

Desafios e experiências vividas por pessoas com amputação de membros inferiores: um estudo qualitativo

Challenges and Lived Experiences of People with Lower Limb Amputation: A Qualitative Study

Desafíos y experiencias vividas de personas con amputación de extremidades inferiores: un estudio cualitativo

Diana Fonseca Rodrigues^{a,b,c} 

António Luís Rodrigues Faria de Carvalho^{a,c} 

Cristina Maria Correia Barroso Pinto^{a,c} 

Como citar este artigo:

Rodrigues DF, Carvalho ALRF, Pinto CMCB. Desafios e experiências vividas por pessoas com amputação de membros inferiores: um estudo qualitativo. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240343. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240343.pt>

RESUMO

Objetivo: Compreender a experiência de pessoas com amputação major do membro inferior por etiologia vascular ao longo do processo de transição saúde/doença, com foco nas suas necessidades, desafios e percepções durante a transição do hospital para o domicílio, incluindo a preparação para a alta hospitalar e as estratégias que promovem o empoderamento no regresso à vida quotidiana.

Método: Estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 40 indivíduos com amputação maior de membros inferiores de causa vascular que residiam em seus domicílios. Os dados foram analisados por meio da metodologia de análise de conteúdo de Bardin, com o apoio do software ATLAS.ti.® O estudo foi realizado em Vila Nova de Gaia, Portugal, de 2022 a 2023.

Resultados: Emergiram cinco categorias: (1) necessidades/dificuldades dos amputados, (2) preparação para a alta, (3) retorno para casa, (4) estratégias de empoderamento para amputados e (5) impacto da amputação.

Conclusões finais: Os desafios enfrentados por indivíduos com amputação maior de membros inferiores de causa vascular ao retornarem para casa incluem limitações funcionais, comorbidades, barreiras físicas, emocionais e sociais, destacando a importância de cuidados centrados na pessoa e na família.

Descritores: Atividades cotidianas. Amputação. Pessoas com deficiência. Membro inferior. Autocuidado. Doenças vasculares.

ABSTRACT

Objective: To understand the experience of people with dysvascular major lower-limb amputation throughout the health/disease transition process, focusing on their needs, challenges, and perceptions during the hospital-to-home transition, including hospital discharge preparation and strategies that promote empowerment in their return to daily life.

Method: An exploratory study using a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 40 individuals with dysvascular major lower limb amputation living at home. Data were analyzed using Bardin's content analysis methodology, supported by ATLAS.ti.® software. The study was conducted in Vila Nova de Gaia, Portugal, from 2022 to 2023.

Results: Five categories emerged: (1) needs/difficulties of amputees, (2) discharge preparation, (3) returning home, (4) empowerment strategies for amputees, and (5) impact of amputation.

Final considerations: The challenges faced by individuals with dysvascular major lower limb amputation when returning home include functional limitations, comorbidities, physical, emotional, and social barriers, highlighting the importance of person-centered and family-centered care.

Descriptors: Activities of daily living. Amputation. Disabled person. Lower limb. Self-care. Vascular disease.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de personas con amputación mayor de miembro inferior de etiología disvascular a lo largo del proceso de transición salud/enfermedad, con énfasis en sus necesidades, desafíos y percepciones durante la transición del hospital al hogar, incluida la preparación para el alta hospitalaria y las estrategias que promueven el empoderamiento en su regreso a la vida diaria.

^a Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, RISE-Health, Porto, Portugal.

^b Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

^c Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

Método: Estudio exploratorio con enfoque cualitativo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 40 individuos con amputación maior de miembros inferiores de causa vascular que vivían en sus hogares. Los datos se analizaron mediante la metodología de análisis de contenido de Bardin, con el apoyo del software ATLAS.ti. © El estudio se llevó a cabo en Vila Nova de Gaia, Portugal, de 2022 a 2023.

Resultados: Surgieron cinco categorías: (1) necesidades y dificultades de los amputados, (2) preparación para el alta, (3) regreso a casa, (4) estrategias de empoderamiento para amputados y (5) impacto de la amputación.

Consideraciones finales: Los desafíos de personas con amputación mayor de miembros inferiores de causa vascular al regresar a casa incluyen limitaciones funcionales, comorbilidades, barreras físicas, emocionales y sociales, destacando la importancia de cuidados centrados en la persona y la familia.

Descriptores: Actividades cotidianas. Amputación. Persona con discapacidad. Miembro inferior. Autocuidado. Enfermedades vasculares.

INTRODUÇÃO

A amputação de membros inferiores (AMI) afeta profundamente indivíduos e suas famílias, frequentemente trazendo prejuízos funcionais, isolamento social, reduzindo a qualidade de vida e aumentando o risco de desemprego⁽¹⁾. As principais causas de AMI se associam a condições vasculares, especialmente a doença arterial periférica (DAP) e a diabetes, que frequentemente coexistem. Frequentemente a DAP é assintomática, com uma prevalência estimada de 10-20%⁽²⁾, associando-se com desafios significativos à saúde, incluindo a dor, limitações funcionais, maior risco de amputação, e maiores taxas de mortalidade⁽²⁾. A probabilidade de revascularização de membros inferiores é maior entre indivíduos com diabetes, que lidam com um alto risco de amputação devido à prevalência de DAP e neuropatias periféricas⁽³⁾.

Além disso, indivíduos submetidos à AMI por razões vascular estão sob um risco maior de declínio cognitivo⁽⁴⁾, e frequentemente enfrentam comorbidades múltiplas, como a hipertensão, dor fantasma e desconforto musculoesquelético, que comprometem ainda mais sua saúde e qualidade de vida⁽⁵⁾. Barreiras à atividade física após a amputação incluem desafios relacionados ao uso de próteses, medo de queda, e acesso limitado a recursos da comunidade⁽¹⁾, sendo obstáculos à reabilitação e participação social.

A situação laboral e a autoconfiança são fatores essenciais para a recuperação funcional, uma vez que indivíduos que não têm um emprego em tempo integral tendem a exibir mobilidade reduzida e menor participação em atividades diárias⁽⁷⁾. A efetividade da cirurgia de amputação associa-se fortemente ao uso de próteses; contudo, apenas 40% dos indivíduos que passaram por amputações de membros inferiores (AMI) importantes utilizam membros protéticos⁽⁴⁾. O desenvolvimento de intervenções para lidar com limitações físicas e fatores psicossociais modificáveis

pode melhorar os resultados apresentados por indivíduos em atividades físicas após AMI relacionada a causas vasculares⁽⁵⁾.

A amputação de membros inferiores por etiologia vascular afeta de maneira significativa a mobilidade de indivíduos, rotinas diárias, papéis sociais, e saúde mental⁽¹⁾. Um dos maiores desafios após uma AMI é a mobilidade independente limitada, que frequentemente leva a uma maior dependência e desafia o acesso ao emprego, educação, engajamento social, e o manejo de tarefas diárias⁽⁹⁾. O declínio na mobilidade funcional é um resultado comum, e vários amputados realizam atividades básicas como se banhar ou vestir de maneira mais lenta, ou adaptam o modo como tais tarefas são realizadas⁽⁸⁾. A perda de membros também gera barreiras substanciais à empregabilidade e ao engajamento em atividades significativas, que podem afetar negativamente o bem-estar geral. Além disso, indivíduos com AMI de etiologia vascular frequentemente lidam com resultados inferiores no uso de próteses⁽⁷⁾.

