

Relato de experiência de Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo com pacientes amputados.

An Experience Report of a Cognitive – Behavioral Therapy in a group of amputated patients.

Aline Henriques Reis

Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Psicologia Aplicada e Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Cognitivo-Comportamental pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Assis Gurgacz. Tesoureira da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC (Gestão 2011-2013).

Joice Amanda Schwab

Psicóloga pela Faculdade Assis Gurgacz.

Carmem Beatriz Neufeld

Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental – LaPICC, Professor Doutor do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC (Gestão 2011-2013/ 2013-2015).

RESUMO

A reabilitação de clientes amputados busca reintegrá-los à sociedade, permitindo-lhes reassumir atividades diárias e profissionais, melhorando a qualidade de vida. Objetiva-se relatar dois grupos de apoio em terapia cognitivo-comportamental com clientes amputados conduzidos por estagiários de psicologia sob supervisão, acompanhados por equipe multiprofissional durante reabilitação e recebimento da prótese em um centro de reabilitação de uma faculdade particular. Grupo 1: 12 clientes (7 homens, 5 mulheres), idade média

✉ alinehreis@gmail.com

Nota: Trabalho originado de experiência de estágio de graduação em psicologia. Agradecemos aos discentes: Tânia Mara Busetto, Dartagnan Flexa Quadros, Samantha Rech de Araújo, Sabrina Tussi, Emídio Picoli e Deise de Azevedo Ajala, pela cooperação na condução das sessões, e à psicóloga, técnica do Centro de Reabilitação, Carina Goretti Schmitt Welter pelo acompanhamento em alguns dos encontros dos grupos. Nota: Trabalho originado de experiência de estágio de graduação em psicologia. Agradecemos aos discentes: Tânia Mara Busetto, Dartagnan Flexa Quadros, Samantha Rech de Araújo, Sabrina Tussi, Emídio Picoli e Deise de Azevedo Ajala, pela cooperação na condução das sessões, e à psicóloga, técnica do Centro de Reabilitação, Carina Goretti Schmitt Welter pelo acompanhamento em alguns dos encontros dos grupos.

54 anos (DP=8). Grupo 2: 8 clientes (5 homens, 3 mulheres), idade média 44 anos (DP=15). Realizaram-se 16 encontros com cada grupo com frequência semanal. Temas abordados: dores fantasmas, autoimagem, treino em resolução de problemas, recebimento da prótese, apoio social, identificação e avaliação de pensamentos automáticos que interferiam negativamente na adesão ao tratamento, cartão de enfrentamento e autoeficácia. Os clientes mostraram-se mais participativos, envolvidos nas atividades das sessões e tarefas de casa, mais conscientes das dificuldades e proativos à colocação da prótese.

Palavras-Chave: Psicoterapia de Grupo; Amputados; Terapia Cognitivo-comportamental

ABSTRACT

The rehabilitation of amputated clients seeks to reintegrate them into society, allowing them to resume daily and professional activities, improving their quality of life. The objective is to report two support cognitive-behavioral therapy groups with amputated clients conducted by psychology trainees under supervision, accompanied by the multidisciplinary rehabilitation team and receiving the prosthesis in a rehabilitation center of a private college. Group 1: 12 clients (7 men, 5 women), mean age 54 years (SD = 8). Group 2: 8 clients (5 men, 3 women), mean age was 44 years (SD = 15). 16 meetings were held with each group weekly. Topics covered: phantom pain, self-image, training in problem solving, receiving the prosthesis, social support, identifying and evaluating automatic thoughts that interfered negatively with treatment adherence, self-efficacy and coping card. Clients were more participative in the activities, more involved in the sessions and homework, more aware of the difficulties and more proactive in the prosthesis placement.

Keywords: Group psychotherapy; Amputated; Cognitive Behavioral Therapy

(Agne, Cassol, Bataglion & Ferreira, 2004).

INTRODUÇÃO

A amputação significa a retirada da extremidade de um membro, através de cirurgias ou acidentes, e tem como função controlar a dor ou a doença do membro afetado. As causas mais frequentes para a amputação de membros são acidentes, doenças vasculares e diabetes. Fatores de risco que podem influenciar nos procedimentos cirúrgicos para a amputação, favorecendo doenças vasculares, incluem idade avançada, tabagismo, diabetes e hipertensão

De acordo com Thomaz e Herdy (1997), a idade média dos brasileiros amputados é de 63,3 anos, e a incidência é predominante no sexo masculino. As amputações transfemorais são em torno de 65,76% e transtibiais 34,24%. Segundo Rotter, Robles, Fuentes e Carbonell (2008), entre as amputações traumáticas, salientam-se aquelas decorrentes de acidentes de trânsito e de trabalho. Concernente aos acidentes de trabalho, destacam-se amputações dos membros superiores (dedos, mão e braço).

Acredita-se que o acréscimo na expectativa de vida, aumente a incidência de doenças vasculares e dia-

betes e, conseqüentemente, ocorra um crescimento de amputações. Segundo Pell, Fowkes, Ruckley, Clarke, Kendrick, & Boyd (1994), entre os anos de 1981 e 1990, houve uma ampliação no número de amputações com um posterior declínio. Um estudo feito na cidade do Rio de Janeiro entre os anos de 1990 e 2000 encontrou um acréscimo em todos os tipos de amputação, destacando-se a amputação primária de membros inferiores (Spichler, Miranda Jr., Spichler & Franco, 2004).

Conforme Pastre, Salioni, Oliveira, Micheletto e Netto (2005), algumas complicações podem aparecer no período após a amputação, entre elas a dor fantasma que é definida como aquela referente à sensação de dor no membro que foi amputado. A dor fantasma pode ser leve, moderada ou alcançar intensidade incapacitante e decorrer de fatores psicológicos e fisiológicos (Demidoff, Pacheco & Sholl-Franco, 2007). Essa dor responde à terapia física ou medicamentosa de forma satisfatória, sua duração varia de semanas a anos e está presente, em algum nível, em cerca de 80% dos clientes amputados (Ehde, Czerniecki, Smith, Campbell, Edwards, & Jensen 2000). A mesma pode ser desencadeada ou agravada por distúrbios emocionais ou aumentar a probabilidade de outros sintomas psicológicos como estresse e depressão (Sherman, Sherman & Bruno, 1987).

