em unidade hospitalar, aliada às bases teórico-filosóficas da Psicologia da Saúde e Hospitalar e a Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC).

Conforme aponta Castro e Bornholdt (2004), a Psicologia da Saúde e Hospitalar utiliza do modelo biopsicossocial para compreender a sua influência na relação saúde-doença. As autoras destacam que, no contexto hospitalar, essa ciência pode ser entendida como um conjunto de contribuições científicas e educativas que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para promover uma assistência integral aos pacientes.

A TCC é uma abordagem teórico-metodológica que tem sido amplamente utilizada pelos psicólogos hospitalares para intervir de forma mais diretiva, breve e estruturada (Peron, Sartes, 2015). A terapia cognitivo comportamental fundamenta-se na lógica de que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados pelo modo como elas pensam e interpretam os eventos. Portanto, segundo as autoras, as modificações nos padrões de pensamentos e crenças disfuncionais, por meio de técnicas específicas, podem favorecer mudanças de comportamento no indivíduo.

Contexto

A proposta de construção do protocolo é resultado das indagações quanto à necessidade de sistematização do conhecimento em psicologia da saúde e hospitalar. Esta é uma área em ascensão e necessita do desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para a produção de conhecimento, principalmente no que tange a atuação/formação profissional do psicólogo. Nesse sentido, o relato parte da experiência profissional de uma psicóloga ingressa no programa de residência em psicologia hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás – SES-GO

Procedimentos

A elaboração do protocolo foi estruturada em três etapas: a revisão da literatura científica sobre o tema abordado, a análise de juízes e a experiência profissional da pesquisadora em campo (Pawłowski, Trentini & Bandeira, 2007; Coluci, Alexandre & Milani, 2015). A primeira fase ocorreu por meio de um estudo exploratório cujo objetivo foi ampliar o conhecimento proporcionando familiaridade sobre o tema proposto, a fim de fundamentar teoricamente a criação dos itens do protocolo (Silveira & Córdova, 2009).

Nessa etapa buscou-se em artigos publicados em revistas eletrônicas e livros da área da psicologia da saúde assuntos que envolvessem os seguintes temas: preparo psicológico para cirurgia; atuação psicológica em cirurgia; aspectos psicológicos/emocionais do paciente amputado; aspectos psicológicos no processo de amputação e cirurgia de amputação em paciente com diabetes mellitus.

A procura dos temas ocorreu de forma sistemática, a fim de flexibilizar e ampliar o acervo literário, por meio do acesso aos livros, artigos e hipertextos. Como os domínios psicológicos apresentados não podem ser medidos diretamente, os estudos e aspectos elencados dependeram de fatores como: saturação de estudos prévios, relevância para o instrumento e interesse da pesquisadora, conforme orientado pelas autoras Pawłowski et al. (2007).

Após a definição operacional dos construtos e de sua dimensionalidade, isto é, a definição do contexto do instrumento e o desenvolvimento de seus domínios, estruturou-se a primeira versão do protocolo, a qual foi submetida a análise de juízes.

Neste trabalho, a banca de juízes foi composta por três profissionais de acordo com os seguintes critérios: ser psicólogo (a) hospitalar; ter experiência no atendimento à pessoa amputada (pré e/ou pós-cirúrgico) e ter experiência com atendimentos em unidades de urgência. Os juízes foram orientados a avaliar a relevância dos domínios psíquicos contidos no protocolo para o quadro clínico do paciente,



isto é, pé diabético com indicação para amputação; e a avaliar a validade das intervenções propostas dentro de cada domínio descrito bem como os objetivos terapêuticos.

O objetivo desta segunda etapa foi possibilitar a construção de um instrumento não enviesado e compreensível ao uso dos profissionais da área, além de verificar se o construto apresentava validade aparente. As pontuações e análises dos profissionais promoveram readequações favorecendo a elaboração da segunda versão do instrumento.

A etapa final ocorreu por meio da aplicação do protocolo nos atendimentos aos pacientes com indicação de amputação pela equipe de cirurgia vascular devido à complicações por pé diabético. Para isso, solicitou-se as equipes de enfermagem do pronto atendimento e da enfermaria de especialidades, responsáveis pela admissão deste perfil de pacientes, que informassem a pesquisadora quando estes fossem admitidos nas respectivas unidades.

