

Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores

Anxiety, depression and hopelessness in lower limb amputees patients

Stephanie Di Martino Sabino¹, Richelle Maitê Torquato¹, Adriana Cristina Guimarães Pardini¹

RESUMO

Amputação consiste na retirada de um membro, total ou parcialmente, por cirurgia ou trauma. A causa mais frequente de amputações é vascular (75% em membros inferiores), seguida por traumas (20%) e tumores (5%). Após a amputação, o paciente geralmente passa por uma série de reações emocionais. Dentre as mais comuns, pacientes amputados podem apresentar quadros de ansiedade, depressão e desesperança. **Objetivo:** Verificar a incidência de Ansiedade, Depressão e Desesperança em pacientes com amputação de membros inferiores que chegaram ao Centro de Reabilitação. **Método:** Participaram desta pesquisa 31 pacientes no período de maio a agosto de 2011. Os pacientes foram submetidos à realização de um questionário de caracterização da amostra e as escalas Beck de Ansiedade, Depressão e Desesperança. **Resultados:** Os pacientes que tinham companheiro apresentaram menores níveis de Ansiedade e Desesperança e os pacientes que saíam semanalmente apresentaram menores pontuações na escala de depressão. **Conclusão:** Os pacientes com amputação de membros inferiores apresentaram boas estratégias de enfrentamento ou estão em processo de negação de sua condição atual, ou ainda aliviados pela melhora do quadro algico.

Palavras-chave: Amputação, Extremidade Inferior, Ansiedade, Depressão

ABSTRACT

Amputation is the removal of a member, in whole or in part, by surgery or trauma. The most frequent cause of amputations is vascular disorders (75% in lower limb), followed by traumas (20%) and tumors (5%). After amputation, patients usually survive with a series of emotional reactions. Among the most common, amputees patients may live with anxiety, depression and hopelessness. **Objective:** The objective of this study assessed the incidence of anxiety, depression and hopelessness in patients with lower limb amputations bottom who arrived at the Rehabilitation Center. **Method:** 31 patients participated of this survey from May to August 2011. Patients underwent the completion of a questionnaire to characterize the sample and the Beck Anxiety scales, depression and hopelessness. **Results:** Patients who had a partner had lower levels of anxiety and hopelessness and patients who were leaving each week had lower scores on the depression scale. **Conclusion:** We conclude that patients with lower limb amputations showed better coping strategies or are in denial of their current condition, or alleviated by improved pain.

Keywords: Amputation, Lower Extremity, Anxiety, Depression

¹ Psicóloga, Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD).

Endereço para correspondência:
Stephanie Di Martino Sabino
Av. Prof. Ascendino Reis, 724
CEP 04027-000
São Paulo - SP
E-mail: stephanie.dms@hotmail.com

Recebido em 30 de Julho de 2013.
Aceito em 15 de Outubro de 2013.

DOI: 10.5935/0104-7795.20130037

INTRODUÇÃO

A amputação consiste na retirada de um membro, total ou parcialmente, por cirurgia ou trauma.¹

As cirurgias de amputação são reconstrutivas, pois visam restaurar o membro doente. Sendo assim, a cirurgia é planejada para que este membro se torne útil para posterior reabilitação.²

No Brasil, não existe estatística precisa referente ao número de amputações realizadas por ano, mas calcula-se que 85% das ocorrem em membros inferiores (MMII).³

A causa mais frequente de amputações é vascular (75% em MMII), associada ou não ao diabetes e a faixa etária desses pacientes amputados é, em média, de 60 anos. As causas traumáticas (20%) afetam, na sua maioria, jovens em idades produtivas da vida e os tumores (5%), que podem ser benignos ou malignos (mais comum é o osteossarcoma) acometem mais as crianças e adolescentes ainda em fase de crescimento.⁴

Após a amputação, o paciente geralmente passa por uma série de reações emocionais, pode vivenciar um desajustamento ao ter que lidar com a dependência forçada e a perda da auto-estima.⁵

Em estudo realizado por Senra et al.⁶ os pacientes relataram mudanças causadas pela amputação, como dificuldades com as habilidades básicas e atividades diárias, perda de independência, sentimentos de inferioridade, problemas relativos ao bem-estar, mudanças negativas em sua vida profissional, mudanças de identidade e mudanças em sua vida afetiva ou sexual. Tais pacientes relataram diferentes reações e sentimentos como tristeza, revolta, choque, aceitação, pensamentos de raiva e ideia suicida.