A autoimagem do indivíduo que sofreu amputação também é afetada. A imagem corporal é a figuração do corpo formada cognitivamente, ou seja, como o corpo se apresenta e como é percebido pelo indivíduo (Mataruna, 2004). De acordo com Benedetto, Forgione e Alves (2002), a deficiência física, independentemente de sua forma de manifestação, pode afetar a autoestima e a imagem corporal. Para uma adaptação satisfatória à nova condição, é necessário

que a pessoa que teve um membro amputado se aceite com a nova configuração corporal, ou seja, com a ausência de uma parte do corpo, reconhecendo sua perda física. Essa aceitação é importante para que o próprio indivíduo possa se relacionar melhor com as demais pessoas e lidar com suas novas limitações (Lima & Leão, 2004; Rosen, 1995). É imprescindível, portanto, a construção de três imagens corporais: a do corpo intacto, amputado e com a prótese (Benedetto et al., 2002).

A reabilitação espera reintegrar o cliente à sociedade, permitindo a retomada de atividades de vida diárias, com o uso da prótese. Não obstante, a expectativa do indivíduo amputado em relação à prótese é distinta, variando desde voltar a trabalhar, praticar esportes ou tornar-se independente, a locomover-se sozinho em casa ou em locais externos. Alcançar todos ou alguns desses objetivos requer do cliente esforço e empenho em cada etapa do tratamento, pois se trata de um processo longo e difícil (Silva & Queiroz, 2009).

O processo de protetização recebe intervenção diferenciada das equipes multidisciplinares na reabilitação de pessoas que fizeram a cirurgia de amputação de membro na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) (Jucá, Haddad, Travassos, Fobe, Lima, & Ferraretto, 1997). Segundo Benedetto et al. (2002), esse processo inicia com a aceitação da perda do membro, e posteriormente com a aceitação da ideia de utilização da prótese. O trabalho do psicólogo nesse processo visa manejar o impacto psicológico da perda do membro, lidar com as dificuldades emocionais decorrentes, facilitar aceitação da condição atual e ainda auxiliar na adaptação do sujeito, buscando a retomada de atividades de vida que deixaram de ser exercidas (Confalonieri, 1987; Dunn, 1996). Para tanto, o terapeuta pode trabalhar

com o cliente de forma individual ou em grupos.

O trabalho em grupos tem por característica principal o auxílio mútuo de indivíduos que possuem um mesmo problema, característica comum ou situação específica. O atendimento em grupo apresenta diversas vantagens, pois proporciona a vários clientes receberem auxílio e informações sobre seu problema/doença ao mesmo tempo e, ainda, a troca de experiências e a observação do desenvolvimento em suas diferentes formas adaptativas de lidar com o mesmo (Bieling, McCabe, & Antony, 2008; Ulman, 1996).

A abordagem teórica que subsidiou este trabalho foi a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que objetiva auxiliar o cliente na reflexão e experimentação sobre seus pensamentos, emoções, comportamentos, estados fisiológicos e situações de vida cotidiana. Além disso, a TCC busca também identificar crenças disfuncionais, no intuito de fortalecer o cliente para resolver seus problemas, testando possíveis soluções e ampliando enfrentamentos aos desafios no seu contexto de vida (Beck, 1997). Segundo Bieling et al. (2008), a compreensão de um processo grupal no modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) ocorre por meio dos seguintes fatores: os efeitos dos sintomas dos participantes do grupo nos demais; os efeitos recíprocos dos estilos de personalidade; os efeitos da melhora/piora de um membro do grupo nos outros; as formas de interação entre eles; a relação entre o terapeuta e o grupo; a relação entre os componentes do grupo; efeitos da evasão e das faltas no grupo; efeitos de variáveis individuais sobre o grupo (por exemplo, expectativas e satisfação com o tratamento, variáveis do cliente que predizem o desfecho, e adaptabilidade dele ao tratamento gru-

pal; mecanismos grupais de mudança: inspiração, inclusão, aprendizado grupal, remoção do foco de si mesmo, coesão grupal e processamento emocional no contexto grupal).

Como visto, são vários os problemas enfrentados pelos indivíduos que sofreram algum tipo de amputação, sendo também diversas as etapas pelas quais passam até conseguir utilizar adequadamente a prótese. Nesse sentido, este trabalho visa relatar a condução de dois grupos de apoio (Neufeld, 2011) com clientes amputados, realizados em um centro de reabilitação dentro de um serviço-escola de uma faculdade particular do interior do Paraná, embasado no referencial teórico da TCCG.

PARTICIPANTES

Os grupos foram compostos por pessoas que tiveram um membro do corpo amputado e recebiam acompanhamento por uma equipe multiprofissional ao longo do processo de reabilitação e protetização. Os grupos foram compostos por conveniência, considerando-se aquelas pessoas em processo de recebimento da prótese que se encontravam na clínica escola para tratamento multiprofissional no dia e horário do estágio. O grupo 1 foi composto por uma média de 12 clientes por encontro, 7 homens e 5 mulheres com idade média de 54 anos (DP=8). O grupo 2 contou com uma média de 8 clientes por sessão, sendo 5 homens e 3 mulheres, com idade média de 44 anos (DP=15). Este último contou com a participação de um adolescente de 14 anos, que foi acompanhado de sua mãe em praticamente todos os encontros. Da amostra total, 95% dos clientes tinha amputado uma das pernas, cerca de 60% eram diabéticos e amputados em fase pré-protética ainda em cadeiras de rodas ou uso de muletas.

PROCEDIMENTOS

O processo de intervenção, embasado em TCCG, foi composto de 2 grupos, cujas características correspondem a um grupo de apoio, conforme termo descrito por Neufeld (2011), realizados em sala apropriada, localizada em um serviço-escola, em um centro de reabilitação. O critério de participação no grupo era de que o cliente deveria estar em atendimento fisioterapêutico e em processo de protetização, havendo uma recomendação de que não ocorressem mais de três faltas intercaladas ou duas faltas consecutivas sem justificativa. Fazia parte dos critérios para participação no atendimento em grupo da psicologia o atendimento em pelo menos mais uma especialidade do centro de reabilitação, sendo que o mais comum era o acompanhamento nutricional. Os clientes eram convidados a participar, e não havia restrição de idade ou tipo de amputação. Foi solicitada aos participantes do grupo autorização por escrito para publicação dos dados desta intervenção, sendo-lhes assegurado o sigilo. Obteve-se consentimento e autorização de todos os participantes de ambos os grupos (no caso do participante adolescente, foi obtido consentimento tanto do cliente quanto de sua mãe).