A perda da independência física após a amputação de membro inferior (AMI) compromete a capacidade do indivíduo de realizar atividades da vida diária (AVD) de maneira autônoma, afetando assim sua capacidade de autocuidado e aumentando sua dependência pelo apoio de outros. A Teoria do Autocuidado de Orem destaca o quanto é significativa a habilidade de um indivíduo de engajar no autocuidado como algo essencial para manter a saúde⁽¹⁰⁾. De acordo com a teoria do déficit de autocuidado de Orem, o déficit no autocuidado acontece quando os cuidados de que um indivíduo necessita são maiores que sua capacidade de fornecer cuidados independentemente⁽¹⁰⁾. Para indivíduos submetidos à amputação de membros inferiores (AMI), é essencial a adaptação aos desafios na realização de atividades da vida diária (AVD). Uma adaptação bem-sucedida exige a aquisição dos conhecimentos e habilidades necessários para realizar as AVD após a alta, facilitando assim uma transição suave para o ambiente doméstico e apoiando a reintegração na comunidade.

A adaptação à vida após a AMI apresenta desafios significativos, especialmente no que diz respeito à realização de AVD. Investigações anteriores indicam que indivíduos com AMI despendem mais energia e esforço físico durante AVD que indivíduos sem deficiência, o que afeta negativamente sua participação na comunidade e qualidade de vida em geral⁽¹¹⁾. O ajuste psicológico, especialmente o manejo da depressão e da ansiedade, tem um papel essencial nos resultados da reabilitação e no bem-estar geral dos pacientes com AMI⁽¹²⁾. Barreiras à participação social e comunitária incluem a inacessibilidade ambiental e limitações físicas, enquanto facilitadores chave incluem redes de apoio entre os pares, grupos comunitários, e uma postura pessoal positiva⁽¹³⁾.

Enfermeiros tem um papel central no desenvolvimento de estratégias e intervenções que empoderam indivíduos amputados, promovendo sua independência em atividades diárias. Por se engajarem ativamente em todas as etapas do processo de reabilitação multidimensional, enfermeiros frequentemente formam relacionamentos de longo termo com os pacientes e suas famílias, o que lhes dá uma perspectiva diferenciada sobre fatores pessoais e contextuais⁽¹⁴⁾. Suas contribuições são críticas para a melhoria da autonomia funcional dos pacientes, prevenindo danos, e advogando pela dignidade por meio da educação, o treinamento, a coordenação do cuidado, e o ativismo⁽¹⁵⁾. Não só isso, como enfermeiros são uma conexão vital entre pacientes e a equipe multidisciplinar, facilitando uma compreensão clara do processo de reabilitação e encorajando pacientes a exercer um papel ativo na definição e busca de seus objetivos de tratamento⁽¹⁶⁾.

Esse estudo, que é parte de um projeto de pesquisa de doutorado mais amplo, focado em cuidadores familiares de pessoas com amputações de membros inferiores por etiologia vascular busca compreender a experiência de indivíduos com amputações vasculares de membros inferiores por meio do processo de transição saúde/doença, concentrando-se em suas necessidades, desafios e percepções durante a transição do hospital para a casa, incluindo a preparação hospitalar para a alta, os processos de saúde e reintegração, e a identificação de estratégias para a promoção do empoderamento no retorno à vida diária.

Ao lidar com essas dimensões a partir da perspectiva dos próprios amputados, esse estudo contribui para aumentar os sistemas de suporte, (in)formando um planejamento da alta hospitalar e de intervenções

pós-alta. Finalmente, ele dá suporte ao desenvolvimento de programas e estratégias que promovem o empoderamento, a qualidade de vida, e o bem-estar para amputados e cuidadores familiares.

■ MÉTODO

Desenho do estudo

Esse estudo qualitativo e exploratório foi realizado na unidade de cirurgia vascular de um hospital no Norte de Portugal. A pesquisa seguiu padrões metodológicos rigorosos e atendeu às exigências do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Da mesma forma, esse estudo foi guiado por um objetivo claro e específico, e não por uma pergunta de pesquisa central. Essa abordagem foi escolhida por permitir uma maior flexibilidade na exploração do tópico, permitindo que os dados direcionassem a identificação de temas emergentes. Dada a natureza exploratória dessa investigação, a ausência de uma pergunta de pesquisa predeterminada permite uma abordagem irrestrita da coleta de dados e sua análise, garantindo que todas as dimensões relevantes do fenômeno são consideradas. Essa escolha metodológica não comprometeu o rigor do estudo, à medida que o objetivo definido deu uma forma estruturada para o foco da pesquisa. Os dados foram submetidos a uma análise temática baseada no arcabouço metodológico de Bardin⁽¹⁷⁾.

Participantes e recrutamento

Foram selecionados participantes com amputações de membros inferiores por etiologia vascular, que recebiam cuidado de seguimento em consultas hemodinâmicas para doença vascular na unidade cirúrgica de um hospital no Norte de Portugal. Os critérios de inclusão foram: (1) amputados com 18 anos ou mais; (2) que houvessem passado por uma amputação de membros inferiores por causas vasculares; (3) viviam em casa; (4) recebiam assistência de um cuidador familiar para realizar atividades da vida diária (AVD); (5) tinham capacidade cognitiva e de compreensão adequadas; e (6) haviam sido amputados há pelo menos seis meses. Os critérios de exclusão foram: (1) recusa da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; (2) independência em todas as AVD; (3) moradia em casas de repouso ou instituições.

Esse estudo exploratório e qualitativo foi conduzido como parte de um compêndio de publicações de uma tese, que também inclui um estudo quantitativo que analisou a dependência em indivíduos com amputação maior de membros inferiores (AMI) decorrente de doença arterial obstrutiva periférica (DAP). Esse estudo qualitativo busca explorar a experiência vivida por pacientes e suas necessidades de autocuidado percebidas, oferecendo uma compreensão mais profunda de seus desafios diários e estratégias de adaptação.

Sua amostragem foi guiada pelo princípio de saturação de dados, definido como o ponto no qual entrevistas adicionais não traziam novos dados, indicando uma profundidade adequada de compreensão. A coleta dos dados foi realizada entre maio de 2022 e junho de 2023 por um pesquisador independente da equipe da unidade, experiente e habilitado para realizar entrevistas qualitativas. Todos os participantes haviam assinado o termo de consentimento livre e esclarecido depois de completar a fase quantitativa do estudo. Incluíram-se 40 pacientes que viviam em ambientes domésticos, e entrevistas foram agendadas segundo a disponibilidade dos participantes. A coleta de dados durou 13 meses, e buscou envolver todos os indivíduos acessíveis, com amputações de membros inferiores por etiologia vascular, que participavam de consultas de seguimento na área de captação do hospital, facilitando uma exploração aprofundada de suas necessidades de autocuidado e experiências vividas.

Para mitigar potenciais vieses, diversas estratégias foram implementadas. Foram feitos esforços para garantir uma amostra diversa em termos de idade, gênero, e tempo desde a amputação, capturando assim uma gama mais ampla de experiências. Além disso, perguntas abertas foram usadas durante as entrevistas para minimizar os vieses na resposta, e um ambiente encorajador foi promovido para estimular os participantes a compartilhar suas perspectivas de maneira livre.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Coletaram-se os dados por meio de um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, abordando variáveis sociodemográficas e clínicas. A seção sociodemográfica incluía itens sobre sexo, idade, educação, situação

empregatícia no momento da cirurgia, composição doméstica, destino após a alta, e sistema de apoio. A seção clínica se associou à data da cirurgia, o nível da amputação a data de alta, quaisquer amputações contralaterais anteriores, e recursos de mobilidade em diferentes momentos: antes da cirurgia, na alta, seis meses depois da cirurgia, e no momento do estudo.

A equipe de pesquisa desenvolveu e validou o roteiro de uma entrevista semiestruturada feito para explorar as experiências, necessidades, e desafios de indivíduos com amputação maior de membros inferiores por causas vasculares, durante sua transição de volta para casa (Quadro 1). Todas as entrevistas foram realizadas individualmente por um entrevistador treinado, com formação em enfermagem e experiência trabalhando com pessoas com amputação dos membros inferiores. Isso contribuiu para estabelecer o diálogo e encorajar narrativas ricas e significativas. Depois de obter o formulário de consentimento livre e esclarecido, as entrevistas foram agendadas com base na disponibilidade dos participantes, e tomaram lugar na casa dos participantes. Cada sessão durou de 20 a 25 minutos, aproximadamente. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com o auxílio de um gravador de áudio digital, para garantir uma captura de qualidade. Posteriormente, foram traduzidas com exatidão usando o Microsoft Word. As transcrições foram revisadas cuidadosamente, para garantir fidelidade às gravações originais (Quadro 1).