Dentre as reações emocionais comuns, o paciente amputado pode apresentar quadros de ansiedade, depressão e desesperança. A ansiedade é definida como uma emoção desagradável caracterizada por preocupação, apreensão, tensão e medo.⁷

Sintomas depressivos são frequentes em pessoas com amputação. Elas apresentam tristeza, pesar, isolamento social, perda de apetite, distúrbios do sono, entre outros.²

A depressão é considerada um transtorno quando os sintomas se tornam tão severos que prejudicam o funcionamento normal do indivíduo e se estendem por várias semanas seguidas. Os sintomas físicos da depressão incluem mudanças de apetite, perturbações do sono, fadiga e perda de energia, pode exacerbar pequenas dores e se preocupar excessivamente com a sua saúde.

Indivíduos com depressão tendem a ter baixa autoestima, sentem-se incapazes e culpam-se por seus fracassos, duvidam de sua capacidade de fazer algo para melhorar sua vida e sentem desesperança em relação ao futuro.⁷

De acordo com Beck et al.⁸ a desesperança apresenta aspectos de uma visão pessimista e negativa referente ao futuro e pensamentos autoderrotistas. Os autores também relatam que a desesperança está fortemente relacionada à depressão e ao sentimento de fracasso.

Segundo Braga & Cruz⁹ a desesperança caracteriza-se por passividade, afeto e verbalização diminuídos, e com conteúdo desesperançado, apetite diminuído, diminuição de resposta a estímulos, alterações no sono, falta de iniciativa e falta de envolvimento no cuidado.

A perda de uma parte do corpo pode implicar em profundas desorganizações na estrutura psicológica do indivíduo, desestruturando seu esquema corporal, fazendo-se necessário um processo complexo de reorganização da sua vida. Este processo pode ser o principal responsável pela dificuldade de assimilar uma prótese que possa substituir o membro perdido.

Esquema corporal é definido como a tomada de consciência do indivíduo no seu mundo sensitivo ou uma maneira de expressar que seu corpo está no mundo. É através da consciência de si que este se torna capaz de conhecer o mundo.⁵

O corpo individualiza o ser humano, reestabelecendo a fronteira da sua identidade pessoal; portanto, sua condição é corporal.¹⁰

Na amputação, o indivíduo vive a perda de uma parte do corpo como um aniquilamento, não reconhece esse corpo como seu, porque não consegue apropriar-se dele. É considerada uma perda concreta diante da qual o indivíduo não encontra possibilidade de reparação, considerando este quadro como uma depressão patológica.¹¹

A percepção distorcida e negativa sobre a aparência física (distúrbios de autoimagem corporal) está relacionada com ansiedade.²

Após a amputação, o paciente precisa se ajustar ao seu novo corpo e recuperar a autoestima.¹²

Ansiedade, depressão, imagem corporal e desconforto social têm sido apontados como consequências frequentes do processo de amputação e a adaptação à perda do membro vai depender de como o indivíduo vivencia a amputação e como o seu apoio social e reabilitação são percebidos.⁶

OBJETIVO

Identificar a incidência de ansiedade, depressão e desesperança em pacientes

com amputação de membros inferiores ao chegarem ao Centro de Reabilitação, auxiliando a definição de conduta de tratamento na psicologia.

MÉTODO

Realizou-se um estudo com pacientes de ambos os sexos, com idade maior ou igual a dezesseis anos e 11 meses, com o diagnóstico de amputação não traumática de membros inferiores, com tempo de amputação de até três anos, e que estivessem presentes na Avaliação Global ou Avaliação Inicial da Clínica de Amputados da AACD unidade Ibirapuera da cidade de São Paulo.