O processo de protetização no referido serviço-escola envolvia, inicialmente, uma avaliação interdisciplinar realizada pelas seguintes especialidades: médico fisiatra, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e psicólogo. A partir desta primeira avaliação, os profissionais indicavam o acompanhamento necessário para cada cliente, em cada uma das especialidades. O acompanhamento fisioterapêutico era mantido até o final do processo de protetização. Após a avaliação inicial e os respectivos direcio-

namentos, o cliente era submetido à moldagem da prótese provisória que, mais tarde, era modificada na tentativa de adequar-se ao coto. Após todas as provas, finalmente era confeccionada a prótese definitiva e a sua utilização permanente era ainda, por um tempo, acompanhada pela fisioterapia, até que o processo de protetização chegasse ao fim.

No que tange à intervenção em TCCG, os grupos, de frequência semanal, foram conduzidos por estagiários de psicologia previamente treinados e supervisionados semanalmente pela mesma supervisora, que fornecia instruções semelhantes para ambos os grupos. O grupo 1 contou com três estagiários, e o grupo 2, com quatro estagiários. A duração dos encontros era de 40 minutos, em média. Os temas abordados nos encontros foram planejados antecipadamente, a partir da demanda de ambos os grupos, e com base na literatura em TCCG (Bieling et al., 2008). Foram realizados 16 encontros com cada um dos grupos e as temáticas e técnicas trabalhadas nos dois grupos foram idênticas. Apesar de existir um programa prévio para a intervenção em TCCG, este precisa ser adaptado à realidade de cada grupo. Serão apresentadas a seguir as experiências conduzidas em ambos os grupos.

No intuito de facilitar o entendimento da proposta de intervenção, os 16 encontros foram organizados em cinco fases de acordo com o foco das sessões. A seguir, serão descritas as principais intervenções em cada fase, de acordo com os seus respectivos objetivos.

Fase 1 (sessões 1 a 3): A fase 1 era composta das três primeiras sessões e tinha como objetivo estabelecer o vínculo entre os clientes e os terapeutas, identificar as demandas comuns aos grupos, levan-

tar expectativas sobre a protetização, verificar suporte afetivo e social, averiguar atribuição de causalidade à perda do membro amputado e possíveis distorções cognitivas. As atividades nesta fase, incluíram a construção da lista de problemas e metas (Beck, 1997), realizada por recorte e colagem de figuras que expressassem os problemas e atividades desprazerosas vivenciados pelos clientes, e imagens representando atividades prazerosas e metas para o trabalho com o grupo.

De modo a complementar a lista de problemas e metas, realizou-se também uma atividade na qual os clientes deveriam completar as frases: “Eu queria...” e “Eu sinto falta...”. Para identificar a rede de apoio social, desenhou-se em uma folha um círculo central, e outros círculos concêntricos, e cada participante deveria nomear as pessoas do círculo social, preenchendo de acordo com a proximidade dos vínculos (baseado em Heegaard, 1998). Dessa forma, obtiveram-se expectativas em relação ao trabalho em grupo, problemas cotidianos decorrentes da amputação, frustrações quanto à condição atual e déficits sociais.

Fase 2 (sessões 4 a 6): A fase 2 teve por objetivo: 1. identificar e promover a autopercepção de padrões típicos de comportamentos, psicoeducar sobre as leis do comportamento, e treinar empatia; 2. compartilhar e resolver problemas; e 3. fomentar a noção de universalidade e trabalhar a coesão do grupo. Para alcançar o primeiro objetivo da segunda fase da intervenção, empregou-se a técnica role-play (Beck, 1997), realizada pelos estagiários com o intuito de apresentar as diferentes reações que poderiam ser adotadas com a rede de apoio (ex.: como vítimas, tristes, lamuriosos, alegres, simpáticos, receptivos), promovendo afastamento ou aproximação das pes-

soas do convívio social. Os estagiários dramatizaram situações, nas quais o interlocutor queixava-se com frequência de dores, ou mostrava-se recorrentemente como vítima, e ainda circunstâncias nas quais o interlocutor era receptivo e alegre, promovendo interação social agradável. Questionou-se sobre ações que aproximam, afastam e mantêm a rede de apoio social, e consequências de cada forma de agir, e averiguou-se se os participantes se identificavam com algum dos comportamentos encenados. Encerrando este tema, trabalhou-se uma história na qual o personagem “Renato” realizou uma boa ação para uma senhora, que ao solicitar como poderia retribuir, obteve a resposta: “Se realmente quer me pagar, da próxima vez que encontrar alguém que precisa de ajuda, ajude da maneira que essa pessoa precisar e lembre-se de mim”. O objetivo era tirar o enfoque das limitações e evidenciar os benefícios de se mostrar prestativo.

Com vistas a treinar a resolução de problemas (Beck, 1997), foram elaborados três casos fictícios de pessoas que sofreram amputação, com base nas queixas dos próprios clientes, e estes foram incentivados a prover soluções para os problemas relatados. Para fomentar a noção de universalidade e problemas compartilhados, foram apresentados vídeos com relatos de pessoas amputadas que superaram obstáculos e possuem uma vida autônoma e de sucesso, e expuseram-se dados acerca da quantidade de pessoas com amputação de algum membro no Brasil. Levantaram-se possíveis razões para o sucesso ou o insucesso na vida de uma pessoa amputada, e discutiram-se as possibilidades de acesso à pessoa com alguma deficiência. No que tange a protetização, foi utilizada a técnica da linha do tempo. Em uma cartolina, foram indicados todos os passos e dificuldades do processo para receber

a prótese e adaptar-se a mesma, com base no relato de cada um dos clientes. Obteve-se uma representação gráfica de todo o processo, e cada cliente teve a oportunidade de identificar a sua posição na linha do tempo construída.

Fase 3 (sessões 7 a 12): A terceira fase destinou-se à identificação e flexibilização de pensamentos automáticos (PAs), distorcidos ou disfuncionais, ou seja, pensamentos negativos breves, que não possuem evidências na realidade, nem promovem sofrimento para o indivíduo.

Os PAs foram identificados por meio do gráfico da terapia (Beck, 1997), adaptado para o uso de próteses, no qual se identificaram os altos e baixos que o cliente atravessa no decorrer do tratamento para recebimento da prótese, verificando-se a percepção dos participantes quanto aos períodos de estagnação e retrocesso. A intervenção nessa etapa foi realizada por meio de descoberta guiada, isto é, a partir do direcionamento do terapeuta, o cliente identifica aspectos importantes de si mesmo, e raciocínio baseado em evidências, no qual se busca verificar os elementos que sustentam um pensamento e verificar se correspondem aos fatos. De modo a fornecer evidências contrárias aos PAs negativos, convidou-se um representante da agência do trabalhador para discorrer sobre vagas de emprego, e de que maneira as pessoas com deficiência podem ser inseridas no mercado de trabalho.

