



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

MARIA ÉRICA SOUSA DE FREITAS

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PACIENTES COM TRAUMAS
ORTOPÉDICOS NOS MEMBROS INFERIORES EM REABILITAÇÃO**

CAMPINA GRANDE - PB

2024

MARIA ÉRICA SOUSA DE FREITAS

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PACIENTES COM TRAUMAS
ORTOPÉDICOS NOS MEMBROS INFERIORES EM REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof. Ma. Aponira Maria de Farias

CAMPINA GRANDE - PB

2024

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F866e Freitas, Maria Erica Sousa de.
Estratégias de enfrentamento de pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação [manuscrito] / Maria Erica Sousa de Freitas. - 2024.
67 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Profa. Dra. Aponira Maria de Farias , Departamento de Psicologia - CCBS. "

1. Trauma ortopédico. 2. Membros inferiores. 3. Reabilitação. 4. Estratégias de enfrentamento. I. Título

21. ed. CDD 150

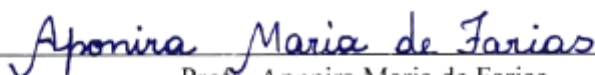
MARIA ÉRICA SOUSA DE FREITAS

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE PACIENTES COM TRAUMAS
ORTOPÉDICOS NOS MEMBROS INFERIORES EM REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: 20/06/2024.

BANCA EXAMINADORA



Profª. Aponira Maria de Farias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. José Andrade Costa Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Livânia Beltrão Tavares
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Deus, à minha família, ao meu namorado, aos amigos, aos professores e a todas as pessoas que me ajudaram de alguma forma na realização deste trabalho, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por tudo, pela saúde, a força, a sabedoria e o cuidado todos os dias em minha vida. À minha família, por todo suporte, apoio e compreensão oferecido durante a minha jornada, por sempre me apoiarem nos momentos difíceis e acreditarem em mim. À UEPB, por permitir a realização deste meu maior sonho e por todas as experiências que foram ofertadas durante toda a graduação.

Agradeço também a todos os professores do curso de Psicologia, que me inspiraram e ajudaram durante esses cinco anos, especialmente a minha professora e orientadora, Aponira Farias, por todo o seu apoio e assistência oferecida a mim durante esses anos. Todo o seu carinho e dedicação em ensinar, me inspira a ser uma profissional esforçada e capacitada. Também agradeço aos membros da banca examinadora, Livânia Beltrão e José Andrade, por terem aceitado o meu convite e serem inspirações para mim.

Gratidão também ao meu namorado, por sempre me ouvir e me proporcionar momentos de distração e felicidade. Agradeço aos meus amigos e colegas que me acompanharam nessa caminhada, especialmente as meninas que dividiram apartamento comigo, ajudando-me nos momentos difíceis e compartilhando momentos divertidos e descontraídos.

Expresso a minha gratidão a todos os professores que fizeram parte do meu percurso estudantil da Escola Municipal Benedito Roseno Freire, Escola Municipal Luiz Ventura e EREM João XXIII. Vocês me incentivaram a acreditar que eu poderia ter um futuro melhor através dos estudos, sou eternamente grata a todos!

Agradeço também aos profissionais da Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB, por toda orientação e disponibilidade em ajudar na realização da minha pesquisa, vocês foram essenciais durante esse período. Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a minha trajetória acadêmica. Sou profundamente grata por todo o apoio, encorajamento e sabedoria que recebi ao longo deste percurso.

“A forma como as pessoas se sentem emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas a como elas interpretam e pensam a respeito de uma situação” (BECK, 2022, p. 28).

RESUMO

O trauma ortopédico, além de afetar a mobilidade, altera a rotina e pode impactar a saúde mental. Os traumas nos membros inferiores podem ser ainda piores por causa das restrições nas atividades diárias e da dependência das outras pessoas para cuidados básicos. A reabilitação física é essencial para a recuperação funcional e o uso de estratégias de enfrentamento é importante para amenizar o sofrimento e desafios ocasionados durante a reabilitação. Esse estudo teve como objetivo investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com traumas ortopédicos nos membros inferiores durante o período de reabilitação. Buscou também identificar as principais causas, elencar fatores de risco e de proteção e analisar como as limitações funcionais desses pacientes impactam a vida sociofamiliar e laboral. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, conduzida na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba no primeiro semestre de 2024. A seleção da amostra considerou dois critérios de inclusão: a faixa etária entre 18 e 60 anos e estar em processo de reabilitação devido a um trauma ortopédico dos membros inferiores. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas gravadas com os indivíduos da amostra selecionada, analisadas por meio da análise temática categorial. Os resultados obtidos indicam que as principais estratégias de enfrentamento foram: espiritualidade, suporte social, fuga e esquiva, reavaliação cognitiva, afastamento e aceitação. Os principais causadores de traumas ortopédicos encontrados incluem acidentes de trânsito, lesões esportivas, acidentes domésticos, desgaste ou fratura por excesso de exercício físico e amputação por diabetes. As limitações físicas após o trauma ortopédico impactaram trabalho, hobbies, afazeres domésticos, atividades diárias, lazer e interações sociais. Os fatores de risco que colaboraram para a aquisição do trauma foram motoristas embriagados que colidiram com os pacientes, sentar de forma errada, lodo no chão, esforço físico intenso e problemas circulatórios por diabetes. A fisioterapia foi o principal fator de proteção utilizado durante a reabilitação. Conclui-se que os achados deste estudo são importantes, pois ao compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, os profissionais da saúde podem adaptar as intervenções de forma individual, a fim de oferecer não só uma recuperação melhor, mas também uma qualidade de vida melhorada após a aquisição do trauma ortopédico.

Palavras-chave: trauma ortopédico; membros inferiores; reabilitação; estratégias de enfrentamento.

ABSTRACT

Orthopedic trauma, in addition to affecting mobility, changes routine and can impact mental health. Lower limb trauma can be even worse because of restrictions on daily activities and dependence on others for basic care. Physical rehabilitation is essential for functional recovery and the use of coping strategies is important to alleviate the suffering and challenges caused during rehabilitation. This study aimed to investigate the coping strategies used by people with orthopedic trauma to the lower limbs during the rehabilitation period. It also sought to identify the main causes, list risk and protective factors and analyze how the functional limitations of these patients impact their socio-family and work life. This is a qualitative and exploratory research, conducted at the Physiotherapy School Clinic of the State University of Paraíba in the first half of 2024. The sample selection considered two inclusion criteria: the age range between 18 and 60 years and being in the process of rehabilitation due to orthopedic trauma to the lower limbs. Data collection was carried out using a sociodemographic questionnaire and semi-structured interviews recorded with individuals from the selected sample, analyzed using categorical thematic analysis. The results obtained indicate that the main coping strategies were: spirituality, social support, escape and avoidance, cognitive reappraisal, withdrawal and acceptance. The main causes of orthopedic trauma found include traffic accidents, sports injuries, domestic accidents, wear or fractures due to excessive physical exercise and amputation due to diabetes. Physical limitations after orthopedic trauma impacted work, hobbies, household chores, daily activities, leisure and social interactions. The risk factors that contributed to the acquisition of trauma were drunk drivers who collided with patients, sitting incorrectly, mud on the floor, intense physical exertion and circulatory problems due to diabetes. Physiotherapy was the main protective factor used during rehabilitation. It is concluded that the findings of this study are important, because by understanding the coping strategies used by patients, health professionals can adapt interventions individually, in order to offer not only a better recovery, but also a better quality of life. improved after the acquisition of orthopedic trauma.

Keywords: orthopedic trauma; lower members; rehabilitation; coping; acquired physical disability.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo das informações pessoais dos pacientes	25
--	----

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
COVID-19	Doença do novo coronavírus
CRE	<i>Coping</i> religioso-espiritual
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SBOT	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
SM	Salários mínimos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TAGV	Termo de Autorização para Gravação de Voz
TAI	Termo de Autorização Institucional
TAICDA	Termo de Autorização Institucional para o Uso e Coleta de Dados em Arquivos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1	Deficiência física e trauma ortopédico	14
3.2	Reabilitação psicossocial do trauma ortopédico	20
3.3	Estratégias de enfrentamento de pessoas com trauma ortopédico	21
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
5.1	Categoria I - Estratégias de enfrentamento	30
5.2	Categoria II - Impactos na vida individual, sócio-familiar e laboral	34
5.3	Categoria III - Fatores de risco e proteção	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	57
	APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	61
	ANEXO A - TCLE	62
	ANEXO B - TAGV	65
	ANEXO C - TAI	66
	ANEXO D - TAICDA	67

1 INTRODUÇÃO

O trauma ortopédico vitimiza pessoas em todo o mundo, por causas diversas, embora não se tenha dados concretos acerca do quantitativo de pessoas acometidas. Ele pode ocasionar fraturas que ocorrem por vários tipos de acidentes, como durante a realização de esportes, acidentes de trânsito, quedas acidentais e de trabalho, dentre outros (Silva *et al.*, 2017). Assim, essas lesões, além de afetar a mobilidade das pessoas, também podem impactar o bem-estar psicológico e social delas, pois acabam ocasionando mudanças de rotina e estilo de vida dos pacientes. Nessa perspectiva, o trauma ortopédico é uma das condições mais debilitantes na sociedade atual, afetando a função do indivíduo, seu relacionamento com a família e a comunidade e sua participação econômica na sociedade (Silveira *et al.*, 2021).

Dessa forma, o processo de reabilitação desempenha um papel importante durante o período de recuperação da lesão ortopédica, visto que ela possui um conjunto de medidas que busca facilitar às pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a interagirem de forma eficiente e autônoma com seu ambiente (OMS, 2011). A reabilitação de uma lesão é influenciada por diversos fatores desde sua ocorrência, incluindo dano físico, razão e gravidade da lesão, tipo e histórico do indivíduo (Santi e Pietrantonio, 2013). Os mesmos autores ainda destacam que os fatores psicológicos, socioeconômicos, contextuais, sociodemográficos e biológicos também afetam a percepção de dor, a duração da recuperação e a qualidade de vida do paciente.

Dessa forma, para enfrentar esse momento de reabilitação, as pessoas podem utilizar estratégias de enfrentamento para lidar melhor com a situação, ou seja, elas utilizam um conjunto de estratégias comportamentais e cognitivas para lidar com situações estressantes, incluindo modificação, prevenção e reavaliação para reduzir o impacto do estresse (Lima *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, a revisão integrativa realizada por Sousa (2022) mostrou que as estratégias de *coping* adotadas por pessoas com deficiência física e profissionais variam em seus efeitos conforme as individualidades e contextos de cada paciente, incluindo idade, escolaridade, causa da deficiência e contextos culturais. Assim, a compreensão desses aspectos torna-se essencial para a promoção de um processo de reabilitação eficaz e adaptado às necessidades individuais.

O período de reabilitação após um trauma ortopédico pode ser ainda mais difícil quando a lesão é nos membros inferiores, devido à sua influência na mobilidade, restrições nas atividades diárias e a necessidade de ajuda de outras pessoas para cuidados essenciais. Em

uma pesquisa realizada por Fonseca *et al.* (2014) com pessoas que sofreram fraturas nos membros inferiores por causas externas, observou-se que a dependência, problemas de locomoção e dificuldades financeiras impactaram significativamente o bem-estar psicológico dos indivíduos, levando à sentimentos de tristeza e incerteza em relação ao futuro.

Conforme observado no estudo de Silva *et al.* (2021), foi constatado que a deficiência adquirida por acidente de trânsito causa significativas repercussões físicas e psicológicas nas vítimas. Fisicamente, resulta em perda de independência, restrição de autonomia, comprometimento de habilidades e limitação para atividades diárias. Psicologicamente, provoca sofrimento mental, manifestado em falta de esperança, tristeza, estresse, raiva, culpa e medo. Compreender essas questões psicológicas é fundamental para proporcionar uma abordagem de reabilitação mais abrangente, eficaz e centrada no paciente, contribuindo para uma boa adesão à fisioterapia, apesar das dificuldades físicas e psíquicas ao longo do processo.

Apesar do impacto emocional que as lesões ortopédicas podem gerar, a literatura científica ainda carece de pesquisas específicas sobre o sofrimento psíquico durante o período de reabilitação, bem como as estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes. A lacuna nessa área de conhecimento ressalta a necessidade de uma investigação mais detalhada para compreender as experiências individuais e identificar possíveis intervenções de apoio psicológico.

Nesse contexto, este estudo visa identificar quais as estratégias de enfrentamento os pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação utilizam para lidar com os desafios desse período. Além disso, busca proporcionar uma compreensão mais profunda das necessidades e desafios enfrentados por esses pacientes, permitindo uma abordagem mais humanizada e eficaz por parte dos profissionais de saúde. Deste modo, esta pesquisa busca uma investigação detalhada desses fatores, visto que eles impactam a qualidade de vida e a capacidade de recuperação dos pacientes em processo de reabilitação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com traumas ortopédicos nos membros inferiores durante o período de reabilitação.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais causas de traumas ortopédicos nos membros inferiores;
- Elencar fatores de risco e de proteção no enfrentamento à reabilitação física oriunda de traumas nos membros inferiores;
- Analisar como as limitações funcionais dos pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores impactam a vida sociofamiliar e laboral.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Deficiência física e trauma ortopédico

A experiência humana no mundo é moldada por aspectos biológicos, culturais, sociais e econômicos, que influenciam a estrutura social ao longo do tempo (Reis, Araújo e Glat, 2019). Ainda conforme os mesmos autores, à medida que as interações sociais se transformam, surgem normas e valores que determinam se um indivíduo é aceito ou rejeitado, conforme as demandas da cultura de cada comunidade. Ao não corresponderem aos modelos socialmente estabelecidos, pessoas ou grupos podem sofrer violências, ataques e impedimentos no acesso a serviços, lugares e convívio social (Mendes, Denari e Costa, 2022).

No século XVIII, surgiu a ideia de que a deficiência é uma variação do corpo padrão humano, resultando em corpos que não se encaixam na normalidade, o que causou uma construção discursiva que persistiu ao longo do tempo (Diniz, 2007). Por isso o conceito de deficiência tem sido alvo de debates há décadas, não só devido à presença de múltiplas definições, que incluem abordagens biológicas, sociais e culturais, mas também por causa da existência de termos preconceituosos que promovem exclusão como ‘pessoas especiais’, ‘incapazes’, ‘defeituosos’, ‘pessoas com necessidades especiais’, entre outros (Mota e Bousquat, 2021).