Os critérios de exclusão foram pacientes com déficit cognitivo e com alterações psiquiátricas importantes e pacientes que realizaram reabilitação anterior.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de nossa Instituição e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dessa forma, a pesquisa foi aplicada no período de abril a agosto de 2011, respeitando a disponibilidade do paciente, individualmente, pelas pesquisadoras, em sala reservada.

Inicialmente, foi aplicado um questionário de caracterização da amostra para dados epidemiológicos sobre o paciente e a amputação.

Participaram desta pesquisa 31 pacientes, predominando o sexo masculino com 71%. A idade dos pacientes variou entre 43 e 80 anos, sendo a média de 62 anos. A maioria dos pacientes (58,1%) vivia com os(as) companheiros(as).

Em relação ao grau de escolaridade, 61,3% dos pacientes possuíam Ensino Fundamental Incompleto; 3,2% Ensino Fundamental Completo; 3,2% Ensino Médio Incompleto; 16,1% Ensino Médio Completo; 6,5% Ensino Superior e 9,7% eram Analfabetos. Quanto aos níveis de amputação dos pacientes, 41,9% apresentaram amputação Transfemorral, 38,7% Transtibial e 19,4% amputação bilateral.

Referente ao aspecto religioso, 61,3% dos pacientes era Católico; 29% Evangélicos; 6,5% disseram não ter Religião e 3,2% Israelita. Do total, 17% diziam-se praticantes e 12% não praticantes.

Dos pacientes participantes da pesquisa, 93,5% não trabalhavam e 6,5% trabalhavam, sendo que destes, 77,4% estavam aposentados.

Quanto à frequência com que os pacientes saíam socialmente, 33,3% saíam a cada três meses; 30% saíam semanalmente; 23,3% saíam uma vez por mês e 13,4% a cada quinze dias.

Do ponto de vista das Atividades de Vida Diária, 93,5% dos pacientes eram independen-

tes para o banho; 96,8% eram independentes para vestir-se; 83,9% independentes para locomoção dentro de casa; 38,7% independentes para locomoção fora de casa e 90,3% para transferências.

Com relação ao tempo de amputação, 3,23% dos pacientes sofreram a amputação num período menor de seis meses; 25,81% sofreram amputação em um período de sete a doze meses; 38,7% entre 13 e 24 meses; 6,45% entre 25 e 30 meses e 25,81% em um período de 31 a 36 meses.

Além do questionário da caracterização da amostra, foram aplicadas as escalas Beck de Ansiedade, Depressão e Desesperança, traduzidas e validadas para uso no Brasil.¹³

O Inventário de Ansiedade Beck (BAI) é uma escala de auto-relato, que mensura a intensidade de sintomas de ansiedade. É constituído por 21 itens, com afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de quatro pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e permite a classificação em níveis de intensidade da ansiedade. Considerando-se os escores de 0-10: ansiedade mínima; 11-19: ansiedade leve; 20-30: ansiedade moderada e 31-63: ansiedade grave.

O inventário de Depressão Beck (BDI) é uma escala de autorrelato contendo 21 itens, cada um com quatro alternativas que representam graus crescentes de gravidade da depressão com escores de 0 a 3. Os itens do BDI se referem à tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, autoaversão, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na autoimagem, dificuldade de trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas e perda da libido. O escore total é a soma dos escores individuais dos itens e permite a classificação de níveis de intensidade de depressão. Considerando-se os escores de 0-11: depressão mínima; 12-19: depressão leve; 20-35: depressão moderada e 36-63: depressão grave. Segundo Cunha¹³ escores acima de 18 dariam a triagem de uma possível depressão para a população geral.