A partir dos resultados do questionamento socrático e das informações obtidas na palestra com o representante da agência do trabalhador, foram elaborados cartões de enfrentamento para o grupo, a fim de que quando fossem acometidos de PAs negativos, pudessem dispor de um apoio que os auxiliasse a

melhorar o humor e, como consequência, alterassem os comportamentos que dificultavam a implantação das mudanças em relação ao tratamento e à vida de uma maneira geral.

Outra meta dessa fase foi trabalhar a autoeficácia, salientar a importância da prática de atividade física e a adesão aos tratamentos dos diversos profissionais. Primeiro, avaliou-se a autoeficácia e adesão ao tratamento por meio da adaptação de uma escala, elaborada inicialmente para doenças cardíacas (Dela Coleta, 2003); depois se passou a palestras com os profissionais, fisioterapeuta e nutricionista, com o objetivo de tirar dúvidas sobre doenças que têm relação direta com a protetização (diabetes, úlcera e hipertensão), abordando sintomas, cuidados e tratamento, e sobre hábitos de vida mais saudáveis, fazendo uma relação entre os diferentes tratamentos aos quais os clientes estavam sendo submetidos. A principal técnica empregada nesse momento da intervenção foi a psicoeducação.

Esta fase foi finalizada com a psicoeducação sobre as dores fantasmas. Explicaram-se as conexões neurais entre cérebro, medula e membro amputado com o uso de um cartaz contendo o desenho do corpo humano. Os estagiários citaram ainda a possibilidade de tratamento com medicação específica prescrita pelo médico.

Fase 4 (sessões 13 e 14): A quarta fase objetivou promover a aceitação da perda do membro amputado, intervir na autoestima, autocuidado e imagem corporal e instaurar esperança. O trabalho com a autoimagem foi dividido em dois encontros. Conforme Benedetto et al. (2002), é necessário que o cliente possua três imagens corporais de si: a do corpo intacto, do corpo amputado e do corpo com

a prótese. Para trabalhar esta ideia, solicitou-se aos participantes que trouxessem uma foto antes e depois da amputação.

No intuito de intervir na autoimagem e na autoestima, foram trazidos itens de beleza, como pentes, escovas, secadores de cabelo, pranchas de alisamento, maquiagem, lixas de unha, gel para o cabelo e perfume. O encontro se iniciou com a abertura do “Salão de beleza da Psicologia”. Os clientes foram incentivados a utilizar os materiais de beleza com o auxílio dos estagiários.

Fase 5 (sessões 15 e 16): A última fase envolveu a prevenção à recaída (Beck, 1997), avaliação e encerramento do grupo. Nesta fase, foram levantadas todas as aprendizagens que os clientes pudessem enumerar, as mudanças efetivas ocorridas em suas vidas ao longo da intervenção e as alternativas que os mesmos percebiam como viáveis para lidar com as dificuldades que poderiam enfrentar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os temas relatados pelos participantes no cartaz que indicava os problemas e na atividade “eu queria...” e “eu sinto falta...” envolveram: preconceito, vergonha, falta de apoio, dificuldade de locomoção, aceitação da autoimagem, impossibilidade de realizar tarefas desempenhadas antes da amputação, amizades desfeitas/afastamento em decorrência da amputação, falta de auxílio para atividades práticas, o sentimento de repulsa das outras pessoas para com eles, estrutura física da cidade (bairro) deficitária, a amputação como desqualificação para empregos. As seguintes falas ilustram alguns temas: “Eu queria poder andar novamente para poder ter minha vida social como tinha antes”. E “Eu sinto falta de po-

der passear, cozinhar para os amigos e ir à igreja”. As doenças associadas foram: diabetes seguido de úlcera, tabagismo e alcoolismo em potencial. Relatos dos participantes sobre a dificuldade em deixar a dependência: “Bebi e fumei por muitos anos em minha vida. Por mais de trinta anos. Depois que perdi a perna tive que escolher continuar com isso. Resolvi parar, para não piorar minha situação”; “Eu fumo desde que era novinho. Nunca parei, nem tenho vontade de parar. Todo mundo morre mesmo. Um dia eu vou morrer, se for o cigarro que vai me matar, fazer o quê, né?”.

Semelhantemente ao exposto por Ferreira (2005), os clientes apresentaram dificuldade em aceitar a amputação, o que gerou baixa autoestima, desânimo, diminuição do cuidado da saúde e da aparência e sentimento de incapacidade quanto a exercer tarefas ou atividades anteriormente realizadas com facilidade, o que pode ser observado na fala: “Fico a semana inteira socado dentro de casa, esperando a terça-feira. Daí eu venho pra cá e fico feliz” que indica retração social do participante. Ainda, houve tendência à postura de vítima e supervalorização da importância da prótese na mudança de vida.

A atividade destinada a identificar aspectos negativos da vida fez emergir a distorção cognitiva “visão em túnel” (Beck, 1997), mostrando uma perspectiva pessimista da atual condição e apoiando a mudança na qualidade de vida ao recebimento da prótese. Quanto aos materiais relacionados a eventos positivos e metas para o trabalho com o grupo, as figuras escolhidas envolviam pessoas reunidas, meios de transporte, e pessoas caminhando na praia; sobre esta, um participante relatou: “Seria bom poder ir pra praia, viajar. Eu viajava bastante antes de perder o braço”; e a figura de uma igreja. Segundo Cam-

buy, AmatuZZi e Antunes (2006), é comum recorrer ao auxílio religioso na busca por alento para os problemas, conforme relatado por uma participante: “Depois que aconteceu isso, me apeguei mais ainda a Deus”.

A atividade para averiguar a extensão da rede de apoio indicou que houve uma diminuição da rede de apoio dos clientes após a amputação, e que as pessoas que ainda compunham essa rede eram, em geral, os pais, cônjuges, filhos e netos, como visto no relato: “Depois que perdi o braço todo mundo começou a me tratar diferente, como uma alejada mesmo. São minhas fia que me ajudam quando tão em casa”. No que se refere à importância da rede de apoio social, Jensen, Ehde, Patterson, Czerniecki e Robinson (2002) ressaltam que a mesma exerce papel fundamental no ajuste do cliente e na adaptação à dor fantasma. Verificando as possíveis razões para o afastamento das pessoas, refletiu-se sobre as contribuições pessoais de cada participante para aproximar ou afastar as pessoas do convívio social. Essa fase inicial permitiu o levantamento das demandas comuns a serem trabalhadas nos encontros seguintes. Ao se constatar a queixa comum quanto ao afastamento em relação às pessoas da rede de apoio e os benefícios decorrentes da retomada de tais vínculos, decidiu-se por iniciar a intervenção enfocando esta meta.

