
ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação de membros inferiores*Evaluation of the quality of life in patients submitted to amputation of inferior limbs*Adriana Moro¹, Maria da Graça Assef², Sérgio Walmir de Araújo³**Resumo**

OBJETIVO: Avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à amputação de membros inferiores de etiologia vascular. **MÉTODO:** Estudo de 166 pacientes submetidos à amputação de membros inferiores, de etiologia vascular, no período 2001 a 2003. Os pacientes responderam ao questionário World Health Organization Quality of Life que abrange os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. **RESULTADOS:** 44,6% dos entrevistados classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa e 41,8% consideraram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde. Domínio físico: média de 49, 33,8% com má qualidade de vida, 7,6% boa. Domínio psicológico: média de 57,2; 20% com má qualidade de vida, 23,1% boa. Domínio relação social: média de 63,2; 4,6% com má qualidade, 24,6% boa. Domínio meio ambiente: média de 57,6; 9,2% má qualidade, 6,1% boa. **CONCLUSÃO:** A média dos pacientes amputados apresenta-se numa faixa intermediária de qualidade de vida. O domínio físico obteve os valores mais baixos, com maior porcentagem de fracasso e menor de sucesso.

Descritores: Qualidade de vida. Amputação. Extremidade inferior.

Abstract

OBJECTIVE: To evaluate the quality of the patients' life submitted to the amputation of lower limbs of vascular etiology. **METHOD:** Study of 166 patients submitted to the amputation, with vascular etiology, of lower limbs in the period 2001 to 2003. The patients answered the World Health Organization Quality of Life questionnaire that includes the domains physical, psychological, social relationships and environment. **RESULTS:** 44,6% of the interviewees classified their quality of life as good or very good and 41,8% were satisfied or very satisfied with their health. Physical domain: average of 49, 33,8% with bad quality of life and 7,6% with good. Psychological domain: average of 57,2; 20% with bad quality of life and 23,1% good. Social relationship domain: average of 63,2; 4,6% with bad quality and 24,6% good. Environment domain: average of 57,6; 9,2% bad quality and 6,1% good. **CONCLUSION:** The average of amputated patients considered their quality of life as medium. The physical domain was the lowest in values, with larger failure percentage and smaller success.

Key words: Quality of life. Amputation. Lower extremity.

-
1. Formada em Medicina pela Universidade da Região de Joinville- Univille. Residente em Neurologia – HGCR.
 2. Cirurgiã do Aparelho Digestivo do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Preceptora da Residência de Cirurgia Geral.
 3. Cirurgião Vascular do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt. Preceptor na Disciplina de Cirurgia Vascular na Residência de Cirurgia Geral.

Introdução

A qualidade de vida (QV) é um evento determinado por múltiplos fatores, os quais, nem sempre são fáceis de serem cientificamente avaliados. Pesquisas mostram que o bem-estar físico objetivo está diretamente relacionado à ausência de doença ou de comprometimento, mesmo que leve, da capacidade funcional e do conforto; portanto, uma boa saúde física seria um forte indicativo de bem-estar psicológico satisfatório^(1,2).

Os indicadores objetivos nem sempre apontam como os indivíduos percebem e experienciam suas vidas. Os indicadores subjetivos, que incluem, por exemplo, a satisfação e a felicidade, definem com maior precisão a experiência de vida em relação às várias condições de vida do indivíduo⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na tentativa de contribuir para a uniformização do conceito de QV, publicou que essa é a "percepção de cada indivíduo acerca de sua posição no mundo, de acordo com seu contexto cultural e sistema de valores e em relação a seus objetivos, normas, expectativas e interesses"⁽⁴⁾.

No início dos anos 90, a OMS constatou que as medidas de qualidade de vida revestem-se de particular importância na avaliação de saúde, tanto dentro de uma perspectiva individual como social⁽⁵⁾. Existem muitas escalas que objetivam avaliar a qualidade de vida. Porém, há diferenças em relação aos aspectos conceituais subjacentes, à importância dada à subjetividade, em detrimento da objetividade na escolha dos itens, bem como à natureza e ao peso de cada domínio para avaliação de qualidade de vida como recurso gerador de conceitos pertinentes à população em questão a serem posteriormente averiguados sob enfoque psicométrico^(4,6).

O World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos. Considerou como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida, e sua natureza multidimensional^(4,7).