A Escala de Desesperança Beck (BHS) é uma escala dicotômica que contém 20 itens sobre afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. Ao concordar ou discordar com cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo que seja possível "avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito

do futuro imediato e remoto".¹³ O escore total é o resultado da soma dos itens individuais. Pode variar de 0 a 20, que é a estimativa da extensão das expectativas negativas frente ao futuro que pode ser fragmentado em níveis. Os escores de 0-3 caracterizam nível mínimo de desesperança; 4-8: leve; 9-14: moderado e acima de 14: desesperança grave

RESULTADOS

Foram encontrados 8 casos de Depressão Leve, 4 casos de Depressão Moderada e 3 casos de Depressão Severa, sendo que destes, sete foram classificados com Depressão de acordo com a nota de corte (18) do manual da escala. Além disso, foram encontrados 8 casos de Ansiedade Leve, 1 caso de Ansiedade Moderada e 2 casos de Ansiedade Grave. Na escala BHS, os resultados apontaram para 5 casos de Desesperança Leve, 3 casos de Desesperança Moderada e 1 caso de Desesperança Grave.

Os resultados obtidos para ansiedade (BAI) mostram que 64,51% dos participantes apresentaram classificação de ansiedade mínima, 25,81% ansiedade leve, 3,23% moderada e 6,45% grave (Figura 1).

Quanto à depressão, obteve-se que 51,61% dos pacientes apresentaram classificação mínima para depressão, sendo 22,58% para leve, 16,13% para moderada e 9,68% para grave (Figura 2).

Os resultados da escala de desesperança foram: 70,97% dos pacientes apresentaram escore mínimo para desesperança, 16,13% leve, 9,68% moderada e 3,22% desesperança grave (Figura 3).

A partir dos resultados obtidos com a aplicação das escalas Beck, observou-se que a maioria dos pacientes apresentou classificação mínima para ansiedade, depressão e desesperança.

Devido ao tamanho reduzido de nossa amostra, realizamos o teste não-paramétrico Mann-Whitney para verificar se haveria diferença na pontuação dos participantes nas diferentes escalas de Beck. De acordo com Siegel & Castellan¹⁴ o Mann-Whitney é um teste equivalente ao teste T, que é usado para verificar se duas amostras independentes são diferentes no que diz respeito a variáveis nominais. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes.

Foi realizada a correlação entre os resultados obtidos nas escalas e os dados do questionário de caracterização da amostra, sendo possível verificar alguns resultados estatisticamente significantes.

Comparamos os resultados das três escalas de Beck com o estado civil dos participantes (com e sem companheiro). Encontrou-se

diferença entre os dois grupos na BDI ($p = 0,03$) e na BAI ($p = 0,01$). Nos dois casos, o ranking médio dos participantes que tinham companheiro era menor do que a dos que não tinham (13,08 contra 20,04 para BDI e 12,44 contra 20,92 para BAI). Portanto, os pacientes que tinham companheiro apresentaram menores níveis de Ansiedade e Depressão.

Para verificar se havia relação entre as Escalas Beck e o aspecto social dos participantes (frequência com que saíam), foi aplicado o teste não-paramétrico Kruskal Wallis, utilizado para comparar variáveis numéricas em mais de dois grupos independentes, sendo equivalente ao teste paramétrico ANOVA. Nesse caso, observou-se uma tendência a diferença na resposta de BDI das pessoas que declararam sair semanalmente, em relação as que saíam com menor frequência, sendo que os participantes que saíam semanalmente tiveram ranking médio menor do que o de seus pares (9,00 contra 20 para os que saíam a cada 15 dias, 18,43 para os que saíam uma vez por mês e 17,50 para os que saíam a cada três meses), o que indica que sua pontuação na BDI foi menor.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar índices de ansiedade, depressão e desesperança em pacientes com amputações de membros inferiores ao chegarem a um centro de reabilitação. Com o resultado da aplicação dos instrumentos, verificamos que a maioria dos participantes apresentou classificação mínima tanto para ansiedade quanto para depressão e desesperança.

Rybarczyk et al.¹⁵ sugerem diversas respostas psicológicas positivas associadas à experiência da amputação. Alguns pacientes veem na amputação uma luz mais positiva como a oportunidade para o amadurecimento psicológico.

Verificamos que os pacientes que tinham companheiro apresentaram menores níveis de Ansiedade e Depressão e que havia uma tendência a diferença na resposta de BDI das pessoas que declararam sair semanalmente, em relação as que saíam com menor frequência. Para os outros resultados, não houve diferença estatisticamente significativa.