O objetivo principal dessa etapa foi verificar a viabilidade de aplicação do instrumento no contexto de um hospital de

urgência e trauma, a fim de adequar as intervenções a realidade prática. Nesse sentido, a observação do processo de atendimento dentro da rotina hospitalar foi essencial para verificar quais condutas contidas no protocolo eram mais pertinentes para cada momento da internação, ou seja, tanto no pré quanto no pós-operatório. Nessa etapa, o instrumento passou por adaptações sendo por fim concluída a terceira e última versão do protocolo.

Resultados e Discussão

Elaborar um instrumento de intervenção psicológica constitui-se um desafio para área da saúde, em especial no ambiente hospitalar, cujo campo de atuação é relativamente novo e as produções científicas ainda são incipientes. Esta constatação pôde ser verificada na primeira etapa metodológica de elaboração do instrumento por meio de um estudo exploratório não sistemático.

Como resultado do estudo exploratório formou-se a primeira versão do protocolo, que ficou estruturado conforme tabela 1.

Tabela 1

Versão 1 do Protocolo de Intervenção Psicológica para Amputação por Pé Diabético

Item	Subitens
1- Ajustamentos Psicológicos Específicos	Avaliação e intervenção em: depressão reativa, ansiedade reativa, depressão patológica e ansiedade patológica
2- Respostas Cognitivo-Afetivas	Avaliação e intervenção em: sinais de difícil adaptação em relação à alteração da imagem corporal e sinais de alterações da autoestima e do autoconceito;
3- Respostas comportamentais	Checklist - Mecanismos de defesa; Estratégias de <i>coping</i>

4- Capacidade de adaptabilidade

Checklist - Expressar sentimentos com facilidade;
Apresentar baixo nível de depressão patológica;
Apresentar autoestima preservada;
Compreender a amputação como necessária e favorável ao tratamento;
Ter suporte social/ relações afetivas presentes;
Fazer uso assertivo das estratégias de *coping*
Apresentar mecanismos de defesa reduzidos ou não prejudiciais ao tratamento

Os itens 1, 2, 3 e 4 são identificados na literatura, porém sem conceituação definida quanto aos fatores envolvidos em cada um (Gabara & Crepaldi, 2009; Mello, Zambillo & Paranhos, 2012). Logo, a construção dos itens em concordância com os subitens se deu por associação e relevância ao trabalho proposto.

O item 1 apresenta os aspectos emocionais mais comuns que emergem no paciente, ao tentar se adaptar ao contexto vivenciado pela amputação (Gabara & Crepaldi, 2009; Sebastiani & Fongaro, 2017; Bergo, Prebianchi, 2018). Cabe ao psicólogo avaliar o que é prévio e o que é reativo, bem como as intervenções pertinentes em cada caso. O item 2 envolve aspectos relacionados aos sentimentos e percepções que o paciente tem de si próprio, bem como os sinais de possíveis dificuldades para adaptar-se a sua nova imagem (De Benedetto, Forgione & Alves, 2002; Capisano, 2010).

Os itens 3 e 4 foram construídos em formato de checklist, sendo o item 3 constituído por mecanismos de defesas e estratégias de *coping* identificados com maior frequência no paciente que passa pelo processo de amputação; e no item 4 são elencados

aspectos que indicam maior probabilidade de adaptação à perda do membro (De Benedetto et al, 2002; Gabara & Crepaldi, 2009; Mello et al, 2012; Bergo, Prebianchi, 2018)

O principal desafio encontrado nesta fase metodológica foi sintetizar os conteúdos existentes nos estudos transformando-os em intervenções aplicáveis, que atendessem às reais necessidades de cada paciente. Costa Junior et al (2012) confirmam essa percepção ao ressaltarem que os profissionais da enfermagem e da medicina produzem mais estudos sobre o tema do que os psicólogos, e que os trabalhos existentes se referem a intervenções pontuais, tais como realizar orientação e técnicas de relaxamento, sem fazerem referência a um modo completo de intervenção que se estenda da primeira consulta ao período pós-cirúrgico.