Essa dificuldade em definir apenas um significado para esse tema colabora para o surgimento de problemas práticos de várias formas, como no levantamento de dados epidemiológicos e na construção de políticas públicas (Szwarcwald, 2008). Vale destacar ainda que o termo "deficiente" carrega uma conotação negativa, que pode contribuir para a discriminação, já que sugere falha, defeito ou imperfeição. Chamá-las de "deficientes" limita sua identidade à deficiência, em vez de reconhecer sua condição como indivíduos completos (Bonfim, 2019). Isso reforça o capacitismo, um preconceito que presume a incapacidade das pessoas com deficiência, discriminando-as com base nessa percepção (Marchesan e Carpenedo, 2021).

A terminologia adequada atualmente é "pessoa com deficiência", conforme recomendado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e oficializada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, sendo aceita pela Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015 (Brasil, 2015). Essa denominação é preferível porque coloca a "pessoa" em primeiro plano e, em segundo

lugar, descreve a deficiência que ela possui, como "pessoa com deficiência auditiva" ou "pessoa com deficiência física" (Bonfim, 2019).

Conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2023, a população com deficiência no Brasil foi calculada em 18,6 milhões de indivíduos com 2 anos ou mais, representando 8,9% da população nessa faixa etária. Essa estimativa foi realizada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Pessoas com Deficiência 2022. O Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008 define as pessoas com deficiência como: “(...) aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2008, p. 2).

Outra definição existente é da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), se refere às deficiências como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou uma perda”. Além disso, a CIF (2008) também enfatiza que elas podem variar em sua natureza, sendo temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáveis, intermitentes ou contínuas. O grau de desvio em relação ao padrão da população pode ser leve ou grave, podendo também mudar ao longo do tempo (OMS, 2008).

É importante destacar que as deficiências podem estar sujeitas às condições de saúde, mas não implicam automaticamente a existência de uma doença ou a classificação do indivíduo como doente (OMS, 2008). Além disso, as deficiências podem ser físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais (auditivas ou visuais) e são categorizadas com base em suas causas, sendo hereditárias, congênitas ou adquiridas (Santos e Carvalho-Freitas, 2019). De acordo com Souza e Carneiro (2007), as hereditárias possuem causas genéticas e são transmitidas pelos pais; já as congênitas são deficiências que podem ser evitadas ou reduzidas.

As deficiências adquiridas frequentemente resultam de sequelas de doenças, como diabetes e glaucoma, ou são decorrentes de acidentes de trabalho, de trânsito ou ferimentos causados por armas brancas e de fogo (Santos e Freitas, 2019). Brito (2009) enfatiza que o diagnóstico de uma doença crônica, ou a aquisição súbita de uma deficiência, tem um impacto significativo que afeta todos os aspectos da vida, uma vez que essa nova condição pode demandar ajustes no estilo de vida, na rotina, nas atividades diárias e na maneira como a pessoa lida consigo mesma. Nessa perspectiva, percebe-se que essa mudança inesperada também pode prejudicar a saúde mental das pessoas.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) estes conceitos são importantes para o entendimento das limitações causadas por deficiências:

Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.

Participação é o envolvimento em situações de vida diária.

Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades.

Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida (OMS, 2008, p. 21).

Desse modo, pessoas que sofreram algum trauma ortopédico estão com limitações de atividade e restrições de participação. Logo, esses fatores podem contribuir para possíveis dificuldades de adaptação e prejuízos na saúde mental. Um estudo realizado por Santos e Freitas (2019) com pessoas com deficiências adquiridas ao longo da vida, comprovou que a aquisição inesperada de uma deficiência pode ocasionar problemas de aceitação, adaptação, angústia, incertezas e até depressão. Sendo assim, já existem evidências que mostram o quanto esse aspecto pode causar sofrimento nas pessoas.

Além disso, as mudanças na vida adulta após adquirir uma deficiência física, seja por acidente, doença ou hábitos inadequados, são grandes e impactantes (Marques e Ferreira, 2020). Um fator que pode colaborar para o aumento de problemas na saúde mental do público em questão é a dificuldade de realizar atividades básicas no dia a dia. Segundo Souza e Carneiro (2007), essa condição torna as pessoas dependentes e vulneráveis, necessitando de assistência ou apoio regular para compensar o comprometimento da capacidade funcional, garantindo assim a realização de comportamentos e ações essenciais para a sobrevivência do indivíduo.

Dessa forma, ser independente para realizar as atividades diárias é importante para as pessoas, pois a falta dessa autonomia pode afetar negativamente aspectos emocionais, físicos e sociais. A dependência, independentemente da idade, pode perturbar a dinâmica familiar, influenciar os papéis dos membros da família e impactar nas relações e no bem-estar, tanto da pessoa dependente quanto de seus familiares (Andrade *et al.*, 2010).

Vale ressaltar também que outro motivo de sofrimento psíquico é o julgamento das pessoas. Dessa forma, uma pessoa com deficiência física adquirida, ao interagir socialmente, pode enfrentar preconceito e olhares curiosos em relação à sua deficiência, o que afeta a forma como ela se percebe e constrói sua identidade como alguém com deficiência (Ferreira e

Oliver, 2010). Nesse sentido, esses aspectos podem contribuir para o isolamento social e a evitação de ambientes com muitas pessoas.

Oliveira (2022) constatou que o estigma social delinea as pessoas com deficiência, enquanto a discriminação se manifesta pela distinção entre indivíduos com e sem deficiência, por meio de atitudes e comportamentos. O mesmo autor evidencia que o estigma e a discriminação provocam impactos frequentes e persistentes na vida dessas pessoas, incluindo a negligência de direitos humanos em diversas esferas, como educação, trabalho, segurança, saúde, lazer e relações sociais. De acordo com dados do IBGE (2023), a maioria das pessoas com deficiência no Brasil apresenta baixa escolaridade e não está inserida no mercado de trabalho. Isso demonstra como o preconceito está diretamente relacionado com as dificuldades educacionais e de emprego enfrentadas por essa população.

De acordo com Marques e Ferreira (2020), a incerteza sobre o futuro do próprio corpo, a forma de viver a vida, a independência e a autonomia, podem causar grande ansiedade e insegurança nas pessoas após a aquisição ou o diagnóstico de uma deficiência física. Os mesmos autores enfatizam que o estresse também está presente na vida desse público, pois ele acontece quando uma pessoa percebe que um evento em sua vida está além de sua capacidade de lidar, como no caso de indivíduos que adquirem uma deficiência física.

Dentre os tipos das deficiências físicas adquiridas, existem aquelas que são provenientes de traumas ortopédicos. Segundo a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), o trauma ortopédico é caracterizado por lesões musculoesqueléticas provenientes de acidentes que abrangem desde traumas leves, como acidentes domésticos e entorses, até traumas graves, como acidentes de trânsito, quedas de alturas e lesões relacionadas a esportes de alto desempenho.

Para entender esse tipo de trauma, Maia (2022) enfatiza a importância de analisar o contexto demográfico e as mudanças epidemiológicas, levando em conta o envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida, a incidência de acidentes domésticos (especialmente quedas) e acidentes de trânsito, bem como casos de violência. Cabe ressaltar ainda que viver com uma deficiência geralmente resulta em mudanças significativas na autoimagem, nos sentimentos e nos relacionamentos pessoais. No entanto, essas mudanças não implicam necessariamente uma experiência negativa, já que as pessoas podem vivenciar de maneiras diversas essa nova situação (Lima, 2021).

Nesse contexto, o surgimento rápido de uma doença traz mudanças na rotina, tanto para os indivíduos afetados, quanto para seus familiares. Essas alterações podem levar à transtornos e conflitos, especialmente quando a condição é grave, resultando em vulnerabilidade emocional (Fonseca *et al.*, 2018). De acordo com os mesmos autores, a incapacidade de realizar atividades habituais e de se sustentar a si próprio são aspectos que requerem atenção e discussão por parte dos profissionais de saúde.

É importante destacar ainda que as tecnologias assistivas são de grande importância para pessoas com deficiência físicas. O Comitê de Ajudas Técnicas (2007) formulou o conceito brasileiro dessa tecnologia da seguinte maneira:

Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social. (Comitê de Ajudas Técnicas, 2007, p. 3)

Dessa forma, esse tipo de tecnologia pode ser considerada como um suporte para melhorar a capacidade funcional, permitindo a realização de uma função desejada que pode ser dificultada por deficiência ou envelhecimento (Bastos *et al.*, 2023). Assim, a tecnologia assistiva busca promover independência, qualidade de vida e inclusão social para pessoas com deficiência, ampliando sua comunicação, mobilidade, controle do ambiente, habilidades de aprendizado, oportunidades de trabalho e integração com a sociedade, família e amigos (Sartoretto e Bersch, 2017).

Bersch (2013) definiu as categorias de tecnologia assistiva. Algumas delas são: auxílios para a vida diária e prática, ou seja, materiais e produtos projetados para promover a autonomia e independência em tarefas diárias, além de facilitar o cuidado de pessoas que precisam de assistência em atividades como alimentação, cozinha, vestimenta, banho e necessidades pessoais. Alguns exemplos disso são: barras de apoio, talheres modificados, suporte para utensílios domésticos e recursos para transferência. Outro tipo de tecnologia são os sistemas de controle de ambiente, com um controle remoto, pessoas com limitações motoras podem operar eletrônicos, ajustar luzes, sons, televisores, ventiladores, abrir/fechar portas, atender ligações, ativar sistemas de segurança e muito mais em sua residência e arredores (Bersch, 2013).

Ainda segundo a mesma autora, outra forma de tecnologia são os projetos arquitetônicos para acessibilidade, como modificações na estrutura da casa ou local de

trabalho, como rampas, elevadores, adaptações em banheiros e mobiliário, que eliminam ou minimizam as barreiras físicas. Outras categorias citada por Bersch (2013) são: órteses e próteses, auxílio de mobilidade, como bengalas, muletas, cadeiras de rodas, andadores etc., mobilidade em veículos, isto é, itens que permitem que pessoas com deficiência física conduzam um veículo, incluindo dispositivos de assistência para entrar e sair do veículo, como elevadores para cadeiras de rodas em carros particulares ou de transporte público, rampas para cadeiras de rodas e serviços de autoescola específicos para pessoas com deficiência.

Nessa perspectiva, os exemplos supracitados mostram que o avanço tecnológico contribui muito para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Assim, no Brasil, o Decreto 3.298 de 1999, no artigo 19, estabelece o direito dos brasileiros ao acesso de Ajudas Técnicas. Nele menciona que:

Consideram-se ajudas técnicas, para os efeitos deste Decreto, os elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, com o objetivo de permitir-lhe superar as barreiras da comunicação e da mobilidade e de possibilitar sua plena inclusão social. (Brasil, 1999, p.12).

Nele consta que se enquadra como ajudas técnicas: “I -próteses auditivas, visuais e físicas; II- órteses que favoreçam a adequação funcional”, “ [...] V- elementos de mobilidade, cuidado e higiene pessoal necessários para facilitar a autonomia e a segurança da pessoa portadora de deficiência;” e “ [...] adaptações ambientais e outras que garantam o acesso, a melhoria funcional e a autonomia pessoal;”. Dessa forma, é direito de todas as pessoas com deficiência ou em reabilitação terem acesso a tais recursos.

Vale ressaltar ainda que outro desafio encontrado pelas pessoas com deficiência é a acessibilidade, pois é muito comum achar estruturas com falhas ou problemas para o acesso desse público, principalmente indivíduos com deficiência física. Esses problemas acontecem nas organizações públicas e privadas (Rueda e Barros, 2018). Segundo o Decreto nº 5.296 (Brasil, 2004) a acessibilidade refere-se a:

(...) condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2004, p.6).

O mesmo decreto declara que é dever de todo estabelecimento público e privado ter espaços que promovam o acesso das pessoas com deficiência, como a disponibilização de rampas, calçadas acessíveis, elevadores e etc (Brasil, 2004). No entanto, apesar das normas e leis de acessibilidade, muitos estabelecimentos não atendem às necessidades das pessoas com deficiência, evidenciando obstáculos para sua efetiva inclusão na sociedade (Rueda e Barros, 2018).

Em vista disso, diante do exposto, percebe-se o impacto significativo da aquisição de uma deficiência em diversas áreas da vida das pessoas, abrangendo desde a mobilidade até a saúde mental. Felizmente, existem tecnologias assistivas que melhoram a qualidade de vida dessas pessoas, facilitando a adaptação e a autonomia dos indivíduos. Além disso, a reabilitação física é outro fator que ajuda na recuperação funcional e na reintegração social, como será evidenciado a seguir.

3.2 Reabilitação psicossocial do trauma ortopédico

Loyola *et al.* (2017) definem a reabilitação como um processo interdisciplinar e integrado que se concentra na exploração do potencial total do indivíduo, abrangendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e ocupacionais. Os mesmo autores destacam a importância de respeitar as limitações da pessoa para promover um maior nível de independência pessoal e, conseqüentemente, sua reintegração social.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), a reabilitação, no contexto da funcionalidade, tem uma abordagem mais ampla e social, considerando o indivíduo, a família e a comunidade. Isso enfatiza a inclusão social, o desempenho das atividades e a participação na família, comunidade e sociedade. Essa abordagem é organizada em três componentes:

- O corpo, compreendido em sua dimensão funcional e estrutural;
- Atividade e Participação, como aquilo que o corpo é capaz de realizar. Representa aspectos da funcionalidade individual e social, englobando todas as áreas vitais, desde as atividades básicas do cotidiano, até interações interpessoais e de trabalho;
- Contexto em que cada um vive para realizar suas atividades, entre os quais estão incluídos os fatores ambientais, que têm um impacto sobre todos os três componentes. (Ministério da Saúde, 2020, p. 7).

Nessa perspectiva, nota-se que é importante considerar o contexto social, físico, econômico e psicológico de cada paciente em reabilitação, pois todos esses fatores podem

influenciar significativamente o processo de recuperação e cada indivíduo enfrenta essa fase de uma forma diferente. Assim, as estratégias de reabilitação devem ser personalizadas de acordo com as necessidades individuais, para melhorar a qualidade de vida, autonomia e capacidade de realizar atividades de forma independente. Essas ações não devem ser limitadas a um único campo profissional, mas sim abordadas de forma colaborativa, considerando a complexidade de cada indivíduo (Ministério da Saúde, 2020).