Para Desmond & MacLachlan¹⁶ há uma considerável variação na dinâmica psicossocial de indivíduos amputados. Muitos se adaptam bem, especialmente quando se sentem amparados por uma rede social acolhedora.

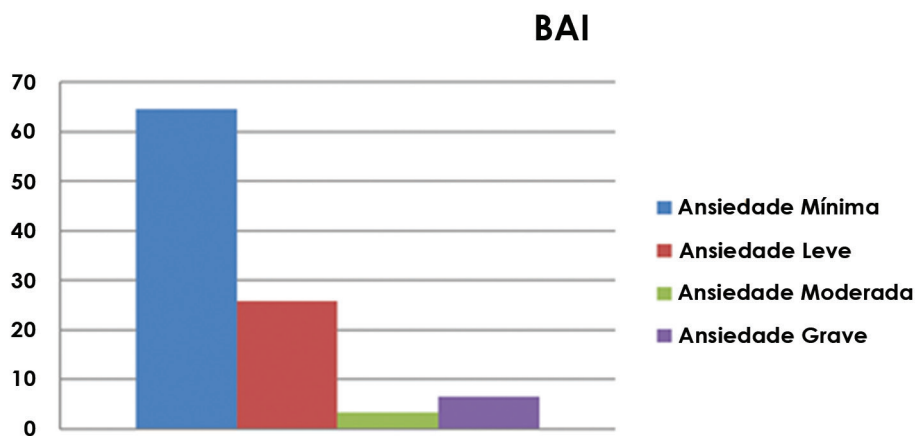


Figura 1. Níveis de ansiedade entre os amputados

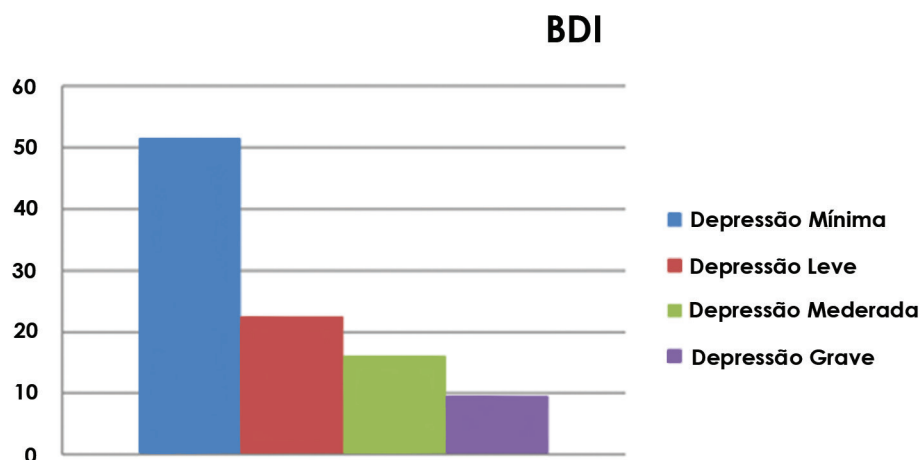


Figura 2. Níveis de depressão entre os amputados

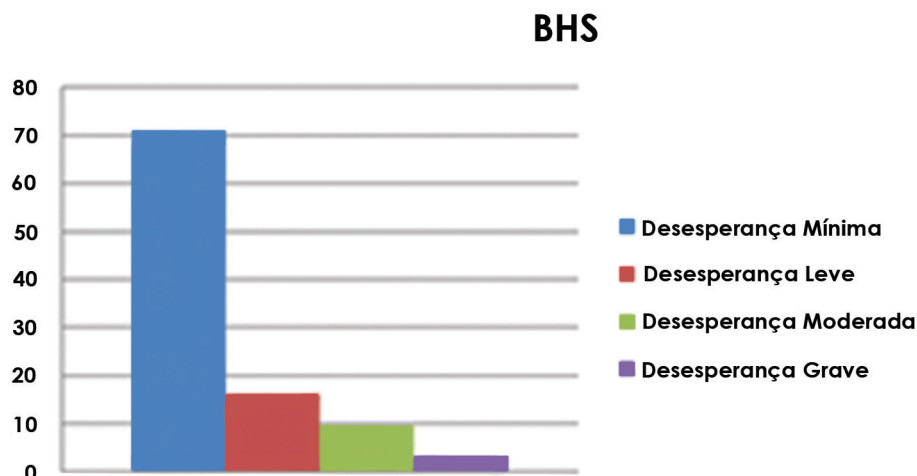


Figura 3. Níveis de desesperança entre os amputados

De acordo com os resultados obtidos com as Escalas Beck, com a experiência e observação da dinâmica dos pacientes durante a aplicação da pesquisa e durante o acompanhamento destes na Instituição, observamos que os pacientes podem ter desenvolvido mecanismos de defesa após a amputação.

Segundo Oliveira¹⁷ a tomada de consciência da amputação torna-se mais real à medida que o paciente se mostra mais ativo. Geralmente, esta etapa corresponde ao ingresso num centro de reabilitação. Através da realização de diversas tarefas, o paciente irá reencontrar-se, confrontando-se com a sua imagem. Tal confrontação, por vezes insustentável, desencadeia uma angústia generalizada, que pode mobilizar diferentes mecanismos de defesa e o mais comum é o processo de negação da realidade. Porém, esta negação não diz respeito à perda, mas sim aos diferentes efeitos negativos resultantes. Assim, se torna possível distanciar-se emocionalmente do sofrimento desencadeado pela perda, atuando e falando como se tratasse de uma banalidade.

Alguns pacientes evitam falar sobre o tema, ou racionalizam e não verbalizam quaisquer sentimentos relacionados ao diagnóstico ou a amputação.⁶

Pode-se pensar também que o paciente tenha utilizado recursos internos de enfrentamento, uma vez que muitos pacientes chegaram ao centro de reabilitação após muito tempo de amputação. Fato que vai de encontro ao estudo de Matheus & Pinho.