Para garantir o rigor metodológico, esse estudo aderiu aos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). A saturação de dados foi usada como critério para concluir a coleta de dados, sugerindo que, após as observações nas entrevistas foram analisadas, nenhuma nova informação ou padrão relevante emergiu, confirmando que a quantidade de dados coletados foi suficiente para atender aos objetivos do estudo de maneira extensiva. O pesquisador manteve uma postura reflexiva durante o processo, continuamente considerando vieses pessoais e garantindo a neutralidade durante as entrevistas e a análise inicial. Ademais, a codificação e a categorização temática foram revisadas cuidadosamente por dois pesquisadores, para garantir a confiabilidade analítica e dar apoio à confiabilidade dos achados.

Quadro 1 - Roteiro para perguntas - Vila Nova de Gaia, VNG, Portugal, 2022-2023.

- **Como você foi preparado para sua volta à casa, especialmente considerando a dependência que passou a ter?**
- **Quais foram as maiores dificuldades com que precisou lidar quando voltou para casa?**
- **Após voltar para casa, quem lhe ajudou a superar as dificuldades que enfrentou?**
- **Você acredita que a preparação durante sua hospitalização foi suficiente, ou preferiria ter passado por outro tipo de preparação?**
- **O que considera importante, e o que deveria ser aprimorado para ajudar pessoas na sua situação a superar as dificuldades com as quais precisou lidar ao voltar para casa?**

Análise e tratamento dos dados

A análise de conteúdo qualitativa foi levada a cabo utilizando a metodologia de Bardin⁽¹⁷⁾, além do ATLAS.ti.[®] 23.3.4. Para manter a anonimidade dos participantes, um sistema de codificação foi aplicado. Cada participante foi indicado por meio de um código consistindo de uma letra e um número. A análise seguiu um processo em três fases. Especificamente, participantes foram identificados usando a letra "A" (A=amputado), seguida por um número sequencial atribuído a cada entrevista.

Na fase de pré-análise, dois pesquisadores conduziram uma leitura flutuante das transcrições para adquirir uma compreensão geral do material e identificar unidades de sentido iniciais. Essa etapa permitiu a emergência de categorias e hipóteses preliminares, que foram documentadas no ATLAS.ti.[®] *para garantir transparência e dar apoio a etapas analíticas posteriores, de acordo com o arcabouço teórico de Bardin⁽¹⁷⁾.*

A exploração do material envolveu organizar os dados da entrevista no ATLAS.ti.[®], *onde os pesquisadores desenvolveram códigos representando unidades de sentido e os agruparam em categorias temáticas, como proposto por Bardin⁽¹⁷⁾.* O software deu apoio ao processo de codificação sistemático, facilitando a visualização de relações entre os temas e a frequência dos segmentos codificados, aumentando a compreensão da narrativa dos participantes. Uma vez que o estudo foi baseado exclusivamente nos dados das entrevistas, todos os códigos e categorias emergiram diretamente dos depoimentos dos participantes.

No tratamento dos resultados e na fase de interpretação, os pesquisadores conduziram inferências baseadas nas categorias temáticas estabelecidas anteriormente,

buscando interpretar o conteúdo latente da narrativa dos participantes à luz do arcabouço teórico do estudo. Cada frase da análise foi levada a cabo de maneira independente por dois pesquisadores, com um terceiro envolvido para dirimir quaisquer discordâncias. O consenso foi atingido por meio de discussões analíticas. A integração do arcabouço metodológico de Bardin⁽¹⁷⁾ com o uso do ATLAS.ti.[®] garantiu um processo sistemático, transparente, e rigoroso, produzindo achados embasados e significativos.

Considerações éticas

O estudo atendeu aos princípios éticos fundamentais definidos pela Declaração de Helsinki para pesquisas envolvendo participantes humanos. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição na qual foi conduzido (aprovação pelo comitê de ética número 13/2022-1).

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo incluiu 40 participantes com amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular, 80% dos quais eram homens e 20%, mulheres. A maioria tinha mais de 65 anos (72.5%), com o maior subgrupo, entre 75 e 80, representando 27.5% da amostra. Uma proporção substancial dos participantes tinha um baixo nível de escolaridade, com 70% havendo completado apenas quatro anos da educação básica. No momento da cirurgia, 52.5% estavam aposentados, e apenas 5% ainda eram empregados. Em relação à moradia, 70% residiam numa casa com apenas uma outra pessoa, enquanto 5% viviam sozinhos. Após a alta, 82.5% voltaram

à suas casas, com 60% recebendo apoio do cônjuge ou parceiro. Todos os participantes foram diagnosticados com doença arterial periférica (DAP), e 57.5% também tinham diabetes. Além disso, 55% tinham mais de duas comorbidades associadas. Em relação ao tipo de amputação, 77.5% passaram por amputação transfemoral (acima do joelho). A idade mais elevada, um maior número de comorbidades, independência reduzida, e falta de indicação para reabilitação foram associadas com níveis mais baixos de prescrições de próteses e uma mobilidade funcional reduzida entre individuais com amputações de membros inferiores por etiologia vascular⁽¹⁸⁾.

No momento do estudo, 15% dos participantes haviam passado por amputações no ano anterior, 50% deles de um a cinco anos antes, e 14% mais de cinco anos antes. Antes da amputação, 45% não precisavam de auxílios para a mobilidade, enquanto 2.5% já usavam cadeiras de rodas. No momento da alta, 77.5% dependiam da cadeira de rodas, e 10% estavam confinados ao leito. Seis meses após a alta, 67.5% deles ainda dependiam da cadeira de rodas. No momento do estudo, 72.5% usavam a cadeira de rodas exclusivamente para sua mobilidade, 10% usavam tanto prótese quanto cadeira de rodas, 7.5% usavam prótese com muletas, 5% dependiam apenas da prótese, e 5% usavam tanto cadeira de rodas quanto muletas. Amputados vasculares encontraram desafios consideráveis na recuperação funcional e uso de prótese quando comparados aos amputados não vasculares. Esses pacientes frequentemente lidavam com resultados ruins de mobilidade e tinham menores chances de adotar o uso de próteses a longo prazo⁽¹⁹⁾.

A análise temática do conteúdo das entrevistas identificou cinco categorias principais: (1) necessidades/desafios do amputado; (2) preparação para alta; (3) retorno à casa; (4) estratégias para promover o empoderamento dos amputados; e (5) o impacto da amputação. Cada categoria e suas subcategorias estão representadas em cinco quadros, cada um correspondente ao tema respectivo.

Categoria 1 - Necessidades/desafios do amputado

Essa categoria destaca as dificuldades da amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular, tais como dificuldades com o equilíbrio, adaptação à prótese, e autocuidado, os quais afetam a autonomia do paciente. O cuidado médico contínuo é vital para prevenir complicações e dar apoio à recuperação (Quadro 2).