Além disso, a maioria dos pacientes que necessitam de tratamento de reabilitação passou por perdas no nível corporal, funcional e/ou social devido à doenças crônicas, sequelas neurológicas, lesões relacionadas à gestação e ao parto, acidentes de trânsito e de trabalho. A reabilitação é assim um procedimento terapêutico destinado a tratar ou reduzir essas incapacidades, embora não se possa prometer uma cura total para essas patologias (Bonfim, 2019). De acordo com a mesma autora, a possibilidade de perder em algum nível de desempenho corporal contribui significativamente para o sofrimento psíquico dos pacientes.

Cabe salientar ainda que é direito de toda pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida o acesso à serviços públicos de reabilitação. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Brasil, 2008), a assistência à saúde de pessoas com deficiência, incluindo a reabilitação, deve seguir princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, abrangendo desde unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação, públicos ou privados, e as organizações não-governamentais, até os Centros de Referência em Reabilitação, que lidam com ações mais complexas.

3.3 Estratégias de enfrentamento de pessoas com trauma ortopédico

As estratégias de *coping* são definidas por Lazarus e Folkman (1984) como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelas pessoas para enfrentar demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são percebidas como ultrapassando ou sobrecarregando seus recursos pessoais. Segundo os mesmos autores, as definições de enfrentamento devem abranger esforços para lidar com situações estressantes e demandas, independentemente do resultado. Isso implica que nenhuma estratégia é considerada intrinsecamente superior a outra (Lazarus e Folkman, 1984).

O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento pode estar vinculado à subjetividade e ao estado emocional do indivíduo. Ou seja, é importante reconhecer que cada paciente possui recursos individuais para enfrentar os desafios da vida (Medeiros e Peniche, 2006). Vale ressaltar ainda que essas estratégias desempenham duas funções principais: o enfrentamento focado no problema, isto é, gerenciar ou alterar o problema que causa angústia no ambiente e o enfrentamento baseado na emoção que corresponde a regular a resposta emocional ao problema (Lazarus e Folkman, 1984).

Folkman & Lazarus (1984) classificaram as estratégias de *coping* em oito categorias, ou seja, em formas diferentes de estratégias para lidar com o estresse: resolução de problemas, autocontrole, suporte social, confronto, afastamento, fuga-esquiva, reavaliação positiva e aceitação de responsabilidade. A resolução de problemas envolve o planejamento de ações direcionadas para solucionar problemas específicos. O autocontrole se concentra em tentar controlar a emoção diante de um problema. O suporte social está relacionado à busca de apoio de outras pessoas para lidar com situações estressantes. O confronto acontece quando a pessoa adota uma atitude ativa diante do estressor (Folkman & Lazarus, 1984).

O afastamento corresponde a estratégias de negação de medo ou ansiedade, em que a pessoa procura esquecer a realidade, recusando-se a aceitar que a situação está acontecendo. A fuga-esquiva envolve a tentativa de se distanciar de uma situação, muitas vezes evitando resolvê-la completamente. A reavaliação positiva ocorre quando a pessoa tenta reorganizar a situação ou focar nos aspectos positivos para reduzir a carga emocional dos problemas. E a aceitação de responsabilidade é o reconhecimento da culpa em uma situação, na tentativa de resolvê-la (Folkman & Lazarus, 1984).

Cabe salientar ainda que, algumas estratégias de *coping* podem ser úteis e fortalecedoras (*coping* positivo), como suporte social, atividades religiosas e de relaxamento, como leitura, exercícios físicos e práticas envolvendo música e criatividade. No entanto, outras podem ser equivocadas e prejudiciais (*coping* negativo), incluindo estratégias de evitação ou negação dos problemas, supressão de emoções e auto negligência (Muller, Silva e Pesca, 2021). Diante disso, as estratégias de enfrentamento são importantes, podendo empoderar ou tornar vulnerável um indivíduo na superação de problemas (Morero, Bragagnollo e Santos, 2018).

4 METODOLOGIA

Este projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) possui a abordagem qualitativa, a qual, segundo Yin (2016), possibilita o estudo aprofundado de uma vasta variedade de assuntos, incluindo temas favoritos, de forma simples e acessível ao dia a dia. Trata-se de uma pesquisa exploratória, pois visa aprofundar a compreensão do problema, tornando-o mais claro e formando hipóteses (Gil, 2019).

O público-alvo desta pesquisa é composto por adultos entre 18 e 60 anos que estavam recebendo tratamento fisioterapêutico devido a um trauma ortopédico nos membros inferiores. A pesquisa foi conduzida na Clínica Escola de Fisioterapia, da Universidade Estadual da Paraíba, onde os participantes estavam recebendo tratamento para seus traumas ortopédicos. Foi escolhido esse local porque ele possui atendimentos em diversas áreas da fisioterapia como a Neurofuncional, Uroginecológica, Obstétrica, Cardio Respiratória, Traumatologia Ortopédica, Reumatológica, Geriátrica e Pediátrica.

A Clínica Escola de Fisioterapia é conveniada com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, integrando a Rede de Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde (SUS) no município e todos seus atendimentos são gratuitos. Segundo a coordenação da Clínica de Fisioterapia, por mês são realizados atualmente mais de mil atendimentos distribuídos nas diversas áreas, sendo atendidos cerca de 200 pacientes semanalmente. Vale ressaltar também que em média 15 pacientes realizam fisioterapia por mês por causa de traumas ortopédicos nos membros inferiores.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico e entrevistas semi-estruturadas gravadas com os indivíduos da amostra selecionada. Elas foram conduzidas por uma pesquisadora devidamente treinada e ocorreram nas dependências da Clínica Escola de Fisioterapia. Para a seleção da amostra, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão. Os critérios de inclusão focaram em pessoas com idades entre 18 e 60 anos que estavam fazendo fisioterapia devido a traumas ortopédicos nos membros inferiores. Esse grupo foi selecionado para garantir que os dados coletados sejam uniformes e pertinentes ao objetivo principal da pesquisa.

Por outro lado, foram estabelecidos critérios de exclusão para evitar a inclusão de pacientes que não se enquadram no perfil desejado. Pessoas com idades fora da faixa etária especificada e aqueles em processo de reabilitação por causa de traumas ortopédicos em outros membros foram excluídos. Essas exclusões foram fundamentais para manter a consistência nos dados e focar exclusivamente nos pacientes com traumas ortopédicos nos

membros inferiores. A amostra foi composta por 13 pacientes que voluntariamente concordaram em participar da pesquisa.

Este projeto seguiu os princípios éticos da pesquisa científica, obtendo aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, com número do Parecer: 6.585.305 e CAAE: 76338623.6.0000.5187. Antes das entrevistas, todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, bem como o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo. Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi conduzida uma pesquisa piloto envolvendo um participante. De acordo com Bailer, Tomitch e D'Ely (2011), esse estudo piloto é importante porque é uma prévia do estudo completo, envolvendo a realização de todos os procedimentos da metodologia, com o propósito de ajustar e aprimorar os instrumentos antes da pesquisa principal.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e passaram por análise temático categorial detalhada dos dados qualitativos. Essa abordagem de pesquisa científica utiliza métodos sistemáticos, validados por diferentes pesquisadores e acessíveis ao público, tendo como objetivo obter inferências válidas sobre conteúdos verbais, visuais ou escritos (Sampaio e Lycarião, 2021). De acordo com os mesmos autores, essa técnica visa descrever, quantificar ou interpretar fenômenos, focando nos significados, intenções, consequências ou contextos relacionados a esses conteúdos. Dessa forma, a análise dos dados foi realizada de forma sistemática, utilizando métodos para identificar temas, padrões e percepções relacionadas ao sofrimento psíquico durante o período de reabilitação e às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi composta por 13 pacientes que atenderam aos critérios de participação da pesquisa. A análise dos dados coletados apresenta uma diversidade significativa entre os entrevistados em relação à vários aspectos demográficos, educacionais e sociais. Eles representam uma variedade de ocupações, incluindo estudantes, auxiliar administrativo, agricultor, policial militar, desempregada, servidor público, aposentado, administradora, dona de casa e vendedora. As idades dos entrevistados variam entre a faixa etária de 19 a 59 anos. As informações sobre os pacientes são resumidas na tabela 1:

Tabela 1 - Resumo das informações pessoais dos pacientes

Entrevistado(a)	Profissão	Idade	Sexo	Raça	Escolaridade	Estado civil	Número de filhos	Renda familiar	Religião	Tempo de trauma	Causa do trauma
E1	Estudante	19	F	Parda	Cursando ensino superior	Solteira	0	2 SM	Não tem	6 anos	Desgaste por causa de atividade física
E2	Estudante	20	M	Pardo	Cursando ensino superior	Solteiro	0	3 SM	Católico	2 meses	Praticando esporte
E3	Estudante	21	F	Parda	Cursando ensino superior	Solteira	0	3 SM	Católica	2 meses	Fratura por sobrecarga de exercício
E4	Estudante	25	M	Pardo	Cursando ensino superior	Solteiro	0	1 SM	Católico	2 meses	Praticando esporte
E5	Agricultor	32	M	Pardo	Ensino fundamental	Solteiro	0	1 SM	Católico	3 anos	Acidente de trânsito
E6	Auxiliar administrativo	35	F	Branca	Ensino médio	Solteira	0	2 SM	Não tem	6 meses	Acidente doméstico
E7	Policial Militar	38	M	Branco	Ensino superior	Solteiro	0	5 SM	Católico	1 mês	Praticando esporte
E8	Desempregada	42	F	Parda	Ensino médio	Solteira	2	1 SM	Católica	6 anos	Acidente de trânsito
E9	Servidor	43	M	Branco	Ensino	Casado	2	4 SM	Católico	22 anos	Acidente

	público				superior						de trânsito
E10	Administradora	44	F	Parda	Ensino superior	Casada	2	4 SM	Católica	2 anos	Desgaste por causa de atividade física
E11	Dona de casa	48	F	Branca	Ensino médio	Casada	1	2 SM	Católica	2 anos	Acidente doméstico
E12	Vendedora	58	F	Parda	Ensino médio	Casada	3	3 SM	Evangélica	10 anos	Acidente doméstico
E13	Aposentado	59	M	Pardo	Ensino fundamental	Solteiro	1	2 SM	Evangélico	5 anos	Diabetes

Fonte: Elaborada pela autora, 2024.

Conforme mostrado na tabela, a maioria dos entrevistados é do sexo feminino, totalizando sete mulheres, enquanto há seis entrevistados do sexo masculino. Observou-se nas entrevistas uma diferenciação relevante entre os gêneros sobre as limitações decorrentes de traumas ortopédicos. As mulheres frequentemente mencionaram as dificuldades enfrentadas na realização de afazeres domésticos, enfatizando os impactos dessas mudanças em suas vidas cotidianas. Por outro lado, os homens falaram mais sobre as restrições impostas à prática de atividades físicas, ressaltando a influência dessas limitações em seu estilo de vida ativo e no engajamento em hobbies e interesses pessoais.

De forma análoga, na pesquisa de Berri *et al.* (2020), também não houve diferenças significativas entre homens e mulheres nas representações sociais. Entretanto, ao analisar especificidades, observou-se vivências distintas em relação à deficiência física adquirida, o que revela a persistência de comportamentos ligados aos papéis de gênero. Nessa perspectiva, nota-se que as experiências individuais são moldadas não apenas pelo processo de reabilitação em si, como também pela percepção de gênero e pelas expectativas sociais associadas a ele.

A autodeclaração racial dos participantes mostra uma predominância de pessoas pardas, com algumas se identificando como brancas. Essa informação é coerente com o resultado do estudo de Barreto, Araújo e Castro (2021), em que a maioria das pessoas com deficiência adquirida não eram brancas. No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos entrevistados está cursando ou concluiu o ensino superior, mas também há entrevistados com níveis educacionais mais baixos, como ensino médio e fundamental. No entanto, na pesquisa dos autores supracitados, houve uma maior prevalência de pessoas com menor grau de escolaridade.

A renda familiar deles é expressa na tabela em salários mínimos (SM), com valores que oscilam entre 1 e 5 SM, confirmando o estudo de Fonseca (2016), o qual os pacientes com fraturas nos membros inferiores relataram renda entre 1 e 4 salários mínimos. Segundo dados do IBGE, a população preta ou parda enfrenta muitas desvantagens em comparação à branca em termos de mercado de trabalho, renda, moradia, educação, violência e representação política. Dessa forma, os marcadores sociais, como raça, escolaridade e renda, desempenham um papel importante na análise das condições de vida e saúde dos indivíduos.

Quanto ao estado civil, a maioria dos entrevistados são solteiros, mas também há pacientes casados, apoiando os resultados de Nascimento *et al.* (2020) que também encontraram predominância de solteiros entre vítimas de fraturas internadas em um hospital

universitário. A análise da estrutura familiar revela que alguns entrevistados têm filhos, variando de nenhum a três filhos.

No aspecto religioso, observa-se uma diversidade de crenças entre os pacientes. O catolicismo é a religião mais comum entre eles, seguido pelo evangelismo e por entrevistados que não têm uma religião declarada. O estudo de Silva *et al.* (2021) também encontrou predominância da religião católica entre vítimas de acidentes de trânsito. A religiosidade/espiritualidade pode facilitar comportamentos mais saudáveis em meio às adversidades, promovendo a recuperação da saúde em alguns casos e permitindo o enfrentamento das dificuldades de maneira mais positiva e confiante (Silva, Paixão e Oliveira, 2021).

Quanto ao tempo de trauma ou evento causador, as experiências relatadas pelos entrevistados abrangem uma ampla variação, desde alguns meses até mais de duas décadas. As causas dos traumas mencionados pelos pacientes incluem: prática de esporte(três), desgaste ou fratura por excesso de exercício físico (quatro), acidentes domésticos (três), acidentes de trânsito (três) e condições médicas crônicas, como diabetes (um). Dessa forma, a principal causa de lesões ortopédicas nos membros inferiores encontrada no presente estudo foi relacionada à prática de atividades físicas. Segundo Durant (2021), existem alguns fatores que colaboram para o maior risco de lesões desse tipo, como: fazer treinos exaustivos sem planejamento adequado ou orientação profissional, não ter uma preparação prévia ou aumentar o volume de treino ultrapassando seus limites físicos.