¹⁸ Segundo os autores, logo após a amputação, o paciente sente-se envergonhado por não poder esconder o membro amputado, seu corpo está diferente, contribuindo para o comprometimento de sua autoimagem e autoestima. Com o passar do tempo, este utiliza recursos internos de enfrentamento, adaptando-se à nova vida e desenvolvendo habilidades para dominar seu corpo. À medida que desenvolve novas habilidades, o paciente se sente mais independente e confiante, fortalecendo sentimentos de autosuficiência e autoestima. Na busca de retomar sua vida e sua autonomia, o paciente busca uma forma de ser útil e de se realizar, encarando sua nova condição não como algo excepcional, mas como uma forma de vida.

Alguns pacientes também relataram o alívio da dor como consequência da amputação. Nestes casos, a perda do membro parece ter uma ressonância menos negativa e estar associada com a cessação da dor.⁶

O alívio da dor expressa a possibilidade de levar uma vida normal, mesmo que diferente da que o paciente tinha antes da amputação. Agora, depende dele a necessidade de se

adaptar e de conviver com a sua nova condição. A autonomia, até para escolher seu processo de adaptação, agora pertence a ele.¹⁸

Durante a coleta de dados, foi possível perceber que pela baixa escolaridade da população estudada, os pacientes apresentavam muitas dificuldades em ler e compreender as escalas Beck.

A partir dos resultados obtidos com a comparação entre as escalas Beck e o estado civil dos pacientes, uma hipótese levantada pelas pesquisadoras para explicar tal resultado, seria a rede de apoio social e familiar. A rede social também teria influenciado no resultado da comparação entre a BDI e a frequência com que os pacientes saíam socialmente.

O apoio social refere-se a um sistema de relações formais e informais pelo qual os indivíduos recebem ajuda emocional, material e/ou de informação para enfrentarem situações geradoras de tensão, sendo um processo recíproco que gera efeitos positivos tanto para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas. Desse processo se aprende que as pessoas necessitam umas das outras.²

Segundo Matheus & Pinho¹⁸ com o passar dos dias após a amputação, tendo a companhia principalmente das pessoas que lhe são significativas, o paciente vai retomando sua dignidade. Assim, sendo fortalecido também pela rede social, desenvolve sua capacidade de enfrentamento e passa a ser mais eficiente para lidar com seus desafios.