A segunda fase da intervenção visou à diminuição do papel de vítima e a conscientização da necessidade de engajamento pessoal para mudanças. O role-play de interações sociais buscou apresentar de uma forma indireta possíveis comportamentos dos clientes que contribuíssem para o afastamento das pessoas, culminando em uma pobre rede de apoio social. A conclusão de ambos os grupos de

participantes foi a de que os comportamentos queixosos distanciavam o outro, pois as interações não estariam sendo reforçadoras, como aparece na fala: “ninguém gosta de ouvir, de ficar perto de uma pessoa que só reclama”. Posteriormente, refletiu-se sobre situações nas quais seria possível se colocar à disposição dos outros. Destacou-se o sentimento de bem-estar decorrente de se sentir útil e as consequências dessa ação para o meio. Os clientes foram encorajados a promover pequenas mudanças no cotidiano, praticando algumas das habilidades aprendidas no encontro. Ao término do encontro, verificou-se que os clientes compartilharam a mensagem com outras pessoas que aguardavam na sala de espera. A maioria dos integrantes realizou a tarefa ao longo da semana, e expôs a satisfação quanto a ser mais gentil com as pessoas, procurar amigos antigos e fazê-los uma visita, e trouxe, também, a resposta de contentamento das pessoas. Para aqueles que não realizaram a tarefa, questionou-se sobre as razões de não ter feito, sendo que estas indicavam preponderantemente a dificuldade de locomoção.

Segundo Liese e Franz (2005), a tarefa de casa, na TCC, tem como principal função reforçar o progresso alcançado pelo cliente fora da sessão. Deve ser formulada em conjunto entre terapeuta e cliente, denotando a responsabilização e comprometimento do próprio cliente com a realização da tarefa. Esse papel de sedimentar as aprendizagens obtidas na sessão a partir das atividades extra sessão foi claramente percebido pelos integrantes do grupo que, na maioria dos casos, se engajava na realização das tarefas de casa, e fortemente reforçado pelos terapeutas ao revisar a tarefa ao início de cada encontro, ouvir dos participantes sobre como foi a realização da tarefa e parabenizar o participante pelo empenho no processo de intervenção.

O treino e solução de problemas foram pensados devido à tendência por parte dos clientes a isentar-se da responsabilidade com relação à própria doença ou estado de saúde, o que foi indicado de forma semelhante por Regato e Assemar (2004). Os participantes deveriam propor soluções para os casos fictícios, e a discussão remeteria aos problemas dos próprios clientes. Tal intervenção não obteve o efeito desejado. Percebeu-se que os participantes de ambos os grupos mostraram-se calados e cabisbaixos durante a atividade, propondo poucas soluções efetivas. Hipotetiza-se que os clientes tenham se identificado diretamente com os casos e, por essa razão, não se engajaram na atividade. É possível que esta intervenção tenha ocorrido em um momento inoportuno do grupo, no qual o vínculo ainda não estivesse consolidado, ou a absorção das intervenções terapêuticas até o momento tenham sido insuficientes.

Finalmente, a elaboração da linha do tempo, os vídeos contando a história de outros indivíduos que sofreram amputação e o relato da quantidade de brasileiros amputados com vistas a trabalhar a universalidade apresentaram resultados satisfatórios. Falas como “A gente pode ver que ainda tem como fazer muita coisa, se eles conseguiram tanta coisa e também são amputados, a gente também pode conseguir caminhar com a prótese” e “A gente vê que não tá sozinho, quanta gente que vive assim como nós, com os mesmos problemas, e tá vivendo” demonstraram que o objetivo da intervenção foi alcançado. Em conformidade com a literatura sobre as vantagens que o trabalho em grupo proporciona (Comin & Santos, 2008; Oliveira, Medeiros, Brasil, Oliveira & Munari, 2008), essa atividade permitiu uma troca de informações acerca dos diferentes estágios do tratamento, bem como o apoio daqueles que já estavam em uma etapa mais avançada em re-

lação àqueles que estavam iniciando o processo.

A segunda fase endereçou-se ao treino de habilidades sociais com vistas à retomada da rede de apoio, à reflexão sobre os problemas pessoais e possíveis soluções e à troca de informações sobre as diferentes etapas do processo de protetização. Verificou-se maior disposição dos participantes em interagir socialmente e tornarem-se proativos na reaproximação das pessoas da rede de apoio. Dúvidas sobre o recebimento da prótese foram sanadas e participantes em estágio mais avançado do processo mostraram a importância da dedicação pessoal para um desfecho positivo na adaptação à prótese.

Na terceira fase, buscou-se flexibilizar pensamentos automáticos negativos distorcidos e/ou disfuncionais via questionamento socrático e provimento de informações que servissem como evidências contrárias a tais PAs. Também se objetivou fornecer informações sobre as doenças comórbidas e trabalhar a autoeficácia. Alguns dos PAs identificados a partir do gráfico de altos e baixos do processo de protetização foram: “Não vou mais fazer nada – tratamento”; “Eu não posso mais fazer o que eu fazia antes!” “É difícil!” “Ninguém vai me dar serviço!” “Vou desistir!”. Foram selecionados os PAs mais recorrentes e utilizada a técnica do Questionamento Socrático com o intuito de que os clientes pudessem chegar a uma resposta adaptativa. Em terapia, busca-se fazer a identificação do pensamento automático negativo e posteriormente avaliar sua utilidade ou validade, respondendo a ele de forma adaptativa, buscando mudanças positivas no afeto relacionado a esse pensamento (Beck, 1997).

O questionamento socrático é considerado uma das técnicas mais eficazes na intervenção em PAs dis-

funcionais. Segundo Miyazaki (2004), o questionamento ou diálogo socrático refere-se a questões que buscam evidências contrárias e a favor ao PA, verificando os efeitos e as possibilidades de modificação, levando o cliente a obter conclusões lógicas e perceber a disfuncionalidade em seu raciocínio.

Um exemplo de cartão elaborado a partir da reflexão do grupo foi: “Posso fazer muita coisa de que tenho vontade, apenas seguindo caminhos diferentes”. Questionou-se os participantes sobre quanto acreditavam nessa resposta adaptativa em uma escala que variava de 0 (não acredito nada) a 10 (acredito completamente, obtendo-se uma média de 8,5, o que indica uma forte crença na nova resposta adaptativa ilustrada no cartão de enfrentamento.