No que se refere aos traumas ocasionados por prática de futebol ou futsal, é possível notar que muitos jogadores sofrem com lesões causadas por faltas recebidas ou ações de grande intensidade e velocidade, resultando em mudanças de direção, impactos com o solo e traumatismos que sobrecarregam as articulações (Lima, Munarin e Peternella, 2022). Dessa forma, esses aspectos representam possíveis motivos que colaboram para ocorrer lesões na prática de atividades físicas. Outra causa de trauma ortopédico relatada pelos pacientes foi o acidente doméstico, o qual existem diversos fatores de risco que contribuem para sua ocorrência. Entre esses fatores estão andar sobre pisos molhados, úmidos ou encerados; falta de iluminação adequada nos ambientes; presença de escadas com degraus de tamanhos diferentes e móveis obstruindo o caminho, como gavetas abertas (Unafisco, 2020).

Além disso, outro fator de lesão ortopédica citado foi o acidente de trânsito, o qual estudos comprovam que comportamentos de risco, como dirigir embriagado, usar celular ao volante e exceder o limite de velocidade, são comuns (Rios *et al.* 2020). Por fim, a diabetes

foi outro fator contribuinte para o trauma ortopédico, resultando na amputação de parte da perna do paciente. A amputação é uma consequência grave da diabetes mellitus tipo 2, causada por danos nos vasos sanguíneos e nervos dos membros inferiores (Ferreira, Silva e Santos, 2023).

A maioria dos entrevistados mencionou obstáculos de acessibilidade, como calçadas inadequadas, barreiras arquitetônicas, banheiros inacessíveis e transporte público. No estudo de Lima (2021) também foi encontrado que os obstáculos físicos são frequentemente destacados como uma das principais fontes de frustração para pessoas com deficiência, devido à falta de características inclusivas do ambiente ao seu redor.

A partir das respostas dos entrevistados, a Análise de Conteúdo Temático Categorical identificou 3 categorias temáticas, sendo elas: (1) estratégias de enfrentamento, (2) impactos na vida individual, sociofamiliar e laboral e (3) fatores de risco e proteção.

5.1 Categoria I - Estratégias de enfrentamento

Por meio dos relatos dos pacientes, identificou-se algumas estratégias de *coping* utilizadas durante a reabilitação após o trauma ortopédico nos membros inferiores. Nesta categoria foram encontradas seis unidades de registro: (1) espiritualidade, (2) suporte social, (3) fuga e esquiva, (4) reavaliação cognitiva, (5) afastamento e (6) aceitação.

A primeira unidade de registro denominada “espiritualidade” foi mencionada por cinco pacientes. Panzini e Bandeira (2007) definiram o *coping* religioso-espiritual (CRE) como o uso de estratégias religiosas e/ou espirituais utilizadas para lidar com o estresse cotidiano e/ou crises que surgem ao longo da vida. Nessa perspectiva, ao questionar os pacientes sobre fatores de proteção, identificou-se nos seguintes relatos a presença da espiritualidade no período de reabilitação: “[...] *a minha fé em Deus que é uma proteção maior em mim; para mim é Deus em primeiro lugar*” (E11, 48 anos, dona de casa) “*A religião, Deus que nos dá força*” (E12, 58 anos, vendedora). “*A fisioterapia e Deus, né? Primeiramente Deus*” (E8, 42 anos, desempregada). “*Falo com Deus, entrego meus problemas à ele*” (E13, 59 anos, aposentado).

Dessa forma, o estudo de Barros (2018) evidenciou que a religiosidade foi um recurso importante para enfrentar o período de adoecimento e hospitalização, ajudando os pacientes a lidarem com dores, esperar por cirurgias e enfrentar a perda de mobilidade e funcionalidade. Assim, esse tipo de estratégia é útil, pois pode ajudar os pacientes a lidarem com os desafios

da reabilitação. Além disso, promove uma abordagem holística que considera não apenas o aspecto físico, mas também o emocional e espiritual, o que favorece uma recuperação mais completa e resiliente.

A segunda unidade de registro encontrada é o “suporte social”. Foi mencionada por nove entrevistados, relatando a importância dos familiares e amigos nesse processo de reabilitação, como mostra a seguir: *“O apoio da família também é importante, os amigos”* (E4, 25 anos, estudante). *“[...]minha família é meu porto seguro; ai de mim se não fosse minha família”* (E13, 59 anos, aposentado). *“Eu digo sempre meus amigos, minha família, me apoiaram muito, sempre me deu apoio”* (E9, 43 anos, servidor público). *“Tem algumas pessoas que me dão apoio, tipo assim com o pensamento positivo de que vai dar certo”* (E6, 35 anos, auxiliar administrativo).

Segundo a pesquisa de Sousa (2022), vários estudos enfatizam a importância do suporte social como uma estratégia importante para ajudar os pacientes a lidarem com as limitações e desafios resultantes de diagnósticos ou traumas que causam deficiências. Logo, esse suporte é fundamental no gerenciamento das emoções negativas que frequentemente surgem nessas situações (Sousa, 2022). Nesse sentido, nota-se a relevância do suporte social como um fator essencial no período de reabilitação devido ao trauma ortopédico, destacando a influência positiva da rede de apoio familiar e de amigos.

Dez participantes citaram a terceira unidade de registro denominada “fuga e esquiva”, eles relataram como ocupar a mente com outras atividades o ajudam nesse processo de recuperação. Foi possível observar esse aspecto na fala da seguinte paciente:

Eu fico em casa, quando dá alguma dor, alguma crise, fico de repouso, assistindo alguma coisa, não tem o que fazer, tem que ficar parada, eu só procuro ocupar minha mente. Eu vou assistir um filme, eu não converso com ninguém, sabe? Eu fico quieta e procuro ocupar minha mente sozinha em casa ou vendo filme, fico com celular, sei lá, algo assim nesse aspecto. (E6, 35 anos, auxiliar administrativo).

Do mesmo modo, outra paciente destaca a importância de passar tempo com seus filhos como uma forma de se distrair: *“eu chego, vou para os meus filhos, vou assistir desenho, vou brincar, vou fazer desenho, vou pintar; pronto, é uma forma de distração, sair tomar sorvete, da forma que a gente gosta”* (E10, 44 anos, administradora). Por outro lado, essa outra entrevistada revelou que nas primeiras semanas depois do trauma dormia muito, por conta da medicação e por estar cansada de tudo:

Eu leio, vou dormir; ultimamente estou lendo mais, como eu tenho mais tempo livre ou eu vou estudar na verdade ou ler. No começo dormia muito, na primeira semana dormia demais, demais mesmo, porque a medicação que eu estava tomando era muito forte e eu estava cansada de tudo tanto fisicamente como emocionalmente; por isso eu dormia demais. (E3, 21 anos, estudante)

Essas contribuições retratam a busca por mecanismos de distração como forma de lidar com os desafios enfrentados durante o período de reabilitação, corroborando com os resultados encontrados no estudo de Hirschle *et al.* (2021), que identificou a distração como uma estratégia principal para lidar com o estresse durante o isolamento social da pandemia de Covid-19.

A quarta unidade de registro, renomeada de “reavaliação cognitiva”, foi utilizada por quatro pacientes. Essa estratégia, que também foi relatada na pesquisa dos autores supracitados, envolve ver o lado positivo da situação, refletir sobre os fatos, desconstruir certezas e buscar crescimento pessoal através do pensamento positivo (Hirschle *et al.*, 2021). Observa-se isso nas seguintes falas: “*Bom, eu tento colocar minha cabeça no lugar. Se eu estiver em casa, de lesão, eu apenas tento pensar que eu vou ficar por aqui e vou voltar a praticar e assim levando.*” (E2, 20 anos, estudante) “*Eu acho que a gente tem que focar mais no lado positivo, mas sem ser muito fora da realidade; o lado positivo, mas dentro da realidade*” (E6, 35 anos, auxiliar administrativo).

No entanto, ao contrário dos relatos anteriores, essa outra entrevistada expressou a dificuldade em encontrar o lado positivo da situação:

Ao mesmo tempo que tento ressignificar, tento pensar positivo, que isso vai passar e tudo mais, é muito difícil tentar ressignificar tudo isso, tentar ver por outros olhares, ‘ah é só um período, logo logo vai passar’. Acho que tá sendo muito difícil enxergar como uma pessoa que enxerga, que supera as coisas fáceis, que sabe lidar com perdas. (E3, 21 anos, estudante)

Nesse sentido, ter pensamentos positivos durante o processo de reabilitação pode auxiliar os pacientes a lidarem melhor com os desafios, pois eles podem se sentir melhores e mais motivados no processo de recuperação. Porém, como observado, nem todas as pessoas conseguem adotar essa perspectiva. Percebe-se a importância de reconhecer que cada indivíduo tem seu próprio tempo e processo para lidar com as dificuldades. No entanto, o pensamento positivo pode ignorar informações negativas e ser tão prejudicial quanto o negativo. Por isso, o ideal é ter pensamentos alternativos, considerando os aspectos positivos e negativos, buscando compreender o significado de todas as informações disponíveis, o que pode mudar a interpretação de um evento (Greenberger e Padesky, 2017).

Vale ressaltar ainda que dois participantes citaram a quinta unidade de registro chamada de “afastamento”, a qual consiste em estratégias defensivas em que a pessoa evita confrontar a ameaça, sem modificar a situação (Damião *et al.*, 2009). Observa-se isso nos relatos dos seguintes pacientes: “*Eu tento não me importar muito, para não piorar a situação e seguir em frente.*” (E4, 25 anos, estudante); “*Me distraio de outras formas pra esquecer*” (E1, 19 anos, estudante). Desse modo, esses exemplos mostram como os entrevistados recorrem ao afastamento como forma de lidar com os desafios emocionais associados à sua condição, buscando evitar confrontar diretamente a situação estressante ou dolorosa. Esses achados estão em conformidade com a pesquisa de Paiva, Cavalcante e Corrêa (2020), que observaram o afastamento como uma das principais estratégias mencionadas por vítimas de acidentes motociclísticos.

A sexta e última unidade de registro, denominada de “aceitação”, foi mencionada por duas pacientes. Aceitação se refere a optar por aceitar as experiências como elas são, no momento presente (Hayes, Strosahl e Wilson, 2021). Isso ficou evidente na fala das seguintes entrevistadas: “*Só aceito, acabei me acostumando, depois procurei o tratamento e vim procurar agora, depois de muito tempo, porque realmente estava insuportável, tava piorando e por muito tempo eu tava ignorando*” (E1, 19 anos, estudante). “*A gente vai encarando a realidade, fazendo só aquilo que pode*” (E10, 44 anos, administradora). Essas falas ilustram como as pacientes adotaram uma postura ativa ao enfrentar os desafios da aquisição de um trauma ortopédico, ou seja, aceitando a situação, buscando soluções e lidando de forma direta com as dificuldades.

Consoante a isso, no estudo de Ferreira (2015) foi constatado que as pessoas com deficiência física adquirida que enfrentaram a nova situação de forma positiva, não se sentiram inferiores e não focaram em suas limitações, mas criaram estratégias baseadas no futuro, como: apoio familiar e social, religiosidade, aceitação e enfrentamento das limitações, planejamento de vida. No entanto, as pessoas que enxergaram a situação de forma negativa, sem conseguir superar a limitação, já estavam insatisfeitas com suas vidas antes da deficiência, destacando a importância da história de vida nesse contexto. Assim, esse autor concluiu que a história de vida dos pacientes é determinante para desenvolver estratégias que ajudem pessoas com deficiência física a enfrentarem essa nova situação.

Por fim, foi possível observar nas falas dos pacientes que todo o processo de reabilitação é um processo de adaptação. Leahy, Tirch e Napolitano (2013) definem adaptação como a utilização de estratégias de enfrentamento adaptativas para reconhecer e processar

reações úteis, promovendo um funcionamento mais produtivo baseado em metas e propósitos valorizados pelo indivíduo, tanto a curto quanto a longo prazo. Em suma, todas as estratégias de *coping* encontradas neste estudo são importantes, pois ajudam os pacientes a lidarem melhor com os impactos causados pelo trauma ortopédico nos membros inferiores.

5.2 Categoria II - Impactos na vida individual, sócio-familiar e laboral

Através das informações compartilhadas, foram observadas as principais transformações na vida dos pacientes após as lesões ortopédicas nos membros inferiores. Nesta categoria foram identificadas três unidades de registros: (1) alterações na forma de ver o mundo; (2) mudanças na autoimagem e no autocuidado; (3) interrupção de atividades, trabalho e hobbies.

A primeira unidade de registro, denominada "alterações na forma de ver o mundo", foi mencionada por três entrevistados. Observou-se como o enfrentamento de uma adversidade pode resultar em uma transformação pessoal positiva, enfatizando a valorização da vida e o fortalecimento emocional diante de desafios. Foi possível observar isso na fala do seguinte entrevistado:

A forma de observar mais ao redor, a valorização mais do dia a dia. Eu me tornei uma pessoa mais sensível ao que o outro pode tá passando, mais resiliente pelo fato de achar que, por mais que eu esteja na dificuldade, uma hora vou ter que sair daquela situação, uma hora eu vou superar. [...] Algo muito positivo do acidente foi que eu vi o quanto eu era querido, o hospital era cheio, as pessoas no período de visita tinham que se dividir, porque não cabia todo mundo (E9, 43 anos, servidor público).

Dessa forma, a pesquisa de Santos e Freitas (2019) mostrou que algumas pessoas percebem um impacto positivo ao adquirir uma deficiência, influenciando em uma nova forma de ver a vida e como a aquisição contribuiu para o próprio amadurecimento pessoal. Nessa mesma unidade de registro, outros pacientes compararam a sua situação atual com as dificuldades de outras pessoas, como mostra a seguir: “[...] agradecer e ver que tem pessoas que estão pior que eu e não vão ter, eu ainda vou ter a solução, estou viva, estou lutando” (E12, 58 anos, vendedora). Outro participante também relatou como ajudar crianças com câncer o fez refletir sobre os motivos das suas reclamações:

[...] Quando foi um dia me chamaram para ir no hospital do câncer para fazer um trabalho voluntário, para ajudar algumas crianças, levar algum brinquedo. Quando eu cheguei lá no hospital do câncer, eu vi que a minha vida valia muito mais que as

das crianças que estavam morrendo por problemas; estavam todas alegres e felizes, mas era o cotidiano do dia a dia, né? Quando eu olhei a minha vida eu disse: 'não, eu estou reclamando de quê?' (E13, 59 anos, aposentado).