Depois de finalizado o esboço inicial, seguiu-se para a segunda etapa metodológica que ocorreu por meio da submissão da primeira versão do protocolo à análise de juízes. Cada juiz realizou suas contribuições ressaltando diferentes aspectos a serem aperfeiçoados no instrumento, os quais estão expostos na tabela a seguir:

Tabela 2

Considerações a partir das análises dos juízes

Separar as condutas de avaliação das de intervenção.

Reagrupar os conteúdos, a fim de otimizar as intervenções, tendo em vista que no contexto de urgência e trauma implementar protocolos extensos pode ser inviável.

Especificar se o instrumento apresenta um caráter multidimensional, tendo em vista que havia intervenções para serem realizadas com os diferentes atores da tríade, isto é, equipe-família-paciente.



Direcionar o instrumento para um base teórica específica, a fim de evitar a confusão conceitual, como: mecanismos de defesa que pertence a uma perspectiva psicodinâmica e as estratégias de *coping* a uma perspectiva cognitiva.

Inserir dados de identificação pessoal e informações clínicas do paciente



De modo geral, a análise de juízes trouxe um olhar mais apurado ao protocolo permitindo repensar com criticidade as bases teóricas que sustentam a prática e reestruturar a construção do protocolo formando a sua segunda versão. As considerações dos juízes vão ao encontro das constatações de Castro e Bornholdt (2004) ao afirmarem que há uma inconsistência teórico-prática decorrente do déficit de pesquisas na área que reverberam uma confusão do saber, a qual extrapola a ordem semântica e atinge o nível estrutural, ou seja, os diferentes marcos teóricos a partir dos quais estão ancorados os fazeres do psicólogo.

Partindo desse pressuposto, a terceira etapa metodológica buscou alinhar as intervenções descritas no instrumento à atuação em campo, visando a construção de um saber teórico-prático coerente. Assim, o instrumento foi repensado a partir da observação prática da pesquisadora acerca de suas próprias condutas ao tentar aplicar o protocolo durante os atendimentos. Dessa forma percebeu-se a necessidade de realizar algumas readequações a fim de favorecer a aplicabilidade harmônica do instrumento.

O primeiro ajuste foi definir a abordagem cognitiva como base teórico-metodológica para evitar a confusão conceitual e, assim, converter as descrições das intervenções em nomes técnicos. Portanto, onde se lia “Convide-o a falar sobre os sentimentos em relação à doença e à perda” passou-se a ler “Técnica de suporte emocional/expressivo - com foco nos sentimentos em relação à doença e perda”. Verificou-se que o uso de termos técnicos é necessário para garantir cientificidade prática e conceitual, além de possibilitar a sistematização das condutas executadas pelo psicólogo no hospital (Gorayeb e Guerrilhas, 2003).

O segundo ajuste se deu por meio da reestruturação do próprio instrumento para adaptação ao contexto hospitalar e necessidades do próprio paciente. Verificou-se por meio da prática que havia intervenções pertinentes ao preparo pré-cirúrgico e outras cabíveis aos atendimentos no pós-operatório.

Esta estruturação foi definida com

base nos aspectos mais emergentes apresentados pelo paciente no contexto de urgência e trauma, considerando que em muitos casos o tempo de preparo para cirurgia é reduzido sendo, portanto, necessário priorizar aspectos específicos. Dentre os quais se destacam: identificar os conhecimentos que o paciente adquiriu sobre o que vai acontecer; possibilitar expressão de sentimentos quanto à perda iminente do membro; favorecer o controle das expectativas sobre a cirurgia; realizar psicoeducação quanto ao tratamento e flexibilizar pensamentos distorcidos, caso eles sejam identificados. Dessa forma, as intervenções referentes à auto-imagem, reintegração corporal associado a aceitação da perda, estratégias de enfrentamento e a psicoeducação sobre a reabilitação podem ser realizadas no pós-operatório. Por meio da prática percebeu-se que, neste momento, o psicólogo poderá dispor de um tempo maior para intervir, respeitando o tempo e as limitações do paciente, que por suavez terá a ansiedade reativa ao procedimento cirúrgico minimizada dando espaço para a elaboração de sua nova condição.

Nessa etapa prática também foi possível realizar a produção de dois vídeos distintos tendo como base os achados da literatura, os quais apontam o uso de recursos visuais como estratégia de intervenção para manejo de ansiedade e ampliação das estratégias de enfrentamento (Costa Junior et al, 2012; Reis, Schwab, Neufeld, 2014).