Pesquisas desenvolvidas por Lamber indicam que o suporte social poderá influenciar os níveis/estados de saúde dos sujeitos providenciando preocupação diretamente ao indivíduo, aconselhando-o ou apoiando-o nas suas dificuldades para buscar atenção e cuidado médico apropriado, fornecendo modelos de identificação comportamentais em relação a atitudes saudáveis (alimentação, medicação e outros), encorajando-o simultaneamente a evitar os comportamentos de risco, e promovendo interações psicossociais.¹⁷

Sendo assim, o bem estar de pessoas amputadas também está relacionado com o suporte social, verificando que a rede de relações pode favorecer a manutenção da saúde

mental. Para as pessoas que passam por um processo de amputação o apoio social torna-se mais importante, uma vez que o paciente tem a sensação de controle sobre sua própria vida à medida que se sente amparado e amado.¹⁹

Seria importante que esta pesquisa fosse realizada em dois momentos: quando o paciente chega à Instituição e posteriormente, quando o paciente já está em processo de reabilitação. Em razão da escassez de tempo disponível para a coleta de dados, sugerimos que seja dada continuidade ao estudo para verificar se há alteração dos aspectos emocionais dos pacientes.

O papel da psicologia é imprescindível, à medida que identifica se os pacientes apresentam aspectos de negação da sua condição atual, acolhendo e oferecendo suporte para familiares e pacientes, para que haja ajuste à nova condição, quanto auxilia no direcionamento da atuação do terapeuta na reabilitação destes pacientes e para aqueles que apresentarem níveis mais elevados de ansiedade, depressão ou desesperança, possam ser encaminhados para avaliação psiquiátrica.

CONCLUSÃO

Os pacientes que sofreram amputação de membros inferiores apresentaram boas estratégias de enfrentamento ou estão em processo de negação de sua condição atual, ou ainda aliviados pela melhora do quadro algíco.

REFERÊNCIAS

- Silva CAG, Masiero D, Chamlian TR. Qualidade de vida em amputados de membros inferiores. *Med Reabil.* 2008;27(1):11-4.
- Gabarra LM, Crepaldi MA. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Rev Aletheia.* 2009;30:59-72.
- Paiva LL, Goellner SV. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface (Botucatu).* 2008;(12):26:485-97. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300003>
- Ramos ACR, Mendonça AB, Okamoto AM, Ingham SJM. Amputações. In: Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. *Medicina e reabilitação: princípios e práticas.* São Paulo: Artes Médicas; 2007. p. 207-29.
- Lima CL, Leão MLS. Alteração da imagem corporal percebida por pacientes diabéticos amputados: uma revisão da literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. Recife: Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste; 2004.
- Senra H, Oliveira AA, Leal I, Vieira C. Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2012;26(2):180-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215511410731>
- Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S. *Introdução à psicologia de Hilgard.* Porto Alegre: ArtMed; 2002.
- Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol Estud.* 2006;11(2):351-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>
- Braga CG, Cruz DALM. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(3):350-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300014>
- Silva EDS, Padilha MI, Rodrigues ILA, Vasconcelos EV, Santos LMS, Souza RF, et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(3):404-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000300009>
- Galván GB, Amiralian MLTM. Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Est Psicol.* 2009;26(3):391-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300012>
- Atherton R, Robertson N. Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disabil Rehabil.* 2006;28(19):1201-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09638280600551674>
- Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Siegel S, Castellan NJJ. *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento.* Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Rybarczyk BD, Szymanski L, Nicholas JJ. Limb amputation. In: Frank RG, Elliott T. *Handbook of rehabilitation psychology.* Washington: American Psychological Association; 2000.p.29-47.
- Desmond DM, MacLachlan M. Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Soc Sci Med.* 2006;62(1):208-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.011>
- Oliveira RA. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicol.* 2000;4(XVIII):437-53.
- Matheus MCC, Pinho FS. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(1):49-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000100008>
- Resende MC, Cunha CPB, Silva AP, Souza SJ. Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Cien Cogn.* 2007;10(4):164-77.