Assim, a comparação com outras pessoas que enfrentam situações mais difíceis, pode ajudar na aceitação da nova condição física (Santos e Freitas, 2019). Ou seja, a reflexão sobre a própria situação comparada a outras dificuldades pode promover uma mudança positiva na perspectiva e aceitação pessoal. Esses relatos também se enquadram na estratégia de enfrentamento chamada reavaliação positiva, pois ela visa controlar as emoções associadas à tristeza por meio da reinterpretação, crescimento e mudança pessoal diante de situações conflitantes (Damião, 2009).

Após o trauma ortopédico, a paciente E3 passou a perceber que as perdas vão além das pessoas, manifestando uma percepção sobre perdas simbólicas, além do luto tradicionalmente associado à morte de entes queridos: *“Essa lesão me trouxe muito a perspectiva de perdas, luto além de pessoas, sabe?! De lutos simbólicos”* (E3, 21 anos, estudante). Nessa perspectiva, o luto é uma reação emocional à perda de algo significativo na vida, não apenas relacionada à morte de entes queridos, mas também a outras perdas. Envolve um processo de ajuste emocional, psicológico e social após a perda (Capitula *et al.*, 2024). Assim, a perda temporária de funcionalidade corporal pode desencadear sentimentos de luto, refletindo a adaptação emocional diante da mudança.

Na segunda unidade de registro: “mudanças na autoimagem e no autocuidado”, oito participantes relataram sobre o tema. A autoimagem refere-se ao conjunto de características que uma pessoa considera verdadeiras sobre si mesma. Essas características formam um repertório descritivo único, moldado por experiências, percepções e crenças pessoais (Silva, 2023). Já o autocuidado compreende uma série de ações que uma pessoa executa por conta própria com o objetivo de preservar ou recuperar sua qualidade de vida (Silva *et al.*, 2021).

Notou-se a variedade de impactos psicológicos e emocionais que podem resultar da deficiência física adquirida, desde uma maior resiliência e valorização pessoal, até desafios emocionais relacionados à autoimagem e autoestima. As narrativas a seguir enfatizam essa questão: *“Eu me tornei melhor e mais resiliente, acredito mais na minha capacidade; então eu tô bem melhor, eu sou muito melhor”* (E9, 43 anos, servidor público). *“Me vejo mais feia”* (E8, 42 anos, desempregada). *“Era muito insuportável ficar de repouso assim, tipo eu fiquei pensando também no que iria abalar o meu corpo e como me afetaria esteticamente”* (E3, 21 anos, estudante).

Desse modo, esses relatos corroboram com um estudo realizado por Oliveira e Paraná (2021), o qual encontrou que os processos subjetivos, como identidade, autoimagem, humor, autoestima e motivação, são os principais aspectos afetados pela deficiência física adquirida. Cabe ressaltar ainda que as duas últimas falas citadas também ilustram como o capacitismo e o modelo de corpo ideal e funcional influenciam negativamente a autopercepção das entrevistadas. De acordo com Santos (2023), o corpo com deficiência física está excluído em relação ao ideal estético socialmente construído. Assim, nota-se que essa exclusão contribui para a baixa autoestima das pessoas, gerando preocupações estéticas.

Também foi ressaltado pelos entrevistados como a forma de autocuidado mudou depois do trauma ortopédico. As falas seguintes evidenciam tal aspecto: *“Se antes eu tinha cuidado, agora estou tendo mais cuidado em relação também a minha saúde, a minha parte física; eu era bem cuidadosa, mas agora estou mais cuidadosa* (E11, 48 anos, dona de casa). *“Uma pessoa mais auto preventiva; tenho mais cuidado e penso melhor quando vou fazer as coisas”* (E2, 20 anos, estudante).

Nessa perspectiva, por causa das alterações físicas e funcionais desse processo de reabilitação, principalmente da dificuldade e incapacidade de se locomover, faz as pessoas sentirem-se restritas ao leito. Isso desperta preocupações com a recuperação da saúde, incluindo sentimentos associados à perda da capacidade de trabalhar, autocuidado e independência funcional (Fonseca *et al.*, 2018). Os pacientes também observaram mudanças significativas em seu estado emocional, especialmente no sono, alimentação e humor, sendo o aumento do uso de telas um fator frequentemente mencionado.

No estudo de Oliveira (2014) também foram encontradas alterações no sono e no apetite dos pacientes durante o período de reabilitação por traumas ortopédicos, sendo respectivamente relatado por 56,5% e 25,7% dos participantes. Na pesquisa de Cruz, Machado e Afiúne (2021) também foi constatado que os pacientes tiveram alterações de humor, principalmente a presença de irritabilidade, depois da aquisição de uma deficiência adquirida. Isso pode estar relacionado com a perda da independência, vulnerabilidade e luto pela perda funcional (Cruz, Machado e Afiúne, 2021). Assim, esses fatores podem contribuir para o aumento das mudanças de humor, contribuindo até para as alterações no sono e na alimentação.

Consoante a isso, o aumento do uso de telas foi mencionado pela grande maioria dos participantes, de acordo com Oliveira *et al.* (2024) isso pode ter relação direta com o fato das redes sociais oferecerem conteúdos diversificados e interativos, aumentando o entusiasmo e a

adesão dos usuários, o que resulta em mais tempo gasto nas plataformas. Vídeos motivacionais e de comédia, populares por aliviar a pressão emocional, proporcionam descontração e uma pausa dos desafios cotidianos, podendo oferecer um alívio momentâneo para as pessoas (Oliveira *et al.*, 2024). Nesse sentido, percebe-se que o aumento do uso de telas entre pacientes em reabilitação pode ser uma forma de distração e alívio emocional.

Na terceira unidade de registro denominada “interrupção de atividades, trabalho e hobbies” todos os pacientes mencionaram como o trauma ortopédico alterou as suas rotinas, o entrevistado E4 enfatizou suas dúvidas e preocupação se voltará a praticar esportes como antes:

Uma coisa que quando acontece esse tipo de lesão com a gente que muda a rotina, muda tudo, ainda mais para mim, que eu era muito ativo. Isso mexe muito com a cabeça da gente, você pensa se vai voltar a praticar esportes como antes ou não. Mas o importante é continuar a fazer o tratamento, não deixar isso abalar e não desistir (E4, 25 anos, estudante).

Outros entrevistados também relataram sobre a pausa na prática de atividades físicas. A primeira explicou que parou devido à dor e o segundo notou o aumento no sedentarismo como resultado da imobilização: *“Diminuí bastante as atividades físicas; tive que parar de fazer academia, porque estava doendo e é basicamente isso, subir na escada dói, perdia o sono por causa da dor, as mudanças principais são essas.”*(E1, 19 anos, estudante). *“Diminuí minhas atividades físicas e fiquei um pouco mais sedentário”* (E7, 38 anos, policial militar).

De acordo com Zamai, Bortolim e Minetti (2021), a atividade física oferece inúmeros benefícios para a saúde física e mental, incluindo redução da gordura corporal, melhora do diabetes, diminuição da pressão arterial em repouso e do colesterol total. Esses benefícios ajudam na prevenção e controle de diversas doenças. Além disso, a prática de exercícios contribui para a regulação das substâncias do sistema nervoso, melhora o fluxo sanguíneo cerebral, aumenta a capacidade de enfrentar problemas e estresse, e reduz a ansiedade (Zamai, Bortolim e Minetti, 2021). Do mesmo modo, essa outra participante enfatizou como a academia era um local agradável para interagir com outras pessoas:

O que mudou é que eu não consigo fazer as atividades que eu fazia antes, de ir para academia, fazer caminhada; então eu parei de fazer isso tudo. E conseqüentemente, eu parei de encontrar o pessoal na academia e tal, que era muito legal. Eu acho que fazer atividade física, não é só para o corpo, mas pra tudo de uma forma geral, para saúde; aí eu tive que parar (E6, 35 anos, auxiliar administrativo).

Dessa maneira, durante o período de repouso por conta do trauma ortopédico, a paralisação dos exercícios físicos podem causar várias alterações psicológicas, como insônia, ansiedade e irritabilidade, devido à falta de movimento, confinamento na cama, isolamento familiar e quebra da rotina diária (Melo e Lopes, 2005). Diante disso, observa-se que a interrupção das atividades físicas pode não apenas afetar a condição física, mas também pode ter impactos significativos em várias áreas das vidas das pessoas, incluindo sua saúde mental, qualidade de vida e interação social.

Em vista disso, alguns pacientes mencionaram que o convívio social foi outra área afetada após o trauma ortopédico: *“Aos finais de semana não saio mais, fico mais em casa.”* (E7, 38 anos, policial militar); *“Se eu for pra um show, não aguento ficar muito tempo em pé, porque aí o joelho dói. Se eu vou pra algum lugar assim, eu fui uma vez para uma igreja, teve uma caminhada, eu cheguei em casa me acabando, foi o dia todinho de dor, coisas dessa natureza.”* (E10, 44 anos, administradora); *“Parei mais de sair de casa, mesmo se for uma viagem de carro; se for demorar, já chego lá toda dolorida.”* (E12, 58 anos, vendedora).

Nesse contexto, as falas descrevem que a interação social foi afetada após o trauma ortopédico, destacando principalmente a redução das atividades sociais e de lazer. Isso incluiu ficar mais em casa nos finais de semana, evitar eventos onde precisassem ficar em pé por muito tempo devido à dor no joelho e limitar viagens devido ao desconforto físico. Lopes *et al.* (2022) evidenciaram que o distanciamento social é reconhecido como um agente causador de impactos e mudanças, destacando-se a interrupção das atividades e a ausência de interações sociais, o que pode afetar significativamente o bem-estar emocional, físico e social. Assim, percebe-se que as lesões musculoesqueléticas não apenas causam limitações físicas, mas também podem impactar a vida social e emocional das pessoas afetadas.

Outro aspecto mencionado entre os entrevistados foi a suspensão de atividades cotidianas, como afazeres domésticos e trabalho. Nota-se isso nos relatos a seguir: *“Uma inútil, queria fazer umas coisas e isso impede de realizar atividades e isso impede”* (E1, 19 anos, estudante). *“Deixei, principalmente de limpar minha casa, por exemplo; eu não posso me agachar, entendeu? Se eu for lavar um banheiro, aí tem aqueles lugares que eu não consigo, não posso brincar com as minhas crianças, não posso correr”* (E10, 44 anos, administradora). *“Mudou tudo, o trabalho, a casa, tudo.”* (E8, 42 anos, desempregada). Outra paciente mencionou o impacto no trabalho depois do trauma ortopédico nos membros inferiores:

Agora tudo mudou, você tem que ter precaução pra fazer tudo, porque se não você não trabalha, não cuido dos meus filhos, senão, não levo eles pra escola, você está

entendendo? Se não vou ter o meu dinheiro no final do mês, eu tenho que estar bem o máximo possível para conseguir render. (E10, 44 anos, administradora)

Um agricultor explicou que o pé inchado afeta significativamente sua capacidade de movimentação e torna o trabalho mais difícil: *“Mudou tudo, né? A questão do trabalho, a movimentação do pé abala bastante; como meu pé incha bastante, ele fica muito pesado, entendeu?”* (E5, 32 anos, agricultor). Dessa forma, as mudanças físicas e funcionais ocasionadas pelos traumas ortopédicos impactam bastante a produtividade no trabalho. Essas informações confirmam o estudo de Silva *et al.* (2021), que também evidenciou que a deficiência adquirida impactou os hábitos diários dos vitimizados, especialmente em relação ao trabalho, estudos e lazer.

Do mesmo modo, a paciente E3 enfatizou como é difícil perder o controle sobre a sua rotina quando uma lesão acontece e ocasiona uma paralisação das atividades:

A gente tem muitos sentimentos de ser produtivo, de sempre tá fazendo alguma coisa e quando na vida acontece alguma lesão assim que te faz parar, que não é uma opção e nem uma escolha sua, você tem que parar, é uma oposição; é muito difícil você perder esse controle. (E3, 21 anos, estudante).

Nesse sentido, essas declarações ilustram as complexas repercussões emocionais e comportamentais dos traumas ortopédicos, destacando a importância não apenas da reabilitação física, mas também do suporte emocional e psicossocial para os indivíduos que enfrentam esses desafios. Logo, também é importante identificar os fatores de risco e proteção utilizados pelos pacientes após a aquisição do trauma ortopédico nos membros inferiores, a fim de desenvolver intervenções mais eficazes e personalizadas, promovendo uma recuperação integral e melhor qualidade de vida.

5.3 Categoria III - Fatores de risco e proteção

Observou-se nos relatos dos pacientes fatores de risco e proteção que fazem parte da vida deles após os traumas ortopédicos. Sendo os fatores de proteção condições que promovem o desenvolvimento saudável, incentivando o crescimento social e pessoal das pessoas (Santos *et al.*, 2022). Já os fatores de risco referem-se a uma característica ou exposição associada a uma maior probabilidade de doença ou lesão (OMS, 2011). Nesta categoria, foram identificadas quatro unidades de registros: (1) fisioterapia, (2) sociedade, (3) tecnologias assistivas e (4) aspectos de contribuição para o trauma.

A primeira unidade de registro chamada de “fisioterapia” foi citada por todos os participantes, sendo ela um dos principais fatores de proteção no processo de recuperação encontrado no presente estudo, como mostra a seguir:

Os fatores primeiro é a fisioterapia, a orientação que o pessoal tem nos passado diariamente, não faça isso não faça aquilo, tome precaução com isso com aquilo e em casa, por conta própria, eu uso uma joelheira, quando eu sinto que tá muito impacto; os fatores só são esses. (E10, 44 anos, administradora)

A fisioterapia tem me ajudado bastante. Meu pé inchava, bastante mesmo, inchava muito, parecia até um balão. O meu pé não tinha controle de segurar a havaiana; eu tinha que usar um elástico pra segurar. Graças a Deus, depois da fisioterapia, já não uso mais, tenho evoluído bastante (E5, 32 anos, agricultor).