Após a amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular os participantes no nosso estudo enfatizaram as necessidades específicas confrontadas pelos amputados. Elas incluem dificuldades com o equilíbrio postural, e com o encaixe e ajuste das próteses, bem como com a manutenção do autocuidado. Isso é crítico, dado que limitações nessas áreas contribuem para a perda de autonomia e mobilidade. Quedas representam uma preocupação significativa para indivíduos com amputação de membros inferiores, com a idade avançada sendo frequentemente identificada como fator de risco. O risco é maior para aqueles com amputações causadas por diabetes ou doença vascular periférica, pois prejuízos ao equilíbrio associados a essas condições exacerbam ainda mais a suscetibilidade a quedas⁽²⁰⁾. Destaca-se que, entre os usuários de próteses em membros inferiores com amputações transfemorais ou desarticulações no joelho devido à diabetes ou à doença vascular, 15% sofreram quedas nocivas em até seis meses. Essa alta incidência de quedas reitera o efeito composto da amputação acima do joelho e das condições subjacentes, como a diabetes e a doença vascular, ambas reconhecidas como fatores de risco para quedas⁽²⁰⁾.

Outra dificuldade que se manifestou foi a adaptação da prótese. Dor residual nos membros e um encaixe ruim da prótese impedem o incorporamento protético, destacando a necessidade de boa saúde do coto e um bom encaixe para aumentar a aceitação psicológica⁽²¹⁾. Manter atividades de autocuidado também foi identificado como um desafio para participantes do estudo. Indivíduos que passaram por amputações maiores de membros inferiores por etiologia vascular muitas vezes se tornaram mais dependentes de auxílio em tarefas como banho, uso do banheiro, caminhada, e transferências da cama para a cadeira. Essa dependência aumenta significativamente com a idade⁽²⁰⁾.

Quadro 2. Categoria 1 - Necessidades/desafios do amputado – Vila Nova de Gaia, VNG, Portugal, 2022-2023.

Subcategorias	Unidade de análise
Autocuidado	<i>Eu precisei aprender tudo do zero, como se eu fosse um bebê aprendendo a andar. Eu tive dificuldades com tudo, ir ao banheiro, ir para cama, ir para o sofá, tomar um banho, minha esposa até me alimentou com uma bandeja no sofá, para que eu pudesse ficar ali, porque eu não sei como eu poderia conseguir. (A5).</i> <i>Das primeiras vezes, as primeiras semanas, foram meus filhos ou minha nora que levaram uma bacia e me deram banho porque eu não conseguia tomar banho quando cheguei em casa. (A29)</i>
Perda de autonomia e mobilidade	<i>Eu comecei a ganhar massa muscular porque havia certos movimentos que eu simplesmente não conseguia mais fazer. Eu perdi muito peso e passei quase dois meses de cama. Mas, com a fisioterapia, consegui passar por isso. (A16)</i> <i>Tudo era difícil porque eu não consegui fazer nada; eu só conseguia ficar deitado. Até caminhar, até ir da cama para a poltrona, era difícil. Eu tinha dificuldades de andar, e quando precisava ir ao banheiro meu filho tinha que me carregar. (A17)</i>
Perda de equilíbrio postural	<i>Uma dificuldade era o equilíbrio, porque eu não conseguia me equilibrar, sempre tinha que me segurar em alguma coisa, a coisa mais difícil para mim era me movimentar por aí, era a coisa mais difícil. Me faltava equilíbrio. (A30).</i> <i>Eu queria ir para o banheiro e eu não me lembrava de que já não tinha uma perna. Eu pegava as muletas, como eu costumava fazer, e acaba batendo com a cabeça no chão. (A22).</i>
A adaptação da prótese	<i>Eu usei uma prótese por um tempo, mas daí ela não era muito boa para andar, então eu mudei para uma mais leve. Então eu comecei a rejeitar a prótese, comecei a usar menos e menos até que parei de andar com ela. (A1).</i> <i>Depois de dois anos, a prótese começou a causar problemas. A primeira que eu peguei foi no hospital, logo depois de receber alta, e eu usei ela por mais de dois anos. Depois eu peguei outra, que é a que eu tenho em casa agora, mas não consegui me adaptar a ela. (A39).</i>
Barreiras arquitetônicas	<i>[...] eu passei a ter mais dificuldades de ir para cozinha, porque havia quatro degraus e era estreito e essa é a única coisa que eu consertei, agora eu consigo passar por todas as portas com a cadeira sem problemas. (A9).</i> <i>O banheiro era minha maior dificuldade porque a porta não era larga o suficiente para entrar mesmo com a cadeira, e mesmo com o andador, às vezes as molas saíam porque eles batiam na porta quando eu tentava entrar. (A25).</i>
Necessidade de monitoramento após a alta	<i>É importante que as pessoas tenham apoio quando elas vão para casa, especialmente se não tem tanto apoio quanto eu tinha, é extremamente importante ajudá-las a se prepararem aqui no hospital e depois em casa. (A8).</i> <i>Eu queria mesmo ter mais apoio do hospital, com enfermeiros, porque eu estava em casa sem ajuda nenhuma. Eu até achei que eu iria para alguma clínica para aprender a andar, mas não recebi esse tipo de assistência. (A27).</i>

Fonte: Criado pelos autores.

Barreiras arquitetônicas, como construções inacessíveis e instalações inadequadas, restringem ainda mais a mobilidade e a independência de amputados de membros inferiores. O ambiente doméstico pode ter um forte impacto nas AVD dos indivíduos com amputação de membros inferiores por etiologia vascular. A acessibilidade em casa pode ser uma barreira, limitando a mobilidade e a independência, ou agir como facilitador das AVD⁽⁶⁾. Todos esses fatores podem levar a uma perda de autonomia e mobilidade. A amputação vascular de membros inferiores altera a mobilidade, afetando tanto a mobilidade funcional quanto a deambulação, o que resulta em uma capacidade reduzida de realizar tarefas físicas, como andar, entre outras⁽⁶⁾.

Participantes também enfatizaram a necessidade de um seguimento extensivo após a alta. Indivíduos com amputações vasculares maiores de membros inferiores muitas vezes apresentam comorbidades múltiplas, exigindo a atenção coordenada de vários profissionais da saúde. Graças à complexidade de suas necessidades, esses pacientes se tornam especialmente vulneráveis durante transições de cuidado, e podem se beneficiar de modelos de cuidado integrados⁽²²⁾.

Categoria 2 - Preparação para alta

Essa categoria explora as experiências dos pacientes com a preparação da alta após amputações vasculares maiores de membros inferiores. O planejamento eficiente é essencial para o treinamento com auxiliares de mobilidade, educação para o autocuidado e preparação para casa (Quadro 3).

Participantes descreveram suas experiências a respeito da preparação para alta após uma amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular, mencionando treino funcional para amputados, treino de autocuidado, e indicações para medicina física e de reabilitação como componentes integrais de seu planejamento de alta. O cuidado pós-operativo imediato e a reabilitação tem um papel essencial na promoção da independência em transferências, atividades da vida diária (AVD), e mobilidade após amputações maiores de membros inferiores. Dependendo da condição de um indivíduo e o progresso de sua recuperação, uma prótese pode ser introduzida nos estágios iniciais da

reabilitação. De outra forma, uma prótese no pós-operativo imediato pode ser usada para dar apoio à maturação do coto e facilitar a transição para o uso de próteses⁽²³⁾. Essas intervenções rápidas são essenciais no estabelecimento de uma fundação para a recuperação funcional e melhoria da qualidade de vida.

Treinar para as AVD é vital para indivíduos com amputações maiores de membros inferiores, para maximizar sua independência em tarefas básicas e desenvolver habilidades motoras sem a prótese. Esse treinamento é especialmente importante para aqueles sem indicação para reabilitação protética, pois aprimora a independência funcional geral⁽²⁴⁾. Fisiatras tem um papel central na coordenação com a equipe multidisciplinar, otimizando o plano de reabilitação, monitorando efeitos adversos, e supervisionando a restauração protética⁽²⁵⁾. Uma avaliação fisiátrica rápida e a alta para unidades de reabilitação podem reduzir a estadia hospitalar e fazer com que a deambulação seja conseguida mais cedo⁽²⁶⁾.