Na prática assistencial, em nível ambulatorial, com pacientes submetidos à amputação, geram-se várias inquietações acerca das consequências na vida dessas pessoas, entre elas a questão da satisfação com a própria vida. Alguns autores demonstram a importância de um processo de reabilitação adequado, a fim de que esses pacientes possam retornar o mais breve possível às suas atividades diárias. Schoppen et al afirmam que as capacidades funcionais mais importantes em idosos que sofreram amputação de membros inferiores

incluem cuidados pessoais, atividades domésticas e de lazer⁽⁸⁾. Thompson e Haran descrevem a importância do suporte social pela família e amigos na recuperação do paciente⁽⁹⁾.

Dentro desse contexto, destaca-se o valor do acesso à protetização, bem como de cuidados apropriados com o coto, tanto no intra quanto no pós-operatório, com o intuito de obter sucesso na adaptação da prótese^(10,11). Entretanto, nem todos os pacientes amputados são candidatos a uma prótese; por essa razão, um enfoque durante a reabilitação para o aprendizado do uso de cadeira de rodas e atividades de transferência pode ser benéfico e trazer resultados favoráveis semelhantes⁽⁸⁾.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida dos pacientes submetidos à amputação de membros inferiores, assim como o grau de satisfação desses pacientes com os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, através da escala desenvolvida pelo WHOQOL Group.

Materiais e métodos

No período de janeiro de 2001 a dezembro de 2003, 166 pacientes foram submetidos à amputação de algum segmento dos membros inferiores devido à patologia vascular, em Hospital Geral. Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que sofreram amputação de algum nível dos membros inferiores, de etiologia vascular, apresentando o outro membro íntegro ou igualmente amputado, e que aceitaram participar do estudo. Pacientes que sofreram amputação por outra patologia que não a vascular foram excluídos do trabalho, assim como aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou então que não foram contatados, principalmente por estarem atualmente residindo em outras cidades.

Os dados referentes aos pacientes foram obtidos através do registro de procedimentos cirúrgicos realizados no devido hospital com posterior avaliação dos respectivos prontuários. Fez-se contato telefônico com estes pacientes, além de carta enviada ao endereço residencial dos mesmos, convocando-os a comparecerem ao ambulatório de Cirurgia Vascular do referido hospital.

Após terem sido esclarecidos sobre a pesquisa, os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, e então responderam a um formulário contendo questões sobre nível da amputação, presença de comorbidades como diabetes mellitus e hipertensão arterial, e acesso à reabilitação (acompanhamento com psicólogo, terapeuta ocupacional,

fisioterapeuta, ou acesso à protetização) dentro dos seis meses após a amputação.

Além disso, esses pacientes responderam a um questionário padronizado desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-BREF. Esse instrumento de avaliação é composto por 26 questões. Duas são gerais, sendo que uma se refere a como o paciente avalia sua qualidade de vida, e a outra avalia quanto o paciente está satisfeito com a sua saúde. As demais 24 perguntas são relativas a quatro domínios e suas respectivas facetas, como se segue: Domínio I – físico, focalizando as seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho; Domínio II – psicológico, referente a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais; Domínio III – relações sociais, que inclui as facetas: relações pessoais, suporte social, atividade sexual; Domínio IV – meio ambiente, abordando as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de lazer/recreação, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, transporte⁽¹²⁾.

Os escores obtidos por meio desse questionário foram então pontuados utilizando-se o programa estatístico SPSS 12.0 e os resultados distribuídos em três regiões. Considera os valores entre 0 e 40 como "região de fracasso"; de 41 a 70, correspondendo a "região intermediária"; e acima de 71 como tendo atingido a "região de sucesso".

Resultados

Do total de 166 pacientes que foram submetidos à amputação de membros inferiores no período determinado, 38 evoluíram para óbito, 37 se recusaram a participar da pesquisa e com 26 não foi possível contato. Dessa forma, foram incluídos nesse estudo 65 pacientes (66% do sexo masculino), com faixa etária média de 65,29 anos (\pm 13,52; 23 a 92 anos). Devido a essa discrepância entre o número de pacientes amputados e aqueles efetivamente incluídos na pesquisa, acredita-se que problemas sociais estejam envolvidos, dificultando o acesso a um bom programa de reabilitação que permitisse uma evolução adequada desses pacientes, e então a possibilidade de participação no estudo.