A fisioterapia me colocou de pé, né? Eu valorizo muito. Já era uma profissão que tinha um olhar carinhoso por ela e agora eu tenho mais ainda, porque o médico cuida, mas quem coloca a gente de pé é o fisioterapeuta. Com a situação que eu me vi, eu tinha a sensação de que não ia mais dobrar minha perna. Então eu valorizo cada vez mais. (E11, 48 anos, dona de casa)

Nessa perspectiva, a fisioterapia tem como objetivo não só prevenir complicações, orientar sobre cuidados pré e pós-operatórios, mas também ajudar os pacientes a retornarem às atividades diárias (Silva e Carvalho, 2023). Dessa forma, é visível a importância do acompanhamento fisioterapêutico nesse processo de reabilitação. Por isso, foi citado por todos os participantes. Na segunda unidade de registro denominada “sociedade” todos os entrevistados a citaram. Alguns mencionaram que não se importam com a opinião dos outros sobre seu período de reabilitação, enquanto outros falaram como isso os afeta emocionalmente:

No início tinha esse receio de como ia ser a recepção da sociedade. A pessoa me conhecia, aí depois me via lá, deficiente, aleijado, sem uma perna, aí as pessoas sempre perguntavam: “o que foi isso?”. Era um baque muito grande, era doloroso para mim ter que explicar o que aconteceu; muitas vezes eu evitava sair (E9, 43 anos, servidor público).

Não me incomoda, mas ao mesmo tempo eu ignoro; me incomoda, mas eu acabo deixando pra lá, porque às vezes as pessoas ficam com pena da pessoa, né? Como se fosse o fim do mundo, só que não é, e eu meio que deixo pra lá, eu tento ignorar, mas me incomoda um pouco. Mas não dou tanta importância, foco mais na minha recuperação e deixo falar o que quiser falar (E6, 35 anos, auxiliar administrativo).

Outros pacientes expressaram uma atitude de resiliência diante de comentários ou perguntas indelicadas, enfatizando sua capacidade de não se deixar afetar e de manter uma postura forte e saudável em face das adversidades: “É assim, né? Sempre tem alguém que solta piadinha, né? Que bota a gente pra baixo, mas eu não me incomodo muito com isso

não. Senão a gente vai ficar doente, né? O mal do século é depressão, trauma disso, síndrome daquilo, então eu fico forte enquanto eu posso.”(E10, 44 anos, administradora) *“Eu ligo quase não, o povo fala ou pergunta e eu não ligo pra isso não.”* (E5, 32 anos, agricultor).

É visível que os participantes expressam ambiguidade ao afirmar que não se importam com a opinião alheia, mas também reconhecem que essas opiniões os incomodam um pouco. No estudo de Lima (2021), alguns entrevistados também demonstraram uma ambiguidade na identificação com a deficiência, seja através da experiência subjetiva ou da realidade objetiva, incluindo suas limitações e consequências sociais. Essas informações reforçam o estigma enfrentado pelas pessoas com deficiência, pois o uso de piadas e expressões capacitistas, podem ser usadas de forma prejudicial às essas pessoas, com o intuito de feri-las, ridicularizá-las, ou simplesmente por falta de conhecimento sobre o impacto negativo dessas palavras (Oliveira, 2022).

Do mesmo modo, a participante E1 mencionou que como o seu trauma ortopédico não é tão visível, as pessoas não comentam nada sobre, como mostra a seguir: *“Eu ignoro. Como o meu não é muito visível, eu só ando mancando às vezes, então não é tão perceptível. Por conta disso, o pessoal não comenta nada, isso não me afeta muito.”* (E1, 19 anos, estudante). Um indivíduo com deficiência física, independentemente da posição que assume, não está isento de ter sua autoimagem afetada por comparações. Sua diferença em relação à normalidade torna-se mais evidente em público, e a visibilidade ou invisibilidade dessa diferença pode definir a dinâmica das interações sociais em sua vida (Martins e Barsaglini, 2011). Nesse contexto, observou-se durante as entrevistas que os pacientes com lesões ortopédicas visíveis tendem a se preocupar mais com a opinião alheia do que aqueles cujos traumas não são visíveis.

Os eventos traumáticos tendem a transformar a maneira como as pessoas se veem e são vistas no mundo, resultando em problemas não só de acessibilidade para pessoas com deficiência, como também em questões sociais e pessoais (Pontes, 2023). Dessa forma, nota-se que a aquisição de uma deficiência física adquirida pode alterar a autopercepção e a interação social dos pacientes, como foi evidenciado anteriormente.

A terceira categoria se refere às “tecnologias assistivas”. Quatro pacientes citaram os benefícios do uso das próteses e as muletas nas suas vidas, como é mencionado a seguir: *“Tudo mudou depois que comecei a usar as muletas”* (E8, 42 anos, desempregada) *“Eu usava no começo e, como eu também quebrei a bacia, eu comecei a usar o andador e as*

muletas, me ajudaram muito.”(E5, 32 anos, agricultor). Dos trezes pacientes entrevistados desta pesquisa, dois têm membros amputados e utilizam próteses.

Tornar-se uma pessoa com amputação implica em transição do movimento natural do corpo para movimento planejado com prótese. Com treinamento, adquire-se habilidades, tornando o movimento natural, promovendo sensação de liberdade e independência na vida diária (Matos, 2019). Observa-se os benefícios do uso da prótese no relato do seguinte paciente: *“Estou me inteirando mais até com a sociedade; depois que eu coloquei minha prótese agora estou saindo mais, estou andando, conhecendo pessoas novas, mesmo com dificuldades, mas estou me sentindo bem.”* (E13, 59 anos, aposentado).

Por outro lado, também existem dificuldades no processo de adaptação do uso de prótese, como mencionou outro entrevistado: *“A prótese ajuda, mas requer do usuário buscar o apoio, ajuda até psicológica mesmo, porque quando começa os incômodos, as dores, a primeira coisa que vem na cabeça é: não vou usar isso não, vou ficar de muleta.”* (E9, 43 anos, servidor público). Nesse sentido, observa-se a importância do uso de tecnologias assistivas, pois ajuda as pessoas a voltarem a realizar atividades cotidianas e a integração social. No entanto, existem alguns desafios emocionais e físicos associados à sua utilização, como dores e desconfortos, processo que requer adaptação.

Todos os participantes falaram sobre a quarta e última unidade de registro denominada de “aspectos de contribuição para o trauma”. Eles relataram diversos elementos que contribuíram para a ocorrência de lesões ortopédicas nos membros inferiores, como motoristas embriagados que colidiram com os pacientes. O consumo de álcool é um significativo fator de risco para esses incidentes. De 2010 a 2021, as internações por acidentes de trânsito relacionados ao álcool aumentaram 50% no Brasil, representando uma em cada cinco internações atribuíveis ao álcool (Andrade, 2023).

Quase metade dos entrevistados (46%) identificaram o esforço físico intenso como um fator de risco significativo para lesões musculoesqueléticas. De acordo com Serra (2022), as lesões mais graves geralmente afetam os membros inferiores, devido ao uso excessivo durante atividades físicas. Isso resulta em períodos mais longos de recuperação, já que esses membros são essenciais para as atividades diárias e para a prática de exercícios físicos. Nessa perspectiva, essa tendência de lesões nos membros inferiores entre os participantes pode ser atribuída à sobrecarga dessas regiões durante a prática regular de atividades físicas.

Outra parcela dos participantes mencionaram que os fatores de risco para seus acidentes domésticos foram: sentar de forma errada e presença de lodo no chão. Segundo

dados do Brasil (2024), os acidentes domésticos dobraram durante a pandemia de COVID-19, em virtude das pessoas passarem mais tempo em casa no período de isolamento social. A quantidade de internações por quedas do mesmo nível, como escorregar ou tropeçar, aumentou de 4.775, em 2019, para 83.794, em 2023. Nota-se que ocorreu um aumento significativo nas internações, revelando uma preocupação crescente com a segurança e prevenção de acidentes domésticos.

Por fim, outro paciente relatou que o motivo para a amputação do seu membro inferior foi o agravamento do problema de circulação sanguínea devido à diabetes. Segundo o *International Diabetes Federation (IDF)*, estima-se que a cada 30 segundos, um indivíduo passa por amputação de membro inferior devido à complicações relacionadas à diabetes. Em suma, diante das informações apresentadas, nota-se que existem vários fatores de risco que colaboram para a ocorrência de traumas ortopédicos nos membros inferiores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo cumpriu com seus objetivos apresentados, pois foi possível identificar as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores durante o período de reabilitação. Por meio da análise temática categorial, constatou que as principais estratégias encontradas foram: espiritualidade, suporte social, fuga e esquiva, reavaliação cognitiva, afastamento e aceitação. Assim, todas essas estratégias de *coping* enfatizadas são importantes, visto que ajudam os pacientes a lidarem melhor com os desafios causados após a aquisição do trauma ortopédico, contribuindo significativamente para a adaptação e a qualidade de vida após o evento traumático.

Notou-se que as limitações físicas após o trauma impactam diversas áreas da vida dos pacientes, incluindo trabalho, atividades diárias, afazeres domésticos, lazer, interações sociais e hobbies. Houve também mudanças na autoimagem, autocuidado e autoestima, além de alterações no sono, alimentação e humor. Vários participantes mencionaram sobre a interrupção da prática de atividades físicas. Observou-se que essa pausa pode afetar a condição física, saúde mental, qualidade de vida e interação social.

Além disso, os principais causadores de traumas ortopédicos nos membros inferiores encontrados incluem lesões esportivas, desgaste ou fratura por excesso de exercício físico, acidentes domésticos, acidentes de trânsito e amputação relacionada à diabetes. Os fatores de risco que contribuíram para a ocorrência do trauma foram: motoristas embriagados que colidiram com os pacientes, sentar de forma errada, presença de lodo no chão, esforço físico intenso e problema de circulação sanguínea causado por diabetes. Outro aspecto negativo que atrapalha os pacientes nesse período são as opiniões das outras pessoas. Alguns pacientes se incomodam com comentários e perguntas indelicadas e capacitistas sobre suas situações atuais, enquanto outros não se importam.

Esse achado reforça o estigma enfrentado pelas pessoas com deficiência, destacando como esses indivíduos são frequentemente alvos de preconceito, discriminação e marginalização em diferentes aspectos da vida cotidiana. Por outro lado, foi constatado que a fisioterapia é um dos principais fatores de proteção do processo de reabilitação, ajudando os pacientes a retomarem suas atividades diárias com segurança e eficiência, além de proporcionar interação com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes, dando-lhes o sentimento de pertencimento. Neste contexto, é importante reconhecer as limitações deste

estudo, como o número pequeno de participantes, o que acaba limitando a generalização dos resultados.

Sugere-se que em estudos futuros incluam um público maior, tendo uma variedade de contextos clínicos e demográficos, além de aprofundar a investigação nas diferentes estratégias de enfrentamento e seu impacto na reabilitação e qualidade de vida dos pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores. Apesar dessas limitações, os achados deste estudo são importantes tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde, como fisioterapeutas e psicólogos. Portanto, ao compreender as estratégias de enfrentamento adotadas pelos pacientes, os profissionais de saúde podem adaptar seus métodos de intervenção para melhor atender às necessidades individuais de cada paciente, promovendo uma recuperação mais eficaz e uma melhor qualidade de vida após a aquisição do trauma.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. G. (Org.). **Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2023**. São Paulo, SP: CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2023. Ebook. Disponível em: https://cisa.org.br/images/upload/Panorama_Alcool_Saude_CISA2023.pdf. Acesso em: 13 mai. 2024
- ANDRADE, L. T. *et al.*. Papel da enfermagem na reabilitação física. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 63, n.6, p. 1056-1060, nov./ dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600029>. Acesso em: 25 ago. 2023.
- ARRIGOTTI, T. *et al.*. Rastreamento de risco de ulceração nos pés em participantes de campanhas de prevenção e detecção do diabetes mellitus. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**. São Paulo, v. 35, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO02867>. Acesso em: 11 mai. 2024.
- BARBOSA, W. M. A. **Estratégias de coping na recuperação de lesões no futebol de alto rendimento**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/50805>. Acesso em: 24 ago. 2023.
- BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. F. O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Intercâmbio**, São Paulo, v. 24, p. 129-146, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/intercambio/article/view/10118>. Acesso em: 28 set. 2023.
- BARRETO, M. C. A.; ARAÚJO, L. F. E CASTRO, S. S. Relação de fatores pessoais e ambientais com a prevalência de deficiências físicas adquiridas no Brasil - estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, Fortaleza, v. 27, n. 4, p. 1435-1442, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06472021>. Acesso em: 22 mai. 2024.
- BARROS, E. A. Ajustar-se, criativamente, é preciso: experiências e enfrentamentos em leitos da pré-cirurgia ortopédica. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 10, n. 2, p. 1-19, ago. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912018000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2024.
- BASTOS, P. A. L. S.; SILVA, M. S.; RIBEIRO, N. M.; MOTA, R. S.; FILHO, G. T. Tecnologia assistiva e políticas públicas no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, Salvador, v. 31, p. 1-17, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO260434011>. Acesso em: 12 set. 2023.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BERRI, B. *et al.* As representações sociais do corpo para pessoas com deficiência física adquirida. **Ciência & Psicologia**, Montevideu, v. 14, n. 2, p. 1-17, dez. 2020. Disponível em:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212020000220222&lg=es&nrm=iso. Acesso em: 16 de mai. 2024.

BERSCH, Rita. Introdução à Tecnologia Assistiva. **Assistiva/Tecnologia da Educação**. Porto Alegre, p. 20, 2013. Disponível em: https://www.assistiva.com.br/Introducao_Tecnologia_Assistiva.pdf. Acesso em: 08 set. 2023.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 145, n. 131, 10 jul. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm. Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. Decreto nº 5.296. 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 232, p. 5-10, 3 dez. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL. Decreto nº 3.298. 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 137, n. 243, p. 10-15, 21 dez. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 11 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 127, p. 2-11, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm?_=undefined. Acesso em: 10 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Internações Hospitalares do SUS – por causas externas – Brasil. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>. Acesso em: 23 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS**: Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual. Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas. 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzQ4NTE%2C>. Acesso em: 18 de set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS**: Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual. Centro Especializado

em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas. 2014. Acesso em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171051/20165156-instrutivo-reabilitacao-rede-pcd-saips-01-06-14-ft.pdf>. Acesso em: 18 de set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 22 set. 2023.