Para que um PA negativo tenha sua força diminuída, é importante ainda que o indivíduo tenha evidências concretas contrárias a ele. Nesse sentido, considerando os pensamentos “Ninguém vai me dar serviço!” e “Eu não posso mais fazer o que eu fazia antes!”, convidou-se um representante da agência do trabalhador. Os clientes trocaram experiências, entre eles e com o convidado, uma vez que este também era portador de deficiência física. Conforme Anache (1994), o mercado de trabalho para deficientes físicos acolhe as mais variadas formas de deficiência, havendo trabalho para cada um segundo suas capacidades. O autor ressalta que a aptidão da pessoa amputada para trabalhar está diretamente relacionada à autoestima dela.

Quanto à investigação da autoeficácia e adesão ao tratamento, investigaram-se os benefícios percebidos pelos clientes acerca de uma alimentação saudável (no caso dos diabéticos para evitar problemas na cicatrização de feridas no coto e outras possí-

veis amputações), em parar de fumar e/ou beber e de praticar exercícios físicos, bem como o quanto percebiam o tratamento como dispendioso, ou seja, quais as barreiras percebidas em aderir ao tratamento e o quanto eles se percebiam como capazes de manter e finalizar todas as etapas do processo terapêutico. Todos os participantes relataram adesão insatisfatória nos cuidados com alimentação, prática de atividade física fora do ambiente clínico e em parar de fumar e ingerir álcool, embora aferissem importância na aderência a tais práticas. Questionados sobre o impacto destas mudanças comportamentais no tratamento e recebimento da prótese, não souberam relatar.

A autoeficácia envolve crenças que as pessoas têm em sua capacidade de organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar determinados resultados. A expectativa de autoeficácia determina se o comportamento de enfrentamento será iniciado, quanto esforço será empreendido e por quanto tempo esse comportamento será mantido diante de obstáculos e experiências aversivas (Bandura, 1977).

Considerando os resultados da avaliação da autoeficácia, seguiram-se dois encontros com palestras com fisioterapeuta e nutricionista para pontuar quais mudanças são necessárias nos comportamentos diários e de que maneira essas mudanças alteram o curso do tratamento e antecipam o recebimento da prótese.

A profissional da fisioterapia passou informações sobre doenças que podem levar a (mais uma) amputação como a diabetes, cuidados a serem tomados pelos portadores da doença e sintomas prodrômicos. Disse também da importância do comprometimento e prática dos exercícios fisioterápicos para manutenção, restabelecimento da saúde e prevenção de

outros danos. A fisioterapeuta também passou exercícios simples que favorecem a circulação sanguínea e que podem ser feitos em casa.

A nutricionista forneceu informações sobre doenças que podem dificultar a cicatrização de ferimentos, decorrentes de má alimentação, taxas elevadas de glicose no sangue e de que maneira essas taxas podem ser controladas. Que tipo de alimentos produzem mais açúcar no sangue, quais são mais gordurosos e a diferenciação do colesterol bom e ruim e onde encontramos cada um. Os pacientes questionaram o fato de que em tempos passados ninguém tinha esses cuidados e tão pouco adoeciam por isso e a necessidade de tantos cuidados com a alimentação. A nutricionista relatou acerca das mudanças nos hábitos alimentares, o excesso de conservantes nos alimentos, a diminuição na prática de exercícios físicos e o aumento na expectativa de vida relacionando todos esses fatores às doenças que os pacientes apresentam.

Segundo Bieling et al. (2008), a psicoeducação, dentro da TCCG, está atrelada às estratégias de mudança. Embora os clientes tivessem consciência de suas doenças, não sabiam exatamente suas características, quais as causas e o tratamento. Os participantes mostraram-se atentos e participativos durante as explicações, tiraram dúvidas, trocaram receitas e pontuaram aprendizagens obtidas em outros contextos sobre o assunto. Conhecer os passos envolvidos no tratamento e saber a importância de cada um deles favorece uma maior adesão ao tratamento (Dewulf, Monteiro, Passos, Vieira & Troncon, 2006; Leite, Costa, Guse, Dorociali, Silveira, Teodorovicz, Martinatto, & Niclewicz, 2001) e, como consequência, os torna aptos mais rapidamente para receber a prótese.

A fase 3 se encerrou com a psicoeducação sobre dores fantasmas. Todos os participantes relataram ainda sentir ou já ter experimentado a dor fantasma. Esta é um fenômeno comumente encontrado em pessoas com amputações, aparecendo um tempo após a perda do membro e estando associada à aceitação da perda desse membro (Pucher, Kickingner & Frischenschlaener, 1999; Ticianeli & Barauna, 2002) e também a fatores fisiológicos (Teixeira, Imamura & Peña Calvimontes, 1999). Os mecanismos de ocorrência para a dor fantasma ainda não foram completamente esclarecidos, assim com a terapêutica para o problema ainda não é consensual existindo diversas opções de medicamentos para tratar o problema (para mais detalhes ver Teixeira, et al., 1999). Aqueles clientes que disseram ainda sentir a dor fantasma foram instruídos a relatar ao médico a intensidade e a frequência da dor, de modo a verificar com o profissional a necessidade do uso de medicação.

O início da quarta fase ocorreu com a intervenção na autoimagem do corpo intacto. Para tanto, solicitou-se que os clientes trouxessem fotos antes e depois da amputação e foram incentivados a expressar as mudanças que ocorreram entre os períodos pré e pós-amputação. Os homens, em sua maioria, disseram que continuavam mantendo o mesmo estilo de se vestir. Por sua vez, as mulheres relataram anteriormente o uso de roupas que mostravam partes das pernas e maior autocuidado com a aparência o que deixou de ocorrer após a amputação. Verificou-se a difícil aceitação da condição atual e uma mudança negativa no cuidado com a aparência, em especial por parte das mulheres. Um participante relatou que só aceitou a perda da perna quando a enterrou em um cemitério.

Conforme Chini (2005), é comum em indivíduos amputados a perda da autoestima, sentimentos de

preocupação e inferioridade devido à dependência para cuidados e realização de tarefas cotidianas. A protetização é indicada muitas vezes como principal fator de mudança no quadro de baixa autoestima, devolvendo a autonomia em diversas situações e ampliando possibilidades de tarefas e atividades que o cliente amputado poderá voltar a desempenhar.

Com vistas a modificar o descuido com a autoimagem, realizou-se o “Salão de beleza da Psicologia”, no qual os estagiários procederam a maquiagens, perfume e cuidados com os cabelos dos participantes. Uma participante relatou: “Agora eu tô me sentindo como eu era antes da amputação, com um pouco mais de vontade de me cuidar, de ficar bonita”. Outra complementou: “Eu achava que não valia mais a pena me cuidar” As expressões faciais mudaram no início e ao término da “sessão de embelezamento” indicando gratidão e satisfação pelos cuidados dispensados. Para fechar o tema, discutiu-se sobre o autocuidado e o efeito do mesmo sobre a autoestima. A baixa autoestima está relacionada a um autoconceito negativo, sendo, portanto, necessário abordar na intervenção questões estéticas e de aparência, dados que também interferem sobremaneira na adesão e recuperação do cliente amputado (Bittencourt, 2006).