Em relação ao nível de amputação 41% dos pacientes tiveram amputação transfemural, sendo que desses,

29,6% apresentavam amputação desse nível em ambos os membros, e os demais apresentavam o membro oposto íntegro. Sofreram amputação transtibial 26% dos pacientes (17,6% com amputação transtibial bilateral), 3% transmaleolar, 3% transmetatarsica (5,5% apresentavam amputação do mesmo nível no membro oposto), e dos pododáctilos 27% dos pacientes.

Os pacientes estudados foram encaminhados ao programa de reabilitação após a cirurgia de amputação do membro, que correspondeu a consultas e acompanhamento com os profissionais especializados, em ambulatório do referido Hospital, dentro dos seis meses de pós-operatório. Dessa forma, observou-se que 18% dos pacientes tiveram acompanhamento com psicólogo, 11% realizaram acompanhamento com terapeuta ocupacional e 42% acompanharam com fisioterapeuta. Tiveram acesso à prótese 15% dos pacientes, sendo que desses, 70% adaptaram-se a ela.

Com relação às comorbidades analisadas, observou-se que 63% dos pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica e 60% apresentavam diabetes mellitus.

Quando analisados de uma forma geral, encontramos que, no WHOQOL-BREF, 44,6 % dos entrevistados classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa, enquanto que, quando estratificados por nível amputado, 35,7% dos pacientes com grande amputação obtiveram resposta semelhante, contrapondo-se àquelas 59,1% com pequena amputação. Fazendo referência à segunda questão geral do questionário, 41,8 % dos amputados consideraram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde; porém, quando dispostos em grupos distintos, 45,2% dos pacientes com amputações maiores e 36% com menores mostraram-se igualmente satisfeitos. Embora relevantes esses resultados encontrados não apresentam diferença significativa quando aplicado o teste qui-quadrado.

No domínio físico, encontrou-se uma média de 49, o que equivale à região intermediária de qualidade de vida, sendo que 33,8% apresentaram má qualidade de vida, 58,4% intermediária e apenas 7,6% boa (figura I).

Com relação ao domínio psicológico, a média encontrada foi de 57,2 (região intermediária). Vinte por cento dos pacientes corresponderam a má qualidade de vida, 56,9% intermediária e 23,1% boa, evidenciado na figura II.

No domínio relação social, foi encontrada uma média correspondente à região intermediária (63,2), com 4,6% dos pacientes apresentando má qualidade de vida, 70,7% intermediária e 24,6% boa qualidade, como segue-se na figura III.

Por fim, no domínio meio ambiente, encontrou-se uma média de 57,6 (região intermediária). Classificaram como má qualidade de vida 9,2% dos pacientes, 84,6% como intermediária e 6,1% como boa, conforme figura IV.

Discussão

A perda de um membro pode desencadear nos pacientes diferentes percepções sobre o seu bem-estar subjetivo, uma vez que as emoções flutuam ao longo da vida segundo a ocorrência de eventos, o estado psicológico num determinado momento e fatores relacionados à personalidade. Desse modo, mesmo que as experiências emocionais intensas sejam importantes, passado o tempo tais experiências raramente parecem diminuir a avaliação subjetiva das pessoas sobre o seu próprio bem-estar⁽¹³⁾. Essas colocações podem justificar, em parte, os níveis de satisfação com a vida situadas em um patamar intermediário neste estudo, onde 44,6 % dos entrevistados classificaram sua qualidade de vida como boa ou muito boa.

Algumas pesquisas indicam que o bem-estar subjetivo não reside somente no efeito direto de como as pessoas se sentem fisicamente, mas também no que sua saúde permite que elas façam⁽¹⁴⁾. De fato, no domínio relacionado à saúde obtivemos 41,8 % dos pacientes que se consideraram satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde. No domínio físico apenas 33,8% foram classificados como apresentando má qualidade de vida. Estes dados confirmam a tese de alguns autores de que o bem estar subjetivo não se refere apenas à ausência de experiências negativas, ou seja, altos valores de bem-estar subjetivo também indicam presença de sentimentos agradáveis e satisfação com a vida em outros domínios⁽¹⁵⁾.