O primeiro vídeo referiu-se a um depoimento de um ex-paciente do hospital onde o trabalho foi realizado, que passou pelo processo de amputação, em nível de desarticulação de quadril, e pela reabilitação tendo, atualmente, retomado sua rotina de vida. No vídeo, o ex-paciente fala da sua experiência e das estratégias utilizadas durante o período de readaptação. O segundo vídeo produzido consistiu em uma visita virtual ao centro-cirúrgico do hospital mostrando por meio de uma simulação realística os processos pelos quais o paciente é submetido desde o momento em que é encaminhado para a sala de cirurgia até a sua transferência para o leito de





enfermaria no pós-operatório.

O resultado final da terceira etapa foi a construção completa de um Protocolo de Intervenção Psicológica para Amputação por Pé Diabético (Apêndice A), o qual se propôs a ser um instrumento semiestruturado, ou seja, por um lado há eixos definidos de avaliação e intervenção; e por outro, há flexibilidade quanto ao modo de aplicação desses eixos.

Ressalta-se que o manejo do protocolo não deve finalizar em uma abordagem tecnicista. Embora sua finalidade seja superar a concepção de uma psicologia interpretativa para uma psicologia operacional, a avaliação cuidadosa sobre o modo de intervir é imprescindível. Por isso, o instrumento deve ser analisado e utilizado de forma integral, sem dissociar os eixos interventivos da avaliação dos aspectos psicológicos do paciente. Para além da técnica, as habilidades pessoais do profissional que opera devem ser consideradas, haja vista a importância da estruturação e manutenção do vínculo terapêutico para a efetividade das condutas (Alves, 2017).

Considerações Finais

A construção de um protocolo que norteasse a atuação do psicólogo desde a comunicação sobre a notícia de amputação, a entrega do termo de consentimento até às intervenções pontuais sobre a preparação psicológica durante o atendimento ao paciente, era o objetivo inicial do projeto. Entretanto, as características do lócus onde se estruturou o trabalho revelaram algumas limitações pertinentes ao fluxo emergencial, que impossibilitaram a construção de um protocolo que apresentasse intervenções interdisciplinares.

Dessa forma, a construção do protocolo se propôs a atender alguns dilemas da literatura referentes à própria intervenção psicológica sistemática, como a construção de indicadores, a avaliação psicológica, as técnicas de intervenção e a educação em saúde. Considerando para isso as necessidades e particularidades de cada paciente, dentro do contexto em que ele está inserido.

É importante ressaltar que este trabalho é apenas o primeiro passo para implementação de um instrumento norteador de intervenções e avaliações no contexto de amputação tornando-se, portanto, essencial à continuidade do estudo para a validação do mesmo. Faz-se necessário seguir investindo em produções científicas, a fim de consolidar a prática do psicólogo com base em evidências que sustentam um atendimento qualificado ao paciente.

Referências Bibliográficas

- Alves, D. L. (2017). O vínculo terapêutico nas terapias cognitivas. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 19(1), 55-71.
- Bergo, M. F. C. & Prebiachi, H. B. (2018) Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. *Revista de Psicologia: teoria e prática*, (20), 33-46.
- Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2008) Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61-72.
- Cabral W. B. (2007) A atuação do psicólogo no hospital para a promoção de saúde. *Redepsi*. Recuperado em 02 setembro 2018, da Rede Psi: <http://www.redepsi.com.br/2007/05/09/a-atua-o-do-psic-logo-no-hospital-para-a-promo-o-de-sa-de/>
- Capisano, H. F. Imagem corporal. Em: Melo Filho, J. & Burd, M. (2010). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004) Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 24 (3), 48- 57
- Coluci, M. Z. O. Alexandre, N. M. C. & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 925-936.
- Costa Junior, A. L.; Doca, F. N. P.; Araújo, I.