A fase 5 destinou-se à prevenção de recaída e a retomar as intervenções realizadas. Averiguou-se com os pacientes as recordações sobre os temas trabalhados e, em seguida, expôs-se aos pacientes uma apresentação de slides com a retrospectiva de todos os encontros, mostrando os temas abordados, problemas levantados e como estes foram resolvidos. Depois foi solicitado aos pacientes que compartilhassem com o grupo como se sentiam diante das

sessões feitas e quais os momentos dos encontros foram mais marcantes para cada um.

Os participantes elencaram os seguintes temas que se recordaram do trabalho: nutrição (medida e consumo); fisioterapia; rede de apoio; cuidados que devem ter com o tratamento; altos e baixos do pensamento durante o tratamento; cartão de enfrentamento; amigos: buscá-los, trazê-los para perto; ajudá-los, visitá-los; confiar nas pessoas, ajudar os outros – mensagem Renato; mudanças que ocorreram na vida em decorrência do tratamento; motivação e força adquiridas; possibilidade de fazer muitas coisas que não faziam antes; aprendizados e toda ajuda prestada pelo grupo e estagiários; apego aos demais pacientes e aos estagiários; saudade que o grupo e os estagiários deixarão.

Os clientes relataram mudanças clinicamente significativas na forma de se relacionar com os outros e consigo mesmos, como “no começo não queria mais nada, era só ficar na espera, acomodado, quando iniciei aqui não tinha muitas esperanças em achar uma prótese. Perdi a minha perna devido o capotamento do meu carro, encontrei nova vida nos nossos encontros, vocês são profissionais que merecem agradecimento”; “Foi uma orientação, antes ficava desanimada com nossos encontros, mas depois gostei muito, agora tenho força de vontade”; “Vou levar a amizade que consegui e os ensinamentos”; “Aprendi bastante coisas, aqui esqueci dos meus problemas”; “Tenho a esperança de conseguir a prótese, pois vi que alguns já conseguiram, aproveitei e gostei bastante”; “Esqueci os problemas quando estava aqui, adquiri uma amizade muito grande entre os pacientes”; “consegui diminuir o cigarro”; “sinto muita falta de meu trabalho de vinte anos de carreiro, que muitas pessoas após ter um membro

amputado para a vida, mas aprendi e segui minha vida como é, não pode parar. 01 ano e 4 meses sem o membro – se aceita como é, as lembranças sempre estão presentes, mas não pode pensar assim tem que continuar, ter opinião, ser forte, aceitar ajuda e deixar o orgulho de lado e ter opinião”; “tenho a esperança de conseguir a prótese, pois vi que alguns já conseguiram, aproveitei e gostei bastante”. Falas como essas sugerem o efeito positivo da intervenção sobre os participantes dos grupos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perder parte de um membro é uma experiência difícil e que acarreta diversas mudanças na vida de uma pessoa. Entre essas mudanças, estão a visão que ela tem de si, a crença que ela tem na capacidade de superar as dificuldades advindas da amputação e a maneira como lida consigo e com as outras pessoas. Nesse sentido, a adoção do papel de vítima e, conseqüentemente, o isolamento e a baixa da autoestima parecem ser estratégias comumente apresentadas em situações como essas. O desafio passa a ser aceitar a nova condição de vida e a superar os obstáculos a partir da conquista da autonomia. Isso se torna possível a partir da aquisição de uma prótese. Todavia, a maioria dos clientes desconhece o que é necessário para o uso da prótese e os esforços envolvidos após a sua colocação. São diversos passos, como: reeducação alimentar para perda de peso e para que novas amputações não ocorram, fortalecimento do coto por meio de fisioterapia, aceitação da amputação e da nova imagem corporal, adesão ao tratamento, tempo para adaptação e persistência para vencer todas as etapas. Assim, não é raro desistências ao longo do processo. Nesse sentido, a intervenção psicológica deve preparar o cliente para que se envolva no tratamento,

avaliar e modificar PAs distorcidos que interferem negativamente na adesão ao tratamento, os custos e benefícios da obtenção da prótese, a aceitação das próprias limitações bem como o reconhecimento das potencialidades. Além disso, trabalhar para que o cliente retome as atividades e as relações que deixou de lado devido à amputação, ampliando ou retomando a rede de apoio, assuma o papel de protagonista no tratamento e tenha metas de vida para as quais valha a pena o empenho no tratamento, diminuindo a desesperança.

Apesar dos resultados clínicos indicarem que a intervenção alcançou seus objetivos, uma das principais limitações do presente trabalho está na ausência de dados objetivos sobre o efeito da intervenção nos clientes dos grupos, em especial nas intervenções que empregaram a psicoeducação. Sugere-se que outros grupos semelhantes sejam formados e que protocolos de intervenção segundo a TCCG sejam desenvolvidos. Além disso, adverte-se para a importância de que medidas padronizadas sejam aplicadas antes e após a intervenção, no intuito de obter dados objetivos sobre os resultados obtidos a partir da intervenção. Salienta-se ainda estudos que verifiquem a eficácia de procedimentos específicos verificando quais deles são realmente eficazes.