A literatura aponta que existe uma baixa correlação entre as circunstâncias objetivas e o bem-estar subjetivo, talvez porque as pessoas se adaptam rapidamente aos seus recursos e experiências. Além disso, soma-se o fato de que o modo pelo qual as pessoas percebem seus próprios potenciais em comparação com outras pode determinar como elas sentem suas próprias vidas e condições⁽¹⁶⁾.

São citados na literatura vários fatores que predizem o resultado da função dos pacientes que foram submetidos à amputação. Em geral, a capacidade funcional daqueles com grandes amputações e idade mais avançada é pior quando comparada àqueles mais jovens cuja amputação é menor⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Dessa forma, seria interessante a realização de estudo prospectivo para analisar a recuperação física e psicológica a longo prazo dos pacientes que sofreram grandes amputações.

Os resultados encontrados apontam para a importância de se investir em pesquisas sobre o bem-estar subjetivo da população amputada, podendo ainda subsidiar os profissionais, especialmente da área da saúde, em suas práticas assistenciais, visando a valorização da satisfação com a vida e promovendo um novo olhar sobre a reabilitação dos pacientes com amputação de membros inferiores.

Parece fundamental, portanto, que médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e demais profissionais da equipe de saúde envolvidos com esses pacientes, tenham visão mais ampliada sobre o sentimento frente à amputação, às suas sequelas e aos resultados alcançados no processo reabilitatório. É essencial elaborar um plano individualizado de atenção, fundamentado no respeito aos valores do indivíduo, que corresponda às expectativas e necessidades da pessoa amputada, contribuindo para a necessária tomada de decisão em direção à melhoria da qualidade de vida, e não apenas ao prolongamento da sobrevivência.

Referências

1. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontolog* 1983; 23: 85–89.
2. Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren JE, Lubben JE, Rowe JC, Deutchman DE. *The concept and measurement for quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press; 1991.
3. Diogo MJD. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 13: 395-9.
4. The WHOQOL group. The world health organization quality of life assessment: position paper from the world health organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-9.
5. Orley J, Kuyken W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994.
6. Farquar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1439-46.
7. The WHOQOL group. The world health organization quality of life assessment: development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1569-85.
8. Schoppen T, Boonstra A, Groothoff J, Vries J, Goeken LN, Eisma WH. Physical, mental and social predictors of functional outcome in unilateral lower-limb amputees. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 803-11.
9. Thompson DM, Haran D. Living with an amputation:

the patient. *Int Rehabil Med* 1983; 5: 165-9.

10. McWhinnie DL, Gordon AC, Collin J, Gray DW, Morrison JD. Rehabilitation outcome 5 years after 100 lower-limb amputations. *Br J Surg* 1994; 81: 1596-9.
11. Larsson J, Agardh CD, Apelqvist J, Stenstrom A. Long-term prognosis after healed amputation in patients with diabetes. *Clin Orthop* 1998; 350: 149-58.
12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 178-83.
13. Diener E, Larsen R. The experience of emotional well-being. In: Lewis M, Haviland JM. *Handbook of emotions*. New York: Guilford; 1993.
14. Thompson DM, Haran D. Living with an amputation: what it means for patients and their helpers. *Int J Rehabil Res* 1984; 7: 283-92.
15. Diener E, Suh E. Subjective well-being and age: an international analysis. In: Schaie KW, Lawton MP. *Annual review of gerontology and geriatrics. Focus on emotion and adult development*. New York: Springer Publishing Company; 1997.
16. Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Soc Ind Res* 1997; 40:189-216.
17. Geertzen JH, Martina JD, Rietman HS. Lower limb amputation. Part 2: Rehabilitation – a 10 year literature review. *Prosthet Orthot Int* 2001; 25: 14-20.
18. Pohjolainen T, Alaranta H, Karkkainen M. Prosthetic use and functional and social outcome following major lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int* 1990; 14: 75-90.
19. Pohjolainen T, Alaranta H. Predictive factors of functional ability after lower-limb amputation. *Ann Chir Gynaecol* 1991; 80: 36-9.

Apêndice

Figura I. Avaliação do domínio físico no WHOQOL-BREF.