BRASIL, **Pessoas com deficiência 2022**. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua. 2023. Brasília. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

BRITO, D. C. S. A orientação profissional como instrumento reabilitador de pacientes portadores de doenças crônicas e deficiências adquiridas. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 106-119, abr. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 set. 2023.

BONFIM, F. Psicanálise e Reabilitação Física. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003130355>. Acesso em: 15 set. 2023.

CAPITULA, A. S.; PRADO, E. M.; OLIVEIRA, N. D.; FITARONI, J. B. **O luto e o processo de enfrentamento de sujeitos que perderam a visão por acidentes ou patologias**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário de Várzea Grande. Várzea Grande, 2024. Disponível em: <https://repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/1925>. Acesso em: 15 mai. 2024.

CAT, 2007b. Ata da Reunião V, de agosto de 2007, **Comitê de Ajudas Técnicas**, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (CORDE/SEDH/PR). Disponível em:

https://www.assistiva.com.br/Ata_VII_Reuni%C3%A3o_do_Comite_de_Ajudas_T%C3%A9cnicas.pdf. Acesso em 05 set. 2023.

COMPLICATIONS. International Diabetes Federation (IDF), 2019. Disponível em: <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-complications/>. Acesso em: 11 mai. 2024.

CORREA, K; ABREU, T.; PEREIRA, N; UEHARA, T. **Manual da unidade de reabilitação**. Goiás, 1.ed., p.1-13, 2020. Disponível em:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hc-ufg/governanca/pops-e-protocolos/gerencia-de-atencao-a-saude/divisao-de-apoio-diagnostico-e-terapeutico/unidade-de-reabilitacao-1/MA.UR.001.pdf/view> Acesso em 06 set. 2023.

CRUZ, G.L; MACHADO C. S.; AFIÚNE, F. G. Os aspectos emocionais do lesado medular frente ao seu diagnóstico. **Revista Científica Escola Estadual Saúde Pública Goiás. "Cândido Santiago"**. Goiânia, v. 7, p. 1-18, 2021. Disponível em:

<https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/316/186> Acesso em: 21 mai. 2024.

DAMIÃO, E. B. C. *et al.* Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, p. 1199–1203, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600009>. Acesso em: 30 abr. 2024

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DURANT, D. S. V. N. **Prevalências de Lesões e Fatores Associados em Corredores Amadores: Revisão Integrativa**. 2021. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ, João Pessoa, 2021. Disponível em: <https://repositorio.cruzeirosul.edu.br/jspui/handle/123456789/3246>. Acesso em: 06 mai. 2024

FERREIRA, A. **História de vida de pessoas com deficiência física adquirida**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/30433922.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2024.

FERREIRA, D.; SILVA, J.; SANTOS, M. A Contribuição do Diabetes Mellitus Tipo 2 nas Amputações de Membros Inferiores. *Recima21 - Revista Científica Multidisciplinar*, v. 4, n. 1, p.1-9, 2023. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/4505>. Acesso em: 12 mai. 2024.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p189-197>. Acesso em: 30 ago. 2023

FONSECA, M. A. **Impacto das fraturas de membros inferiores na qualidade de vida de indivíduos adultos**. 2016. Tese (Doutorado em Medicina) - Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana. Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/254>. Acesso em: 15 mai. 2024

FONSECA, M. D. A.; MATIAS, A. G. C.; SANTOS, W. da S.; MATOS, M. A. Estrutura da representação social das fraturas de membros inferiores em indivíduos hospitalizados. **Revista de Patologia do Tocantins**, Tocantins, v. 5, n. 1, p. 5–12, abr. 2018. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/4606>. Acesso em: 13 set. 2023.

FONSECA, M. *et al.* Fraturas em membros inferiores por causas externas: significado para indivíduos hospitalizados. **Revista InterScientia**, João Pessoa, v. 2, n. 3, p. 4-15, set./ dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/77/74>. Acesso em: 10 out. 2023.

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HAYES, S. C.; STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. **Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente**. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: Mônica Valentim. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

HIRSCHLE, A. L. T. *et al.*. Afetos e estratégias de enfrentamento em tempo de coronavírus: um estudo qualitativo. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 6, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/472>. Acesso em: 2 mai. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. IBGE. Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 29 mai. 2024.

LAZARUS R.S; FOLKMAN, S. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer; 1984.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Tradução: Ivo Haun de Oliveira. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LIMA, L. M.; MUNARIN, L.C.; PETERNELLA, F. M. N. **Análise das principais lesões em praticantes de futebol e futsal**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Metropolitano de Maringá, Maringá, 2022. Disponível em: <http://revista.famma.br/index.php/ctfisisio/article/view/139/119>. Acesso em: 06 mai. 2024.

LIMA, M. B. **Reaprender a viver: Trajetórias, aprendizagens e identidades de adultos com deficiência adquirida**. 2021. Tese (Doutorado em Educação) - Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa - Portugal, 2021. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50372/1/ulsd737022_td_Maria_Lima.pdf. Acesso em 15 mai 2024.

LIMA, P. *et al.*. Fatores estressores e as estratégias de enfrentamento utilizadas por enfermeiros hospitalares: revisão. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Teresina, v. 17, n. 2, p. 52-65, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie17-2.feea>. Acesso em: 6 set. 2023.

LOPES, C.; ZWIRTES, T. L.; CONSTANTINO, C. .; BARTH, M.; RENNER, J. S. O DISTANCIAMENTO SOCIAL E O COTIDIANO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: Distanciamento social e as pessoas com deficiência. **Revista Ciências Humanas**, Novo Hamburgo, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/914>. Acesso em: 16 mai. 2024.

LOYOLA, E. A. C. *et al.*. Grupo de reabilitação: benefícios e barreiras sob a ótica de mulheres com câncer de mama1. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/mv5Xq65DtDPtyz67ZQVhsKd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso

em: 15 set. 2023.

MAIA, C. R. A. **Regulação de leitos de retaguarda da rede de atenção às urgências para internação em um hospital especializado em traumatologia-ortopedia buscando inovação para otimizar o tratamento de pacientes com fratura de fêmur.** 2022. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Inovação Tecnológica e Biofarmacêutica) - Universidade Federal de Minas Gerais, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/49869>. Acesso em: 28 jul. 2023.

MALTA, D. C. *et al.*. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 177-190, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E411>. Acesso em: 10 mai. 2024.

MARCHESAN, A.; CARPENEDO, R. F. Capacitismo: entre a designação e a significação da pessoa com deficiência. **Trama**, Marechal Cândido Rondon, v. 17, n. 40, p. 45-55, 2021. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/trama/article/view/26199>. Acesso em: 11 ago. 2023.

MARQUES, M. A. N.; FERREIRA, D. C. Sintomas de Depressão, Ansiedade e Estresse em Pacientes com Deficiência Física e em Reabilitação. **Revista FSA**, Teresina, v. 17, n. 4, abr. 2020. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2003>. Acesso em 28 ago. 2023.

MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da deficiência física: um olhar socioantropológico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, Cuiabá, v. 15, n. 36, p. 109-122, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000043>. Acesso em: 9 mai. 2024

MATOS, D. R. **Reabilitação e qualidade de vida em pessoas com amputação de membros inferiores.** 2019. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/37154>. Acesso em: 06 mai. 2024.

MEDEIROS, V. C. C.; PENICHE, A. C. G. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, p. 86-92, mai./dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100012>. Acesso em: 30 ago. 2023.

MELO, A. C.; LÓPEZ, R. A. A importância da atividade física durante o período de imobilização. **Motricidade**, Vila Real, Portugal, v. 1, n. 2, p. 134-141. abr. 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2730/273021331007.pdf>. Acesso em 14 mai. 2024.

MENDES, M. J. G.; DENARI, F. E.; COSTA, M. da P. R. Preconceito, discriminação e estigma contra pessoas com deficiência: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 16, p.1-20, jan./dez. 2022. Disponível em: <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/4825>. Acesso em: 10 ago. 2023.

MORERO, J. A.; BRAGAGNOLLO, G. R.; SANTOS, M. T. S. Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática de instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. **Revista Cuidarte**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 2257-2268, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.503>. Acesso em: 14 set. 2023.

MOTA, P. H. S.; BOUSQUAT, Aylene. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 847-860, jul./set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113021> Acesso em: 25 jul. 2023.

MULLER, J. M.; SILVA, N.; PESCA, A. D. Estratégias de Coping no Ambiente Organizacional: Uma Revisão Integrativa. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Santa Catarina, v. 21, n. 3, p. 1594-1604, jun./jul. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v21n3/v21n3a07.pdf> Acesso em: 29 mai. 2024.

NASCIMENTO, A. L. S.; SILVA, J. C. A.; MENDONÇA, A. C. S.; LUI, L. C. P.; COSTA, É. T. N.; CAVALCANTE, T. B. Perfil de pacientes vítimas de fraturas internados em um hospital universitário: estudo transversal. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 10, n. 3, p. 427-435, ago. 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/3013>. Acesso em: 24 mai. 2024.

OLIVEIRA, L. F. **Impacto psicológico das vítimas de trauma em reabilitação**. 2014. Tese(Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19022015-191945/publico/LUCASELIXDEOLIVEIRA.pdf>. Acesso em: 20 mai 2024.

OMS. *World Health Organization. The World Bank. Relatório Mundial Sobre a Deficiência*. Trad. Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo. p. 334, 2012. Título original: *World report on disability*, 2011. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf Acesso em: 15 ago. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde; **CIF:Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais (org.); coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, São Paulo, 1 ed., 2008.

OLIVEIRA, E. M.; GOMES, C. O.; ARRUDA, S. V.; SAMPAIO, J. M. C.; FERREIRA, D. A. S.; PEGORARO, V. A.; ANTUNES, P. B.; BAMPI, L. N. da S. As redes sociais e a saúde mental de estudantes universitários(as) em tempos de COVID 19. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, São José dos Pinhais, v.17, n. 3, p. 01-21, abr. 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5595>. Acesso em: 22 mai. 2024.

OLIVEIRA, T. K. P. de; PARANÁ, C. M. de O. B. Deficiência Física Adquirida e Aspectos Psicológicos: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 13, n. 2, p. 97-110, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1212>. Acesso em: 16 abr. 2024.

- OLIVEIRA, R. P. **Percepções de pessoas com deficiência sobre o estigma e a discriminação social na atualidade**. 2022. Monografia (Graduação em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Universidade de Taubaté, Taubaté - SP, p.110, 2022. Disponível em: <http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/6415?mode=full>. Acesso em: 25 ago. 2023.
- PAIVA, K.; CAVALCANTE, T.; CORRÊA, T. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes vítimas de acidente de motocicleta. **Revista CESUMAR: Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, Maringá, v. 25, n. 1, p. 130-153, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/1516-2664.2020v25n1p130-153>. Acesso em: 4 set. 2023.
- PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/BxLcY5gJFkgTZRnL4kXxYFH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 abr. 2024.
- PONTES, B. M. P. **Mulher e consumidora com deficiência: um estudo sobre autoaceitação de agregação identitária no contexto do vestuário**. 2023. Dissertação (Mestrado em Administração) - Centro de Ciências Sociais Aplicada, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/29787>. Acesso em: 21 mai. 2024
- REIS, J. G.; ARAÚJO, S. M.; GLAT, R. Autopercepção de pessoas com deficiência intelectual sobre deficiência, estigma e preconceito. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 32, p. 1–16, ago./nov. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/33882> Acesso em: 6 set. 2023.
- RIOS, P. A. *et al.*. Fatores associados a acidentes de trânsito entre condutores de veículos: achados de um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. Jequié, v. 25, n. 3, p. 943-955, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.1192201>. Acesso em: 11 mai. 2024.
- RUEDA, M. F.; BARROS, M. V. Acessibilidade de pessoas com deficiência física: inclusão social e desafios atuais. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, v. 18, n. 208, p. 75-82, mai./set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/42758/751375138292> . Acesso em: 25 set. 2023.
- SANTOS, J. C.; CARVALHO-FREITAS, M. N. Processos psicossociais da aquisição de uma deficiência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003175434>. Acesso em: 10 ago. 2023.
- SANTI, G.; PIETRANTONI, L. Psychology of sport injury rehabilitation: A review of models and interventions. **Journal of Human Sport and Exercise**, v. 8, ed. 4, p. 1029-1044, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/286514140_Psychology_of_sport_injury_rehabilitation_A_review_of_models_and_interventions. Acesso em: 28 ago. 2023.
- SANTOS, F. P. O corpo com deficiência física e a mídia contemporânea: reflexões sobre sua representação e identidade. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v.15, n.11, p. 14010-

14023, out./nov/ 2023. Disponível em:

<https://ojs.europublications.com/ojs/index.php/ced/article/view/2198/1783>. Acesso em: 05 jun. 2024.

SANTOS, J. C.; CARVALHO-FREITAS, M. N. Processos psicossociais da aquisição de uma deficiência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1982-3703003175434>. Acesso em 24 de ago. 2023.

SANTOS, I. S.; PESSOA, A. S. G.; GOMES, A. R.; FURUKAWA, L. Y. de A. Processos de Resiliência em Estudantes Universitários com Deficiência. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 21, n. 3, p.1-15 , 2022. Disponível em:

<https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/11181> . Acesso em: 16 mai. 2024.

SAMPAIO, R. C.; LYCARIÃO, D. **Análise de conteúdo categorial**: manual de aplicação. Brasília: Enap, 2021.

SERRA, E. C. **Identificação de Fatores de Risco de Lesões Músculo-Esqueléticas nos Diferentes Cursos de Formação do Exército Português**. 2022. Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada (Mestrado Integrado em Ciências Militares, na especialidade de Infantaria) - Academia Militar, Lisboa, p. 85. 2022. Disponível em:

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/42025>. Acesso em 14 mai. 2024.

SARTORETTO, M. L.; BERSCH, R. O que é Tecnologia Assistiva. **Assistiva: Tecnologia e Educação**, 2017. Disponível em: <https://www.assistiva.com.br/tassistiva.html> Acesso em: 06 de set. 2023.

SILVA, F. C. *et al.*. Implicações biopsicossociais em vítimas de acidente de trânsito que cursaram com deficiência adquirida. **Enfermería Actual de Costa Rica [online]**, San José, n. 40, p. 1-13. jan./jun. 2021. Disponível

em:<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n40/1409-4568-enfermeria-40-41951.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2024.