Categoria 3 - Retorno à casa

As experiências de participantes no retorno à casa após a amputação vascular de membros inferiores são enfatizadas nessa categoria, com foco na adaptação a uma nova realidade e nas estratégias de enfrentamento adotadas (Quadro 4).

Participantes compartilharam suas experiências de retorno à casa após amputação de membros inferiores por etiologia vascular, enfatizando como eles se adaptaram às novas circunstâncias e lidaram com os desafios de viver com uma amputação. eles destacaram a importância do treino funcional e da reabilitação para adaptação protética. Combinar o treino de resistência com outros exercícios pode trazer benefícios aos amputados de membros inferiores ao lhes dar mais força, reduzir o risco de quedas, estabilizar a marcha, e aliviar a dor crônica nas costas⁽²⁷⁾. Na fase pós-protética da reabilitação do amputado de membro inferior, o objetivo é restaurar a funcionalidade e a independência através do treino em uso de próteses e as técnicas de caminhada natural⁽²⁸⁾.

Quadro 3. Categoria 2 - Preparação para alta - Vila Nova de Gaia, VNG, Portugal, 2022-2023.

Subcategorias	Unidade de análise
Treino funcional de amputados	<i>No hospital eles me deram um andador e me ensinaram, para que eu pudesse me acostumar e eu me acostumei bem, e depois de um tempo eles me colocaram muletas para que eu pudesse me acostumar com elas também, e eu pratiquei. (A15). Depois a cirurgia, um dia ou dois depois, um terapeuta com um andador foi enviado para me ajudar a andar. (A37).</i>
Treinamento em autocuidado	<i>Eles me ensinaram como me mover da cama para a cadeira e da cadeira para a cama, para que eu pudesse ir ao banheiro. E eles me ensinaram como tomar banho. (A19). Tive uma enfermeira que me ensinou como tomar banho e o básico de como me mover por aí, como eu deveria me virar e como não. (A31).</i>
Encaminhamento para medicina física e de reabilitação	<i>[...] a curto prazo, eu vou ter uma consulta de fisioterapia no hospital quando tiver alta, para que eles possam ver como está e não está. (A34). Me deram uma carta para ver o especialista em próteses para uma avaliação para determinar se eu poderia usar as próteses. Quando eu falei com o médico, ele me disse que eu não poderia usar ainda, que eu precisava de reabilitação antes de poder usar. (A7).</i>

Fonte: Criado pelos autores.

Quadro 4 - Categoria 3 - Retorno à casa - Vila Nova de Gaia, VNG, Portugal, 2022-2023.

Subcategorias	Unidade de análise
Apoio de família e amigos	<i>Meu marido foi meio apoio. Os vizinhos ajudaram, meus filhos fizeram o que puderam, minha filha até conseguiu tirar alguns dias de folga... (A33). Quando eu voltei para casa, foi minha irmã; sempre foi minha irmã quem me ajudou, porque eu moro com ela. E ela me ajudou conversando comigo, me fazendo me mover, e indo ao banheiro. (A2).</i>
Reabilitação funcional para adaptação protética	<i>Depois de deixar o hospital, eu fui para fisioterapia só, e comecei a treinar como caminhar com as próteses. (A11). Eu fui para casa com a cadeira de rodas. Mas daí eu fui para a fisioterapia numa clínica, para que eu pudesse andar com a prótese; eu andava até lá com a prótese. (A33).</i>

Quadro 4. Cont.

Subcategorias	Unidade de análise
Apoio de profissionais da saúde	<i>Cerca de dois anos depois da minha amputação, eu comecei a fazer fisioterapia e daí conheci um fisioterapeuta e ele começou a me fazer algumas perguntas, algumas coisas, e dizer que tinha que ser de certa maneira, e isso me ajudou. (A9). Eu não tive nenhum problema, tanto no hospital quanto com meu fisioterapeuta depois. Todos, incluindo os fisioterapeutas fora do hospital, ajudaram e deram apoio. (A40).</i>
Treino funcional de amputados	<i>Depois que saí do hospital, eu fui para a fisioterapia, eles fizeram ginástica e tentaram me ensinar a andar com andador, fizeram alguns testes de força. (A14). Depois que a ferida cicatrizou, comecei a andar e dei início à fisioterapia. Completei 60 sessões privadas para ganhar força e melhorar minha capacidade de usar a prótese. (A36).</i>

Fonte: Criado pelos autores.

Durante a transição do hospital para casa, os participantes enfatizaram o significado do apoio de família, amigos, e profissionais da saúde. Indivíduos com amputação de membros inferiores por etiologia vascular lidam com desafios substanciais na recuperação de funcionalidade física, mobilidade e autonomia. O apoio da família e dos profissionais da saúde é crucial para o manejo das emoções, expectativas e incertezas. Ser incluído na tomada de decisões e ser bem informado por profissionais é essencial para a adaptação⁽²⁹⁾.

Categoria 4 - Estratégias para promover o empoderamento dos amputados

A perspectiva dos participantes sobre as estratégias para desenvolver intervenções e programas para empoderar amputados durante sua transição para casa depois de amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular (Quadro 5).

Promover o empoderamento de indivíduos com amputação de membros inferiores por etiologia vascular *é vital para facilitar uma transição saudável do hospital para casa. Os participantes enfatizaram a importância de estratégias como o treino funcional, sessões de treinamento estendidas, educação para o*

autocuidado, preparação da acessibilidade do lar, e salas dedicadas à reabilitação na unidade vascular para dar apoio ao processo. Essas estratégias não apenas dão apoio à recuperação física, mas também fomentam uma sensação de controle, independência e confiança - elementos chave no empoderamento. Exercícios regulares melhoram a capacidade física, incluindo equilíbrio e mobilidade, em adultos com amputação de membros inferiores. Uma a três sessões semanais, de 20 a 60 minutos, podem aprimorar o equilíbrio, a velocidade da caminhada, a resistência e a capacidade de transferência⁽³⁰⁾, coisas essenciais para a funcionalidade diária e reintegração à comunidade. Intervenções rápidas nas atividades da vida diária (AVD) durante a reabilitação subaguda promove recuperação funcional e melhora nas AVD básicas. Fornecer orientações quanto a adaptações, para tornar casas mais acessíveis e facilitar tarefas diárias é essencial⁽²⁴⁾, levando a um processo de transição mais seguro e sem percalços do hospital à casa, reduzindo a dependência e aumentando a autoeficiência. Coletivamente, essas estratégias refletiam uma abordagem centrada no paciente que empodera indivíduos, enquanto garante a continuidade do cuidado durante o período de transição.

Quadro 5 - Categoria 4 - Estratégias para promover o empoderamento dos amputados - Vila Nova de Gaia, VNG, Portugal, 2022-2023.