REFERÊNCIAS

- Agne, J. E., Cassol, C. M., Bataglioni, D., & Ferreira, F. V. (2004). Identificação das causas da amputação de membros no hospital universitário de Santa Maria. *Saúde*, 30,1-2, 84-89.
- Anache, A. A. (1994). O deficiente e o mercado de trabalho: concessão ou conquista? *Revista Brasileira Educação Especial*, 2(4), 119-126.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Benedetto, K. M., Forgione, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Reintegração corporal em amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátrica*, *9*(2), 85-89.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bittencourt, R. S. (2006). *Amputação e estratégias defensivas*. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, Santa Catarina, Brasil.
- Cambuy, K., Amatuzzi, M. M., & Antunes, T. A. (2006). Psicologia clínica e experiências religiosas. *Revista Estudos da Religião*, *3*, 77-93.
- Chini, G. C. O. (2005). *A amputação sob uma perspectiva fenomenológica*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Comin, F. S., & Santos, M. A. (2008). Aprender a viver é o viver mesmo: o aprendizado a partir do outro em um grupo de pais candidatos a adoção. *Revista do Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares*, *2*(5), 101-219.
- Confalonieri, E. S. B. (1987). Um caso de atendimento psicológico numa complicação pós-comissurotomia mitral. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, *36*(3), 167-169.
- Dela Coleta, M. F. (2003). Escalas para Medida das Crenças em Saúde: Construção e Validação. *Avaliação Psicológica*, *2*(2), 2003, pp. 111-122.
- Demidoff, A. O., Pacheco, F. G., & Sholl-Franco, A. (2007). Membro fantasma: o que os olhos não veem, o cérebro sente. *Ciências & Cognição*, *12*(4), 234-239.
- Dewulf, N. L. S., Monteiro, R. A., Passos, A. D. G., Vieira, E. M., & Troncon, L. E. A. (2006). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, *42*(4), 575-584.
- Diogo, M. J. D. E. (2000). O papel da enfermagem na reabilitação do idoso. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, *8*(1), 75-81.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism and control. *Rehabilitation Psychology*, *41*(4), 285-302.
- Ehde, D. M., Czerniecki, J. M., Smith, D. G., Campbell, K. M., Edwards, W. T., Jensen, M. P. et al. (2000). Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. *Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*(8), 1039-1044.
- Ferreira, S. C. (2005). *Aspectos psicossociais da deficiência física adquirida (DFA): dependência/independência de pacientes amputados de extremidades inferiores*. Trabalho de conclusão do curso, Centro Universitário Luterano de Manaus, Manaus, Brasil.
- Jensen, M. P., Ehde, D. M., Patterson, D. R., Czerniecki, J. M., & Robinson, L. R. (2002). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain*, *95*(1), 133-142.
- Jucá, S. S. H., Haddad, S., Travassos, A. R., Fobe, J. L., Lima, J. R. P., & Ferraretto, J. (1997). A influência do uso de prótese sobre a evolução de cardiopatias isquêmica em amputados transfemorais. *Acta Fisiátrica*, *4*(3), 129-135.
- Leite, S. A. O., Costa, P. A. B., Guse, C., Dorociaki, J. G., Silveira, M. C., Teodorovicz, R., Martinatto, J. S., & Niclewicz, E. A. (2001). Enfoque multidisciplinar ao diabético: avaliação do impacto da "staged diabetes management" em um sis-

- tema de saúde privado. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia*, 45(5), 481-486.
- Liese, B. S., & Franz, R. A. (2005). Tratamentos dos transtornos por uso de substâncias com terapia cognitiva: lições aprendidas e implicações para o futuro. In: P. M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da Terapia Cognitivo-Comportamental* (pp. 407-436). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, C. L., & Leão, M. L. S. (2004). *Alteração da imagem corporal percebida por clientes diabéticos amputados: uma revisão da literatura*. Trabalho de conclusão de curso, Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar do Nordeste, Recife, Brasil.
- Mataruna, L. (2004). Imagem corporal: noções e definições. *Revista Digital*, 71, 10. Recuperado em 20 de fevereiro de 2011: <http://www.efdeportes.com/efd71/imagem.htm>
- Miyazaki, M. C. O. S. (2004). Diálogo Socrático. In: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Eds.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 311-313). São Paulo: Roca.
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In: B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (2ª ed.). (pp. 737 – 750). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, L. M. A. C., Medeiros, M., Brasil, V. V., Oliveira, P. M. C., & Munari, D. B. (2008). Use of therapeutic factors for the evaluation of results in support groups. *Acta Paulista Enfermagem*, 21(3), 432-438.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos Psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*, 22(4), 437-453.
- Pastre, C. M., Salioni, J. F., Oliveira, B. A. F., Micheletto, M., & Netto Jr, J. (2005). Fisioterapia e amputação transtibial. *Arquivo Ciência e Saúde*, 12(2), 120-124.
- Pell, J. P., Fowkes, F. G. R., Ruckley, C. V., Clarke, J., Kendrick, S., & Boyd, J. H. (1994). Declining incidence of amputation for arterial disease in Scotland. *European Journal of Vascular Surgery*, 8(5), 602-606.
- Pereira, C. S., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2009). Habilidades sociais de trabalhadores com e sem deficiência física. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 339-346.
- Pucher, I., Kicking, W., & Frischenschlager, O. (1999). Coping with amputation and phantom limb pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 379-383.
- Regato, V. C., & Assemar, E. M. L. (2004). A AIDS de nossos dias: quem é o responsável? *Estudos de Psicologia*, 9(1), 167-175.
- Rosen, J. C. (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2(1), 143-166.
- Rotter, P. K., Robles, K., Fuentes, M., & Carbonell, C. G. (2008). Amputados traumáticos de extremidad inferior pertenecientes al hospital del trabajador, ACHS II: aspectos psicosociales y dolor crónica. *Ciência e Trabalho*, 10(29), 95-99.
- Sherman, R. A., Sherman, C. J., & Bruno, G. M. (1987). Psychological factors influencing chronic phantom limb pain: an analysis of the literature. *Pain*, 28(3), 285-295.
- Silva, M. I., & Queiroz, L. S. (2009). *O que ensinar aos indivíduos amputados e por quê: o papel do enfermeiro no processo de reabilitação*. In Resumos de Comunicações Científicas, VI Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. Maringá, PR: Cesumar. Recuperado em 17 de fevereiro de 2011: http://www.cesumar.br/epcc2009/anais/maria_ivoneide_silva.pdf
- Spichler, D., Miranda Jr, F., Spichler, E. S., & Franco, L. J. (2004). Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro. *Jornal Vascular Brasileiro*, 3(2), 111-122.

- Thomaz, J. B., & Herdy, C. D. C. (1997). *Fundamentos de Cirurgia Vascular e Angiologia*. São Paulo: BYK.
- Teixeira, M. J., Imamura, M., & Peña Calvimontes, R.C. (1999). Dor fantasma e no coto de amputação. *Revista Médica de São Paulo*, 78 (2), 192-6. Recuperado em 24 de maio de 2013: <http://reocities.com/HotSprings/Villa/3787/rmdn192.html>
- Ticianeli, J. G., & Barauna, M. A. (2002). Teoria da neuromatrix: uma nova abordagem para o entendimento da dor fantasma. *Revista Fisioterapia Universidade de São Paulo*, 9(1), 17-22.
- Ulman, K. H. (1996). Psicoterapia de Grupo com os Fisicamente Enfermos. In: H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Compendio de psicoterapia de grupo* (pp. 382-390). Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em 6 de outubro de 2013
Encaminhado para revisão em 31 de julho de 2013
Aceito em 3 de outubro de 2013