- Martins, L. Mundim, L.; Penatti, T. Sidrim, A. C. (2012) Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 29(2), 271-284.
- De Benedetto, K., Forgione, M.C. E Alves, V.L. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. *Acta Fisiátrica*. 9, 2 (ago. 2002), 85-89. DOI:<https://doi.org/10.5935/01047795.20020001>.
- Gabarra, L. M. & Crepaldi, M. A. (2009) Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia* (30), 59-72.
- Gamba, M. A., Gotlieb, S.L. Bergamaschi, D. P. & Vianna, L. A. C. (2004). Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo de caso-controlado. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 399- 404.
- Gorayeb, R; Guerrilhas, F. (2003) Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 11-19.
- Juan, K. de, (2007) O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicol. hosp.* v. 5, n. 1, p. 48-59, São Paulo.
- Mello, A. R. M.; Zambillo, M. & Paranhos, E. P. (2012) Aspectos psicológicos no processo de amputação de membros. Em: Stenzel, Paranhos e Ferreira (orgs.). *A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis*. Porto Alegre: ediPUCRS.
- Ministério da Saúde (BR), (2013) *Diretrizes de atenção à pessoa amputada*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (BR), (2016) *Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Pawlowski, J., Trentini, C. M., & Bandeira, D. R. (2007). Discutindo procedimentos psicométricos a partir da análise de um instrumento de avaliação neuropsicológica breve. *Psico-USF*, 12(2), 211-219.
- Peron, N. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 42-49.
- Reis, A. H., Schwab, J. A., Neufeld, C. B. (2014). Relato de experiência em terapia cognitivo-comportamental em grupo com pacientes amputados. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16 (2), 148 – 164.
- Silveira, D. T. Córdova, F. P. (2009). A pesquisa científica. Em Gerhardt, T. E. Silveira, D. T. (orgs.) *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Sebastiani, R. W. & Fongaro, M. L. H. (2017). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. Em Angerami, V. A. (org.) *E a psicologia entrou no hospital*. Belo Horizonte: Ed. Artesão.
- Turra, V.; Doca, F. N. P.; Almeida, F. F. & Costa Junior, A. L. (2011) Contribuições da Psicologia na atenção ao paciente cirúrgico: uma análise da literatura. *Comun. ciênc. saúde*; 22(4), 353- 366.
- Tesser, N. L. & Prebianchi, H. B. (2014) Atenção Psicológica Aos Pacientes Cirúrgicos Adultos E Infantis Nos Períodos Pré E Pós- Operatório. *Anais do IV Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação*, 2(5), 1-7.
- Viana, L. A. C.; Torga, E. M. M. F.; Anselmo, F.; Urbano, H. (2010). Protocolo de Atendimento à Família em TI Adulto. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 20, p. 45-48.





APÊNDICE A - Protocolo Intervenção Psicológica para Amputação por Pé Diabético

1 – Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: ()F ()M Escolaridade: _____ Procedência: _____

Estado civil: ()Solteiro ()Casado ()Viúvo ()Divorciado ()União estável

Emprego: ()Sim ()Não Profissão: _____

Religião: ()Não tem ()Católica ()Protestante ()Espírita Outras: _____

Com quem reside: ()Pais ()Cônjuge ()Filhos ()Sozinho Outros: _____

2 – Informações Clínicas

Data do atendimento: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Comorbidades: ()Tabagismo ()DAOP ()HAS Outra(s): _____

Histórico de cirurgias anteriores: ()Não ()Sim. Qual? _____

Nível de Amputação: ()Parcil do pé ()Syme ()Desarticulação do tornozelo ()Transtibial

()Desarticulação de joelho ()Transfemural ()Desarticulação de quadril

()Hemipelvectomy Outro: _____

Introdução

⇒ Este instrumento está estruturado em três eixos:

Eixo 1 – Diagnóstico, tratamento e procedimento cirúrgico: indicado para o preparo psicológico no pré-operatório.

Eixo 2 – Imagem corporal, aceitação da perda e enfrentamento: indicado para os atendimentos no pós-operatório. Esse eixo auxilia no estabelecimento do plano terapêutico, para intervenções referentes à imagem corporal e processo de aceitação da perda do membro.

Eixo 3 - Avaliação dos aspectos psíquicos e comportamentais: indicado para avaliação psicológica do paciente, auxiliando na definição de condutas, estabelecimento de plano terapêutico e registros no prontuário.