SILVA, I. S.; CARVALHO, L. L. Fisioterapia na reabilitação de fratura de fêmur em idosos: revisão integrativa . **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 10, p. 39–47, out. 2023. Disponível em:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11587>. Acesso em: 1 mai. 2024.

SILVA, K. P. S. *et al.*. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção científica brasileira / *Self-care in the light of theory of dorothea orem: panorama of brazilian scientific production*. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p.

34043–34060, mar./abr. 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/27562>. Acesso em: 15 mai. 2024.

SILVA, LM; PAIXÃO, IPS; OLIVEIRA, W. Espiritualidade e estratégias de enfrentamento religioso em um paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica – Um relato de caso /

Espiritualidade e Estratégias de Enfrentamento Religioso em Paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica – Relato de Caso. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, São José dos Pinhais , v. 4, n. 5, p. 22301–22311, set./out. 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-325. Disponível

em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/37815>. Acesso em: 25 abr. 2024.

SILVA, M. F. **Espelhos inversos: os construtos da autoimagem, autoconceito e autoestima sob os olhos da diversidade social**. 2023. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8161/tde-01042024-120331/publico/2023_Mano sergioFelixDaSilva_VOrig.pdf. Acesso em: 14 mai. 2024.

SILVA, Myria Ribeiro da *et al.*. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pessoas submetidas a cirurgias ortopédicas e traumatológicas. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v.11, n.5, p. 2033-2045, mai. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23357/18978>. Acesso em: 16 set. 2023

SILVEIRA, R. L.; SALVARO, M. S.; ZANIN, M.T.; HOEPERS, J.N. O Enfermeiro no Manejo da Dor a Vítima de Trauma Ortopédico. **Inova Saúde**, Criciúma, v. 11, n. 1, p. 43-65, fev. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/4859/5618>. Acesso em: 06 set. 2023.

SOUZA, J. M.; CARNEIRO, R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 69-84, dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300007>. Acesso em: 12 set. 2023.

SOUSA, W. A. L. **Impacto das estratégias de coping no processo terapêutico da Pessoa com Deficiência Física: revisão integrativa**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/50422?locale=en>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SZWARCWALD, C. L.; VIACAVA, F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 58-66, mai. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500006>. Acesso em: 11 set. 2023.

TRAUMA Ortopédico em Idosos. **Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)**, 2018. Disponível em: <https://sbot.org.br/trauma-ortopedico-em-idosos/>. Acesso em: 04 set. 2023.

UNAFISCO SAÚDE. **Manual de prevenção para acidentes domésticos: um guia de cuidados essenciais durante o isolamento domiciliar**, Brasília, mai. 2020. Disponível em: <https://unafiscosaude.org.br/site/manual-de-prevencao-para-acidentes-domesticos-um-guia-de-cuidados-essenciais-durante-o-isolamento-domiciliar/>. Acesso em: 10 mai. 2024.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**; tradução: Daniel Bueno; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZAMAI, C. A.; BORTOLIM, L.; MINETTI, G. S. ATIVIDADES FÍSICAS PRATICADAS EM ACADEMIA: análise dos benefícios. **Revista Saúde e Meio Ambiente – RESMA-UFMS**, Três Lagoas, v. 13, n. 1, p. 38-49, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/13605>. Acesso em: 09 mai. 2024

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

Questionário sociodemográfico

Nome:

Idade:

Data de nascimento __/__/____ Gênero: Masculino Feminino Outro

Estado civil:

Religião:

Cor/raça:

Grau de escolaridade: Ensino Fundamental Ensino Fundamental Incompleto

Ensino médio Ensino médio incompleto Graduação

Graduação incompleta Não tem escolaridade Outro:

Ocupação:

Composição familiar:

Quantidade de filhos:

Renda familiar: Até 1 salário mínimo

1 a 2 salários mínimos

2 a 3 salários mínimos

3 a 4 salários mínimos Outra opção:

Renda individual:

1-Você recebe algum benefício do governo ou por afastamento do trabalho?

sim, qual(is)?

não

2-Caso receba, teve dificuldades para conseguir receber o benefício?

sim, qual(is)?

não

3-Em algum momento foi preciso recorrer à justiça para ter acesso a esse direito do benefício?

sim não

4- Você contribui nas despesas domésticas?

sim não

5 Possui alguma comorbidade?

sim, qual(is)?

não

6- Faz uso de alguma medicação?

sim, qual(is)?

não

7- Você ingere bebidas alcoólicas?

sim não

8- Você fuma?

sim não

9- Faz uso de algum tipo de droga, lícita (remédios, por exemplo) ou ilícita?

sim, qual(is)?

não

10- O uso de tais substâncias aumentou após o trauma ortopédico?

sim não

11- Qual foi a principal causa do seu trauma ortopédico nos membros inferiores?

Queda doméstica Acidente de trânsito Acidente de trabalho Outros:

12- Quando isso ocorreu?

dias semanas meses anos

13- Você considera que algum fator específico contribuiu para o seu acidente?

sim, quais?

não

14- Quais aspectos da sua vida o trauma ortopédico impactou de alguma forma?

familiar social trabalho afetivo financeiro outros, quais?

15- Faz quanto tempo que você faz fisioterapia?

dias semanas meses ano

16- Fora o fisioterapeuta, você está sendo acompanhado por outros profissionais da saúde?

sim, quais?

não

17- Quanto tempo você ficou aguardando na lista de espera da Clínica Escola de Fisioterapia para iniciar o seu tratamento?

dias semanas meses ano

18- O que você fazia na sua rotina antes e agora deixou de fazer, depois do trauma ortopédico?

esporte sair com os amigos sair com familiares namorar trabalhar subir escada fazer compras outros:

19- Quais atividades cotidianas você precisa de auxílio para realizá-las?

afazeres domésticos cuidados pessoais cuidado com filhos alimentação

mobilidade e locomoção outros:

20- Você fez procedimento cirúrgico?

sim, qual(is)?

não

21- Você faz uso de alguma tecnologia assistiva?

sim Não

Se sim, qual tipo?

prótese cadeira de rodas muleta andadores com rodas bancos de banhos ajustáveis órteses personalizadas outras:

22- Como conseguiu acesso a essas tecnologias?

Comprou com dinheiro próprio comprou tendo ajuda de pessoas próximas conseguiu pelo SUS outros:

23- Passou quanto tempo para conseguir a tecnologia?

dias semanas meses anos

24- O olhar ou fala das outras pessoas sobre a sua situação atual de limitação funcional incomoda você?

não raramente às vezes sempre já incomodou, mas hoje não mais

25- Quais as suas maiores dificuldades em relação à acessibilidade?

barreiras arquitetônicas calçadas inadequadas transporte público estacionamento

banheiros inacessíveis outros:

26- Você percebeu alterações no seu estado emocional após o trauma, como:

sono alimentação comportamento relação com as pessoas humor aumento do uso de telas outros:

27- Já teve perdas funcionais em outros momentos da vida?

sim, qual(is)?

não

28- Já procurou algum serviço psicológico ou fez terapia em algum momento da vida?

sim, qual(is)?

não

29- Caso tenha feito terapia, por que parou?

dificuldade financeira vontade própria recebeu alta outros:

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- 1- O que mudou na sua vida depois do trauma ortopédico?
- 2- Como você lida com essas mudanças?
- 3- O que melhorou na sua vida com o uso da tecnologia assistiva?
- 4- Como você lida com o olhar e a fala das pessoas sobre sua situação atual?
- 5- O que você costuma fazer quando não está bem?
- 6- Que fatores ou recursos você considera como sendo de proteção, ou seja, que estão auxiliando no seu processo de reabilitação?
- 7- Antes do momento atual, quais foram as situações mais difíceis que você já enfrentou?
- 8- Como você se vê após o trauma ortopédico nos membros inferiores?
- 9- Existe alguma informação adicional que você gostaria de compartilhar sobre a sua experiência de reabilitação após o trauma ortopédico nos membros inferiores?

ANEXO A - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **Estratégias de enfrentamento de pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação**, sob a responsabilidade de: Maria Érica Sousa de Freitas e da orientadora Aponira Maria Farias, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

Essa pesquisa vai ajudar a identificar as estratégias de enfrentamento dos pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores e melhorar a adesão ao tratamento.

Assim, essa pesquisa tem como objetivo geral: investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas com traumas ortopédicos nos membros inferiores durante o período de reabilitação. Este projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) seguirá a abordagem qualitativa e pesquisa exploratória. Os instrumentos serão questionário e entrevista semi estruturada gravada.

As entrevistas serão gravadas, transcritas e passarão por análise temático categorial detalhada dos dados qualitativos.

Ao consentir em participar de uma pesquisa sobre as estratégias de enfrentamento de pessoas com traumas ortopédicos nos membros inferiores, elas podem ter os seguintes riscos mínimos:

- Risco de constrangimento ou desconforto emocional durante uma entrevista ao relembrar o trauma.
- Risco de os participantes se sentirem vulneráveis ou emocionalmente expostos.
- Riscos de estigmatização: A participação na pesquisa pode aumentar a sensação de estigmatização, à medida que os participantes compartilham informações sobre suas limitações físicas.
- Riscos de inibição: Os participantes podem se sentir inibidos ao compartilhar informações pessoais, limitando a qualidade dos dados coletados.

Se no momento da realização da pesquisa for notada alguma demanda psicológica dos participantes, eles serão encaminhados para os serviços de escuta ou atendimento psicológico da Clínica Escola de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba.

Já os benefícios da pesquisa são:

- Melhor compreensão das estratégias de enfrentamento eficazes para pessoas com traumas ortopédicos, o que pode melhorar a qualidade de vida desses pacientes.
- Contribuição para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas mais adequadas e personalizadas para pacientes com traumas ortopédicos.
- Identificação de recursos e apoios que podem ser oferecidos aos pacientes para melhor lidar com seu trauma.
- Ampliação do conhecimento sobre o impacto psicológico e emocional de traumas ortopédicos em membros inferiores.
- Possibilidade de identificar fatores de risco para o desenvolvimento de problemas psicológicos em pacientes com traumas ortopédicos.
- Oportunidade de promover a conscientização sobre a importância do suporte psicológico e emocional no processo de reabilitação.
- Contribuição para a pesquisa científica e o avanço do conhecimento na área de reabilitação ortopédica.
- Potencial para a criação de diretrizes de melhores práticas para o manejo psicológico de pacientes com traumas ortopédicos, beneficiando assim toda a comunidade médica.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. (ALINHAR AO DESENHO DO ESTUDO)

O voluntário poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer fase da realização da pesquisa ora proposta, não havendo qualquer penalização ou prejuízo.

O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Explicitar a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa além da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos da pesquisa.

Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas,

sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas. (Res. 466/2012, IV. 3. g.e. h.) Em metodologia experimental: Vide Resolução 466/2012, IV 4.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com (Maria Érica), através dos telefones (81)981336750 81991288816 ou através dos e-mails: maria.ERICA@aluno.uepb.edu.br ou mariaericasousaf@gmail.com, ou do endereço: Departamento de Psicologia da UEPB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB, Telefone 3315 3373, e-mail: cep@uepb.edu.br e da CONEP (quando pertinente). e da CONEP (quando pertinente).

CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa “Estratégias de enfrentamento de pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação” e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Maria Érica Sousa de Freitas

Assinatura do Pesquisador

OBS¹.: O TCLE será elaborado em duas vias; rubricadas em todas as suas páginas. As assinaturas devem ficar na mesma folha.

OBS².: Quando da submissão do Protocolo de Pesquisa, o Termo não deverá ter assinatura do Pesquisador.

ANEXO B - TAGV



Universidade
Estadual da
Paraíba

CLÍNICA DE ESCOLA DE FISIOTERAPIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada Estratégias de enfrentamento de pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Maria Érica Sousa de Freitas e Aponira Maria de Farias, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

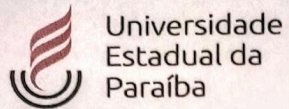
Campina Grande-PB, ___/___/___

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

Rua Baraúnas, 351- Bairro Universitário - Campina Grande/PB - CEP 58.429-500
Contatos: (83)3315.3300 | clinicaescola.fisioterapia@setor.uepb.edu.br
CNPJ 12.671.814/0001-37

ANEXO C - TAI



CLÍNICA DE ESCOLA DE FISIOTERAPIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (TAI)

Estamos cientes da intenção e autorizamos a realização do projeto intitulado “Estratégias de enfrentamento de pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação” desenvolvida pela aluna Maria Érica Sousa de Freitas, matrícula 192280066, do Curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Aponira Maria de Farias.

Campina Grande, 05/10/2023

Assinatura e carimbo do responsável institucional
mat. 1225367

Rua Baraúnas, 351- Bairro Universitário - Campina Grande/PB - CEP 58.429-500
Contatos: (83)3315.3300 | clinicaescola.fisioterapia@setor.uepb.edu.br
CNPJ 12.671.814/0001-37

ANEXO D - TAICDA

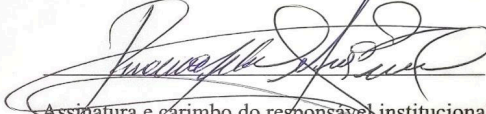
Universidade
Estadual da
Paraíba

CLÍNICA DE ESCOLA DE FISIOTERAPIA

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE
DADOS EM ARQUIVOS (TAICDA)**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Estratégias de enfrentamento de pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação”, desenvolvido pela Professora Aponira Maria de Farias do Curso de Psicologia da Universidade estadual da Paraíba com a participação do(a) orientando(a) Maria Érica Sousa de Freitas, matrícula 192280066. A coleta de dados será do tipo documental e empírica acontecerá no Arquivo de prontuários localizado na Clínica Escola de Fisioterapia. A referida pesquisa será para elencar as estratégias de enfrentamento de pacientes com traumas ortopédicos nos membros inferiores em reabilitação. Após a conclusão da pesquisa será feita uma devolutiva para a instituição.

Campina Grande, 05/10/2023


Assinatura e carimbo do responsável institucional
MAT. 1225367

Rua Baraúnas, 351- Bairro Universitário - Campina Grande/PB - CEP 58.429-500
Contatos: (83)3315.3300 | clinicaescola.fisioterapia@setor.uepb.edu.br
CNPJ 12.671.814/0001-37