Subcategorias	Unidade de análise
Apoio psicológico e de saúde mental	<i>Na minha opinião, o que deveria ser melhorado é ter um psicólogo para conversar com as pessoas, prepará-las, deveria ser antes da amputação, depois de amputação. (A39). Nós deveríamos ter apoio para essas coisas, porque muitas pessoas são afetadas psicologicamente. Quando alguém perde uma perna, nunca se recupera totalmente; sempre existe um impacto psicológico, e o apoio é essencial. (A11).</i>
Treino funcional de amputados	<i>Quando você deixa o hospital, é importante ter alguém para guiar você sobre como movimentar a cadeira, explicar como manuseá-la. (A9). Eu gostaria de ter tido a fisioterapia que estou tendo agora antes de sair do hospital. Tem sido crucial para construir massa muscular, o que me parece ser um ponto chave para a recuperação. (A39).</i>
Coordenação entre hospital e comunidade	<i>Minha ideia é de que quando o paciente deixa o hospital, o médico ou alguém envolvido telefone para o centro de saúde para dizer que o paciente está saindo e que ele precisa continuar em casa. (A21).</i>
Visitas domiciliares	<i>Ter apoio em pessoa, por exemplo, uma vez por semana ou uma vez a cada duas semanas, alguém indo até a casa [...] e lidando com um pouco de tudo. (A17). Eu acredito que serviços de saúde deveriam visitar a casa dos pacientes para verificar as condições e oferecer orientações sobre como ajudar, sem tomar todas as decisões, mas dando apoio ao paciente e à família. (A14).</i>
Mais tempo de treinamento	<i>Deveria haver mais treinamento, para aprender como fazer as coisas. (A16). Eu deveria aprender mais, deveria aprender mais coisas aqui no hospital, eles deveriam ter mais técnicos também, eu gostaria de aprender mais coisas, treinar. (A7).</i>
Apoio por telefone	<i>Eles deveriam ter um lugar para onde pudéssemos ligar, um lugar que nos motivaria e falaria conosco... (A7). Alguém deveria telefonar para casa para verificar o que é necessário, mesmo que não ajude tanto, sempre faz uma diferença. (A3).</i>
Treinamento em autocuidado	<i>Eles deveriam ensiná-lo como ir ao banheiro, e como usar sua cadeira para ir ao banheiro. Eu precisava de outros apoios, para explicar como fazer as coisas em casa. (A16). Seria importante se alguém explicasse como tomar um banho em casa, porque é muito difícil para mim, tomar banho. (A4).</i>
Preparação da acessibilidade doméstica	<i>Eles poderiam vir até a casa e nos dizer como mudar o banheiro, aqui colocamos essa coisa assim, ali colocamos assim, para que possamos ir ao banheiro, ter onde segurar, e usar o banheiro. (A14).</i>
Apoio social e econômico	<i>Deveria haver algum tipo de apoio, para que você possa pelo menos fazer uma caminhada para distrair a cabeça. (A38). [...] Estou de licença saúde, faz quase mais um ano, não sei se consigo uma aposentadoria antecipada, ou por deficiência, se eu posso ou não, ou quanto vou receber. E eu precisava de um apoio que pudesse me ajudar com isso. (A17).</i>

Quadro 5. Cont.

Subcategorias	Unidade de análise
Sala de reabilitação na unidade vascular	<i>Uma unidade no hospital como a cirurgia vascular não tem apoio de uma sala de fisioterapia, por menor que fosse, para dar início ao apoio, e deveria. (A34).</i>
Auxílios técnicos	<i>Quando as pessoas vão para casa, elas deveriam receber uma cadeira de rodas, um par de muletas e uma prótese [...] (A19). Deveria haver pessoas que orientam e dão assistência aos indivíduos, garantindo que eles têm acesso a uma prótese. (A28).</i>
Sistema de alerta	<i>Quando estamos sozinhos [...] deveria haver alguma coisa do tipo botão do pânico, para pressionar e chamar ajuda, se comunicar com alguém da polícia. (A11).</i>
Equipe de apoio multidisciplinar	<i>O hospital deveria ter uma equipe multidisciplinar, para lidar com isso e fazer o monitoramento subsequente tanto em termos não físicos diretos quanto em termos do lugar onde estamos trabalhando, para monitorar o que pode ser uma prótese. (A34). Ter uma equipe que vai à casa nos primeiros dias, uma equipe com enfermeiro, médico, e pessoas com conhecimento de exercícios para ajudar a pessoa a se recuperar. (A27).</i>
Consulta de amputados e cuidadores	<i>No hospital, deveria haver uma consulta, para descobrir se melhoramos ou não [...], deveria ser, por exemplo, de mês em mês ou coisa do tipo, para saber como estamos. (A21).</i>

Fonte: Criado pelos autores.

Participantes no estudo também sugeriram estratégias adicionais, tais como a coordenação aprimorada entre serviços hospitalares e comunitários, visitas domiciliares, psicológicas, e apoio à saúde mental, além de acesso a auxílio técnico, o estabelecimento de um sistema de alerta, a formação de uma equipe de apoio multidisciplinar, e consultas para amputados e seus cuidadores. Essas estratégias refletem a necessidade de um cuidado transicional estruturado, reiterando a importância de empoderar pacientes ao garantir que eles recebem apoio, informação, e são ativamente envolvidos em seu processo de recuperação.

Um modelo de cuidado integrado com equipes multidisciplinares e visitas domiciliares pode aprimorar a continuidade do cuidado e a segurança do paciente para pessoas que passaram por amputações maiores dos membros inferiores e estão na transição do hospital para o lar⁽²²⁾. Tais abordagens coordenadas não só ajudam a evitar

a fragmentação do cuidado, como também aumentam a confiança dos pacientes no manejo de sua condição fora do contexto hospitalar. Garantir a reintegração de indivíduos com amputações de membros inferiores em suas comunidades é crucial para promover uma adaptação saudável, pois representa um indicador chave tanto de empoderamento como de uma transição bem-sucedida, ao exigir que indivíduos recuperem seus papéis, rotinas e relacionamentos. Mitigar as implicações sociais e psicológicas da amputação é essencial para permitir que amputados alcancem a independência e a inclusão social. Para isso, um apoio logístico adequado e o envolvimento de profissionais de saúde e das famílias são necessários para atender às necessidades dos amputados⁽³¹⁾.

Estratégias de reabilitação voltadas à reintegração funcional deveriam não apenas considerar a capacidade física, mas também a resiliência emocional e o engajamento social. Para aprimorar os

resultados, a reabilitação deveria ter como foco a preparação dos indivíduos para tarefas significativas em casa e na comunidade, enquanto garante que o acesso ao apoio emocional e prático contínuo possa reduzir os desafios da transição para o lar de pessoas que passaram por amputações maiores dos membros inferiores⁽³²⁾.

Categoria 5 - O impacto da amputação

A amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular é um evento transformador, de impacto significativo na vida do amputado, marcando uma transição crucial na saúde e no bem-estar, como essa categoria destaca (Quadro 6).

O impacto da amputação envolve a maneira como os indivíduos passam pelas experiências físicas, psicológicas e sociais que acompanham a perda de um membro. Isso inclui alterações na imagem corporal que podem afetar vidas pessoais profundamente. Além disso, uma percepção mais aprofundada de condições de saúde, a experiência da dor fantasma, o isolamento social, e o impacto psicológico da amputação contribuem para a complexidade do ajuste e bem-estar do indivíduo. Amputações maiores de membros inferiores tem um impacto psicossocial significativo nos pacientes e cuidadores. Amputados frequentemente passam por emoções negativas, isolamento social, limitação de papéis, dores fantasmas e a necessidade de equilíbrio emocional⁽³³⁾. A reabilitação para indivíduos com amputação de membros inferiores deveria abordar tanto o impacto físico quanto psicológico, ao adotar uma abordagem abrangente, que inclua educação psicossocial e apoio emocional⁽³⁴⁾. Essa abordagem promove a adaptação saudável, a inclusão social, e o desenvolvimento de uma nova atitude positiva⁽³⁴⁾. O isolamento social e o isolamento social percebido têm um impacto negativo sobre a saúde mental e a satisfação com a vida em adultos com amputação de membros inferiores por etiologia vascular⁽³⁵⁾. Dados os problemas mais comuns na depressão, baixa qualidade de vida, e fobias sociais entre os

indivíduos, o apoio psiquiátrico para aconselhamento e tratamento é essencial⁽³⁶⁾.

Esse estudo sobre indivíduos com amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular (AMI) tem algumas limitações. A amostra, focada apenas nos pacientes de uma unidade cirúrgica num único hospital no norte de Portugal, pode restringir a possibilidade de generalizá-lo a uma população mais ampla. Expandir a amostra de participantes para incluir vários níveis socioeconômicos e condições de saúde aumentaria a força da evidência e daria maior abrangência à relevância de nossos achados. Ademais, o desenho transversal captura experiências num ponto específico do tempo, potencialmente não enxergando mudanças de resultados ou experiências dos pacientes, no longo prazo. Estudos futuros devem considerar desenhos multicêntricos e longitudinais para abordar contextos diversos e a evolução dos resultados no tempo, aprimorando a aplicabilidade e impacto dos achados. Reconhecer essas limitações pode orientar pesquisas futuras e aprimorar estratégias de apoio e empoderamento para amputados.