EIXO 1. DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

1. Apresentação:

1. Rapport/ empatia
2. Orientação quanto ao apoio e serviço de psicologia

2. Reconhecimento:

1. Descoberta guiada – *com foco na identificação sobre qual o conhecimento que o paciente adquiriu sobre o que vai acontecer.*
2. Técnica de suporte emocional e/ou expressivas - *com foco nos sentimentos em relação à doença e perda/ luto antecipatório.*
3. Controle das expectativas do tratamento – *conduzir o diálogo evitando previsões falsamente otimistas.*

3. Psicoeducação:

3.1. Quanto à função da amputação:

- Clarificação das consequências reforçadoras imediatas - *controle da dor e do membro afetado.*
- Clarificação das consequências reforçadoras em longo prazo - *qualidade de vida, manutenção do ser ativo.*

3.2. Quanto ao diagnóstico e tratamento:

- Psicoeducação verbal detalhada, mediação com equipe:
() Enfermagem () Fisioterapia () Médica () Nutrição () Serviço Social () T.O.
- Psicoeducação verbal Intermediária:
() Informações comportamentais e sensoriais que serão vivenciadas na cirurgia
() Incentivo ao uso sensorial para percepção do membro afetado (foto/cheiro)
- Uso do recurso visual sobre nível de amputação.
- Uso do vídeo informativo – visita virtual ao cc.
- Reafirmação - Técnicas que incentivem o conforto psicológico.
() Imagem Guiada/ visualização () Distração () Técnica de respiração
**indicado para pacientes com ansiedade elevada cujo excesso de informação pode intensificar os sintomas.*





- Outras dicas de manejo cognitivo de enfrentamento:_____.

4. Identificação e flexibilização de pensamentos distorcidos/disfuncionais ou fantasias:

- Manejo cognitivo pela desmistificação
 Questionamento Socrático

5. Intervenções em quadros psicopatológicas do humor (Avaliação em Eixo 3 – tópico 1.3)

- Interconsulta com a equipe quanto à necessidade de medicação.
 Interconsulta com a equipe quanto à necessidade de avaliação psiquiátrica (encaminhamentos)
 Encaminhamento para acompanhamento psicológico extra-hospitalar
 Acompanhamento psicológico sistemático durante a hospitalização – identificação e reforço dos aspectos saudáveis do paciente e autorização de acompanhante.

EIXO 2. IMAGEM CORPORAL, ACEITAÇÃO DA PERDA E ENFRENTAMENTO

1. Psicoeducação quanto à adaptação positiva:

1. Orientação sobre a importância do pensar e falar sobre... – *com foco nos aspectos psicológicos da reintegração da imagem corporal e adaptação positiva.*

2. Reconhecimento:

1. Técnica de suporte emocional e/ou expressivas - *com foco na alteração corporal e atribuição de sentido/ luto.*
2. Descoberta guiada – *com foco na identificação dos suportes afetivos e sociais, autoestima, autoconceito, crenças e emoções.*

3. Imagem corporal/aceitação:

- Desenho livre do autorretrato – *com foco na percepção atual do paciente sobre a própria imagem.* O paciente se vê com o corpo:
()intacto ()amputado ()com prótese
 Desenho direcionado do corpo amputado, seguido do suporte expressivo – *com foco na construção da nova imagem corporal e aceitação.*
 Estimulação aos cuidados estéticos/ autocuidado – *em casos de baixa autoestima vinculada ao autoconceito negativo. Verificar os costumes e hábitos antecedentes.*





- Identificação e flexibilização de pensamentos distorcidos/ disfuncionais ou fantasias.
 - () Manejo cognitivo pela desmistificação
 - () Questionamento socrático
 - () Disponibilizado cartões de enfrentamento

4. Recursos de enfrentamento

- 1- Identificar e promover a autopercepção dos padrões típicos de enfrentamento utilizado.
 - () Investigação de experiências difíceis, histórico de óbito ou outras perdas anteriores e a forma de lidar – *identificar enfrentamentos*
 - () Role playing/Troca de papéis – *promover autopercepção no paciente*
- Reforço dos enfrentamentos adaptativos
- Técnicas de ensino de estratégias efetivas de enfrentamento:
 - () Resolução de problemas com uso de lista - *Defina junto com o paciente uma lista (mentalizada ou escrita) de problemas e qual o papel dele para resolvê-los, dentro dos limites atuais.*
 - () Percepção de ajustamentos - *Auxilie o paciente a perceber quais os comportamentos ou cognições podem ser ajustados, trazendo conforto e sentimentos mais positivos durante o seu tratamento.*
- Aprendizado grupal – *se houver outros casos de amputação na internação, verifique a possibilidade de promover encontros para trocas de experiências.*
- Aprendizado vicariante – vídeo com relato de experiência de pessoas amputadas.