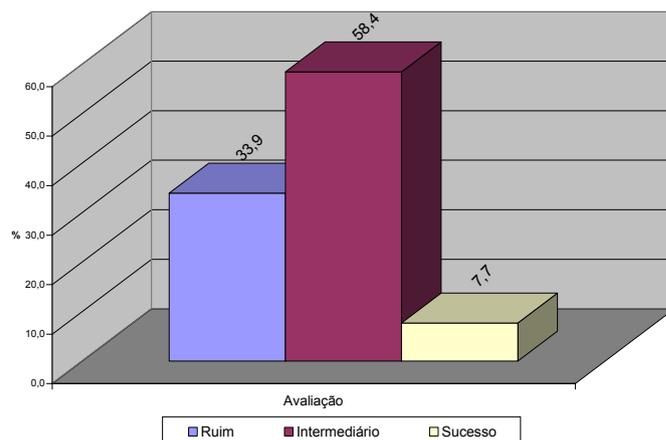


Figura II. Avaliação do domínio psicológico no WHOQOL-BREF.

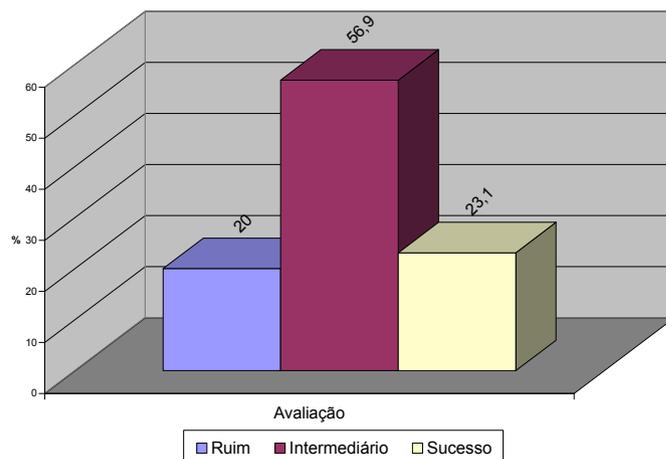


Figura III. Avaliação do domínio relação social no WHOQOL-BREF.

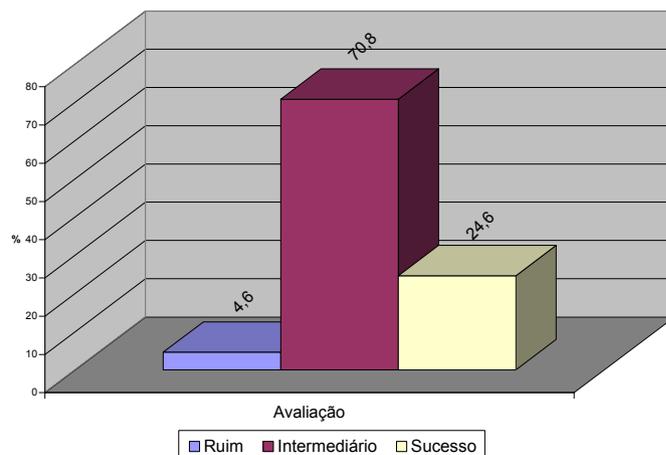
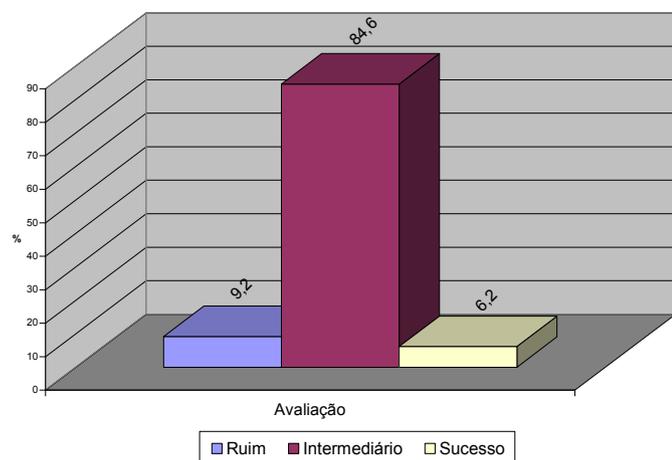


Figura IV. Avaliação do domínio meio-ambiente no WHOQOL-BREF.



Endereço para correspondência

Adriana Moro
Rua Prefeito Antenor Mesquita, 98. Apto 101
Centro
Florianópolis – Santa Catarina.
Cep: 88015-150
E-mail: moro_adriana@yahoo.com.br