Além disso, esse estudo pode aprimorar a prática de enfermagem à medida que aponta descobertas capazes de orientar o desenvolvimento de intervenções e programas de empoderamento centrados na família para indivíduos com amputações maiores de membros inferiores e seus cuidadores familiares, conforme fazem a transição do hospital para o lar e para contextos comunitários. Os achados dão apoio ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem focadas na família, que lidam não apenas com as necessidades funcionais e físicas o amputado de membro inferior, mas também com as exigências emocionais, educacionais e logísticas vivenciadas por pacientes e cuidadores. Na prática, isso inclui o planejamento proativo de alta, a educação em saúde customizada, o apoio emocional, a preparação para os cuidados domiciliares e o monitoramento contínuo. Ao fomentar a continuidade do cuidado e empoderar famílias nessa etapa crítica, enfermeiras podem ter um papel fundamental na promoção de uma reintegração mais suave para a vida domiciliar e comunitária, aumentando a autonomia e reduzindo o risco de complicações ou sobrecarga de cuidadores.

Quadro 6 – Categoria 5 – O impacto da amputação – Vila Nova de Gaia, VNG, Portugal, 2022-2023

Subcategorias	Unidade de análise
Consciência da condição de saúde	<i>Quando me falaram, que eu teria que ser amputado, eu pensei, tem que ser assim, tem que ser assim e eu tenho que viver com isso, e eu tenho me adaptado. (A25). Não foi fácil quando eu recebi alta e precisei me ajustar à minha vida. Eu era uma pessoa muito ativa, dinâmica, e de repente, ser assim, sem uma perna, não é fácil. Eu precisei ter um autocontrole incrível. (A26).</i>
Dor fantasma	<i>Parece uma dor fantasma, que é terrível. No lado da minha perna que eu não tenho, eu acordo à noite para movimentar o pé e eu não tenho esse pé [...] (A24).</i>
Isolamento social	<i>Já que eu só uso uma cadeira de rodas, faz três anos, três anos e tal que eu não venho para a rua, eu não saio, eu não consigo. (A23). Desde que isso aconteceu comigo, eu não saio. É minha filha que força a sair, porque eu não sinto vontade. (A1).</i>
Impacto psicológico da amputação	<i>Eu não sei como explicar, qualquer coisa que possa ajudar, psicologicamente você fica muito pra baixo, muito mal, sem apetite pra comer, sem apetite pra nada, você só quer chorar, dormir, é muito desespero agora que estou passando por essa fase. (A31). Minha vizinha chamou, e eu disse para ela que estava sem minha perna. Eu chorei e gritei porque perdi minha perna. Depois eu gritei muito em casa, mas ninguém nunca viu. Mas quando havia outros ao redor, eu sempre mantive a aparência. Eu diria que está tudo bem, e que eu conseguiria uma perna nova, mas por dentro... (A33).</i>

Fonte: Criado pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo qualitativo ressaltam os desafios multifacetados que indivíduos com amputação maior de membros inferiores por etiologia vascular enfrentam conforme voltam às suas vidas domésticas, destacando o impacto de limitações funcionais, comorbidades associadas, e a contínua necessidade de apoio. As experiências dos participantes revelam não apenas suas dificuldades físicas - como os desafios na realização de tarefas diárias como se banhar, vestir e comer, que precisam de ajustes significativos às rotinas diárias - mas também barreiras contextuais, sociais e emocionais que afetam tanto amputados e seus cuidadores familiares durante esse período. Dificuldades comuns incluem o sentimento de isolamento e frustração que emerge da incapacidade de retomar atividades profissionais e

sociais anteriores, a insegurança em relação à mobilidade, e a dependência de outros para tarefas básicas.

Da perspectiva da prática da enfermagem, esses achados enfatizam a importância de um apoio contínuo, focado na pessoa, na transição hospital-casa. Enfermeiros tem um papel crítico ao facilitar o planejamento de cuidado individualizado, disponibilizando educação para o autocuidado e treinamento de mobilidade (incluindo habilidades em cadeira de rodas para aqueles que não usam próteses), guiando o manejo de comorbidades e prevenindo complicações. O envolvimento precoce e ativo de cuidadores familiares no processo do cuidado é essencial para promover um ambiente acolhedor, por meio de programas centrados na família e intervenções que promovam a autonomia e bem-estar do paciente.

Em termos das implicações da pesquisa, esse estudo contribui para identificar lacunas no cuidado transicional, destacando a necessidade de se desenvolver intervenções de enfermagem baseadas em evidência que empoderem tanto amputados quanto seus cuidadores. Pesquisas futuras devem se concentrar no desenvolvimento e avaliação de planejamentos de alta estruturados, redes de apoio com base nas comunidades e protocolos de acompanhamento customizados para as necessidades da população, incluindo programas de apoio psicológico e social direcionados tanto aos amputados quanto a seus cuidadores familiares.

Em resumo, os achados reiteram o papel central da enfermagem na prestação de um cuidado integrado e compassivo, enquanto destaca a necessidade de estratégias que discutam não apenas a recuperação física, mas também emocional e dimensões sociais posteriores à perda de um membro. Empoderar pacientes e seus cuidadores é vital para fomentar a resiliência e aumentar a qualidade de vida durante o complexo processo de reintegração no ambiente doméstico.