5. Psicoeducação quanto à Reabilitação/ Otimização da Alta

- Instruções de adaptação positiva.
 - () Orientação verbal () Disponibilizado anexo
- Orientação quanto aos locais especializados:
Goiânia: CRER e Vila São Cottolengo/ Outros municípios: via regulação.
- Orientação detalhada - mediação com a equipe:
 - () Fisioterapia () Médica () Serviço Social () T.O.
- ALTA: Abordagem educativa à pessoa com diabetes.





AVALIAÇÃO DOS ASPECTOS PSÍQUICOS E COMPORTAMENTAIS

1. Manifestação de humor [afetividade]:

1.1 Sinais de depressão reativa:

⇒ INTERVENÇÕES: EIXO-1/ EIXO- 2

- O paciente percebe que está vivenciando uma situação de perda e manifesta sentimento de tristeza e emoções negativas de forma reativa ao contexto da amputação e/ou processo de hospitalização.

1.2 Sinais de ansiedade reativa:

⇒ INTERVENÇÕES: EIXO-1: ITEM 3

- À organização e dispensa de cuidados – *com foco na espera/tempo, cancelamento de procedimento, meio hospitalar, equipe.*
- Aos processos de tornar-se paciente – *com foco nos aspectos psicológicos e comportamentais de tornar-se um paciente.*
- Ao não saber – *com foco nas informações, eventos inesperados, complicações, efeitos colaterais e dor.*
- À preocupação com os outros – *com foco na família e amigos.*

1.3 Sinais psicopatológicos do humor:

⇒ INTERVENÇÕES: EIXO-1: ITEM 5

- Humor entristecido com escassas perspectivas existenciais/ sem vontade de fazer planos ou dar continuidade aos projetos de vida pré-estabelecidos.
- Quadro psicoemocional gera comportamento prejudicial a si mesmo, afetando o tratamento, as relações e/ou demais aspectos da vida.

1.3.1 Fatores de risco ou agravantes:

- Histórico pregresso ou atual de uso de psicotrópicos e/ou outros sintomas psicopatológicos.
- Histórico familiar de quadros psicopatológicos.

2. Sinais de alterações da autoestima e do autoconceito:

⇒ INTERVENÇÕES: EIXO-2: ITENS 3 E 4





- Apresenta sentimento de culpa e fracasso em relação a si mesmo/ dificuldade de autoaceitação.
- Percebe-se negativamente como um SER-doente
- Manifesta sentimento de que será incapaz de lidar com os diferentes aspectos da vida.

3. Sinais de difícil adaptação à nova imagem corporal:

⇒ INTERVENÇÕES: EIXO-2

- Manifesta preocupação, receio quanto ao olhar do outro após ser amputado/ sentimento de rejeição social.
- Compreende a amputação como fatalidade e não necessária para a qualidade de vida.
- Sinais de alteração da autoestima e afastamento social.
- Dificuldades para expressar sentimentos
- Sinais de humor patológico
- Suporte social e relações afetivas escassas
- Uso não assertivo das estratégias de enfrentamento

4. Estratégias de enfrentamento identificadas:

⇒ INTERVENÇÕES: EIXO-2: ITEM 4

4.1 Focalizadas no problema:

- Refletir sobre o problema
- Seguir corretamente o tratamento
- Buscar informações

4.2 Focalizadas na emoção:

- Suporte religioso (respostas permeadas por sentimentos de esperança e fé)
- Medidas de autocontrole (pensamento positivo/conformismo)
- Busca de suporte familiar (busca por auxílio operacional, emocional)
- Comportamento aditivo (comportamento repetitivo que se torna o foco principal)
- Uso do bom-humor (discurso divertido)
- Distração (respostas que buscam mudar o foco do problema)
- Fatalismo (crença de que o fato ocorreu de forma inevitável)