■ REFERÊNCIAS

- Bernatchez J, Mayo A, Kayssi A. The epidemiology of lower extremity amputations, strategies for amputation prevention, and the importance of patient-centered care. *Semin Vasc Surg*. 2021;34(1):54–8. <https://doi.org/10.1053/j.semvascurg.2021.02.011>
- Boyko EJ, Monteiro-Soares M, Wheeler SGB. Peripheral arterial disease, foot ulcers, lower extremity amputations, and diabetes. In: Cowie CC, Casagrande SS, Menke A, et al., editors. *Diabetes in America* [Internet]. 3rd edition. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (US); 2018[cited 2024 Sep 30]. Chapter 20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567977/>
- Olesen KK, Gyldenkerne C, Thim T, Thomsen RW, Maeng M. Peripheral artery disease, lower limb revascularization, and amputation in diabetes patients with and without coronary artery disease: a cohort study from the Western Denmark Heart Registry. *BMJ Open Diabetes Res Amp Care*. 2021;9(1):e001803. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001803>
- Miller R, Ambler GK, Ramirez J, Rees J, Hinchliffe R, Twine C, et al. Patient reported outcome measures for major lower limb amputation caused by peripheral artery disease or diabetes: a systematic review. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.11.043>
- Mayo AL, Viana R, Dilkas S, Payne M, Devlin M, MacKay C, et al. Self-reported health condition severity and ambulation status postmajor dysvascular limb loss. *Prosthet Orthot Int*. 2022;46(3):239–45. <https://doi.org/10.1097/PXR.000000000000106>
- Lee LS, Hitzig SL, Mayo A, Devlin M, Dilkas S, MacKay C. Factors influencing physical activity among individuals with lower limb amputations: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2023;45(9):1461–70. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2065539>
- Clemens SM, Kershaw KN, McDonald CL, Darter BJ, Bursac Z, Garcia SJ, et al. Disparities in functional recovery after dysvascular lower limb amputation are associated with employment status and self-efficacy. *Disabil Rehabil*. 2023;45(14):2280–7. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2087762>
- MacKay C, Cimino SR, Guilcher SJ, Mayo AL, Devlin M, Dilkas S, et al. A qualitative study exploring individuals' experiences living with dysvascular lower limb amputation. *Disabil Rehabil*. 2020;1–9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1803999>
- Fatima SZ. Life of an amputee: predictors of quality of life after lower limb amputation. *Wien Med Wochenschr*. 2023;173(13–14):329–33. <https://doi.org/10.1007/s10354-022-00980-9>
- Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 2001
- Mellema M, Gjøvaag T. Energy expenditure during typical household and community activities of daily living in persons with lower limb amputation: a pilot study. *Prosthet Orthot Int*. 2024;48(3):258–66. <https://doi.org/10.1097/PXR.0000000000000287>
- Calabrese L, Maffoni M, Torlaschi V, Pierobon A. What is hidden behind amputation? quanti-qualitative systematic review on psychological adjustment and Quality of Life in lower limb amputees for non-traumatic reasons. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(11):1661. <https://doi.org/10.3390/healthcare11111661>
- Keeves J, Hutchison A, D'Cruz K, Anderson S. Social and community participation following traumatic lower limb amputation: an exploratory qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2023;45(26):4404–12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2152114>
- Gutenbrunner C, Stievano A, Nugraha B, Stewart D, Catton H. Nursing: a core element of rehabilitation. *Int Nurs Rev*. 2022;69(1):13–9. <https://doi.org/10.1111/inr.12661>
- Tanlaka EF, McIntyre A, Connelly D, Guitar N, Nguyen A, Snobelen N. The role and contributions of nurses in stroke rehabilitation units: An integrative review. *West J Nurs Res*. 2023;45(8):764–76. <https://doi.org/10.1177/01939459231178495>
- Vaalburg AM, Boersma P, Wattel EM, Ket JCF, Hertogh CPM, Gobbens RJJ. Supporting older patients in working on rehabilitation goals: a scoping review of nursing interventions. *Int J Older People Nurs*. 2023;18(4):e12542. <https://doi.org/10.1111/opn.12542>
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2020.
- Fridling J, Gontarz B, Bozeman P, Mather J, Wurdeman S, Murray J, et al. Determinants of prosthetic referral and functional mobility following prosthesis fitting for vascular patients after major lower extremity amputation. *J Vasc Surg*. 2023;78(4):e135–6. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2023.07.042>
- von Kaeppler EP, Hetherington A, Donnelley CA, Ali SH, Shirley C, Challa ST, et al. Impact of prostheses on quality of life and functional status of transfemoral amputees in Tanzania. *Afr J Disabil*. 2021;10(0):839. <https://doi.org/10.4102/ajod.v10i0.839>

20. Wurdeman SR, Miller TA, Stevens PM, Campbell JH. Stability and Falls Evaluations in AMPutees (SAFE-AMP 1): microprocessor knee technology reduces odds of incurring an injurious fall for individuals with diabetic/dysvascular amputation. *Assist Technol*. 2023;35(3):205–10. <https://doi.org/10.1080/10400435.2021.2010147>
21. Bekrater-Bodmann R. Factors associated with prosthesis embodiment and its importance for prosthetic satisfaction in lower limb amputees. *Front Neurobot*. 2021;14. <https://doi.org/10.3389/fnbot.2020.604376>
22. Køberl S, Schrøder K, Dall-Hansen D, Abrahamsen C. From hospital to home following a lower limb amputation: a focus group study of healthcare professionals' views and experiences with transitioning. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2023;49:101003. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2023.101003>
23. Choo YJ, Kim DH, Chang MC. Amputation stump management: a narrative review. *World J Clin Cases*. 2022;10(13):3981–8. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i13.3981>
24. De-Rosende Celeiro I, Simón Sanjuán L, Santos-del-Riego S. Activities of daily living in people with lower limb amputation: outcomes of an intervention to reduce dependence in pre-prosthetic phase. *Disabil Rehabil*. 2016;39(18):1799–806. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1211757>
25. Donaghy AC, Keszler MS, Bonilla CA. The Physiatrist's Approach to Limb Loss. *Phys Med Rehabil Clin North Am*. 2024. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2024.05.004>
26. O'Banion LA, Dirks R, Farooqui E, Kaups K, Qumsiyeh Y, Rome C, et al. Outcomes of major lower extremity amputations in dysvascular patients: Room for improvement. *Am J Surg*. 2020;220(6):1506–10. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.08.020>
27. Rosario ML, Costa PB, Silveira AL, Florentino KR, Casimiro-Lopes G, Pimenta RA, et al. Effects of resistance training in individuals with lower limb amputation: a systematic review. *J Funct Morphol Kinesiol*. 2023;8(1):23. <https://doi.org/10.3390/jfmk8010023>
28. Querino VAS, Silva BGM, Silva CES. Fisioterapia no controle de sensação de membro fantasma e dor fantasma pós-amputação de membro. *Rev Cient Multidiscip* 2023;4(1):e453232. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i1.3232>
29. Schober T-L, Abrahamsen C. Patient perspectives on major lower limb amputation: a qualitative systematic review. *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2022;46(100958):100958. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2022.100958>
30. Dupuis F, Ginis KAM, MacKay C, Best KL, Blanchette V, Cherif A, et al. Do exercise programs improve fitness, mobility, and functional capacity in adults with lower limb amputation? a systematic review on the type and minimal dose needed. *Arch Phys Med Rehabil*. 2024;105(6):1194–211. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.10.011>
31. Abouammoh N, Aldebey W, Abuzaid R. Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: a qualitative study. *East Mediterr Health J*. 2021;27(4):407–13. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.124>
32. Radenovic M, Aguilar K, Wyrrough AB, Johnson CL, Luong S, Everall AC, et al. Understanding transitions in care for people with major lower limb amputations from inpatient rehabilitation to home: a descriptive qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2022;44(16):4211–9. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1882009>
33. Roşca AC, Baciuc CC, Burtăverde V, Mateizer A. Psychological consequences in patients with amputation of a limb: an interpretative-phenomenological analysis. *Front Psychol*. 2021;12:537493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.537493>
34. Behera P, Dash M. Life after lower limb amputation: a meta-aggregative systemic review of the effect of amputation on amputees. *J Disabil Stud [Internet]*. 2021[cited 2024 Sep 24];7(2):90–6. Available from: <http://pubs.iscience.in/journal/index.php/jds/article/view/1203/0>
35. Hitzig SL, Dilkas S, Payne MW, MacKay C, Viana R, Devlin M, et al. Examination of social disconnectedness and perceived social isolation on health and life satisfaction in community-dwelling adults with dysvascular lower limb loss. *Prosthet Orthot Int*. 2022;46(2):155–63. <https://doi.org/10.1097/pxr.000000000000069>
36. Demirtas A. Depression, social phobia and quality of life after major lower limb amputation. *Haydarpasa Numune Train Res Hosp Med J*. 2020. <https://doi.org/10.14744/hnhj.2020.27928>

■ Disponibilidade dos Dados

Os dados podem ser acessados mediante pedido ao autor correspondente.

■ Financiamento

A primeira autora (D.R.) agradece o financiamento da Fundação para Ciência e Tecnologia (FCT) por meio de uma bolsa de doutorado (referência UI/BD/152283/2021).

■ Contribuições dos Autores

Conceitualização: Diana Fonseca Rodrigues, António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Metodologia: Diana Fonseca Rodrigues, António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Desenvolvimento, implementação e teste de software: Diana Fonseca Rodrigues, António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Validação de dados e experimentos: António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Pesquisa: Diana Fonseca Rodrigues, António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Curadoria de dados: Diana Fonseca Rodrigues, António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Redação do manuscrito original: Diana Fonseca Rodrigues.

Redação – revisão e edição: António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Supervisão: António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

■ Autor correspondente:

Diana Fonseca Rodrigues (D.R.)
E-mail: dianfr@gmail.com

Recebido: 24.11.2024

Aprovado: 26.05.2025

Editor associado:

Taline Bavaresco

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

