



## Percepção e qualidade de vida de amputados de membro inferior submetidos à reabilitação fisioterapêutica

### *Perception and quality of life of lower-limb amputates submitted to physical therapy rehabilitation*

Rafaela Gasparotto Sangirolamo<sup>1</sup>, Mateus Dias Antunes<sup>2</sup>, Michelle Cardoso Machado dos Santos<sup>1</sup>, Fabiana Nonino<sup>1</sup>

1 - Universidade Cesumar - UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

2 - Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, SP, Brasil.

#### RESUMO

**Introdução:** a Qualidade de Vida (QV) é um resultado importante para programas de reabilitação física e tem sido usada principalmente para comparar a eficácia de intervenções ou para comparar amputados com outras populações. **Objetivo:** avaliar a percepção e a QV de amputados de membros inferiores submetidos à reabilitação fisioterapêutica. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo com 20 pacientes amputados de membros inferiores. Foi realizada a identificação do paciente, coletado informação sobre a amputação, avaliada a QV por meio do WHOQOL-BREF, bem como, a percepção da amputação por meio de um questionário. Foi realizado estatística descritiva. **Resultados:** a maioria era do sexo masculino (65%) e com etiologia traumática (60%). Os níveis de amputação mais presentes foram o transfemural médio (30%) e o transtibial médio (30%). Apenas 55% dos amputados possuíam prótese e 95% dos amputados eram independentes na alimentação, higiene oral e na transferência da cadeira de rodas para o vaso sanitário. Em relação à percepção da amputação, 30% não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, porém relatam que sua amputação muda à forma com que os outros o tratam. Além disso, 65% afirmaram que sua amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade e 60% relataram que sua amputação o torna dependente de alguém. Em relação à QV, relataram uma qualidade de vida nem ruim/nem boa nos domínios físico (70%) e no psicológico (50%). Além disso, a maioria relata uma QV boa nos domínios de relações sociais (70%) e meio ambiente (65%). **Conclusão:** os pacientes amputados de membro inferior que realizam fisioterapia não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, mas é considerada um empecilho para a realização de alguma atividade. Além disso, apresentam uma qualidade de vida nem ruim/nem boa para aspectos físicos e psicológicos e boa para aspectos sociais e ambientais.

mateusantunes@usp.br

**Palavras-chave:**  
*Amputação; Qualidade de Vida; Fisioterapia; Reabilitação; Promoção da Saúde.*

#### ABSTRACT

**Introduction:** Quality of Life (QoL) is an important outcome in physical rehabilitation programs and has been used mainly to compare the effectiveness of interventions or to compare amputees with other populations. **Objective:** to evaluate the perception and QoL of lower limb amputees undergoing physical therapy rehabilitation. **Method:** this is a quantitative study with lower-limb amputees. Patient identification was performed, information about the amputation was collected, QoL was evaluated through the WHOQOL-BREF, as well as the perception of amputation through a questionnaire. Descriptive statistics was performed. **Results:** most individuals were male (65%), with a traumatic etiology (60%). The most present amputation levels were medium transfemoral (30%) and medium transtibial (30%). Only 55% of amputees had prostheses and 95% of amputees were independent in food, oral hygiene and transfer of the wheelchair to the toilet. Regarding the perception of amputation, 30% did not think that their amputation causes discomfort in other people, however, they report that their amputation changes the way others treat them. In addition, 65% said that their amputation is an obstacle for performing some activities and 60% reported that their amputation makes them dependent on other people. Regarding quality of life, they reported quality of life that was neither bad nor good in the physical (70%) and psychological (50%) domains. In addition, the majority report good quality of life in the domains of social relations (70%) and environment (65%). **Conclusion:** lower-limb amputees who undergo physical therapy did not think that their amputation causes discomfort in other people, but it is considered an obstacle for performing some activities. In addition, they have quality of life that is neither bad nor good for physical and psychological aspects and good for social and environmental aspects.

**Keywords:**  
*Amputation; Quality of life; Physiotherapy; Rehabilitation; Health promotion.*



## INTRODUÇÃO

A amputação representa um procedimento geralmente cirúrgico no qual há a remoção parcial ou total de um membro. Elas ocorrem principalmente por três motivos: patologias crônicas, como o diabetes; tumores malignos e benignos, como o osteosarcoma e traumas como os acidentes de trabalho e os automobilísticos. Outras circunstâncias que podem acarretar em uma amputação são as deformidades congênitas que geram consequências para a funcionalidade e as infecções que não conseguem ser contidas podendo levar a morte do indivíduo.<sup>1,2</sup>

Quando as amputações são feitas de forma eletiva objetiva-se adquirir um coto, que é o membro residual da amputação, que seja indolor, sem neuromas terminais sintomáticos, estável e que futuramente seja útil, então se procura deixar um coto de amputação fisiológico, o qual é adequado para a protetização.<sup>3</sup> O coto é encarregado do controle da prótese durante o ortostatismo e a marcha do paciente. Existem diversos níveis de amputações para os membros inferiores (MMII) e podemos destacar algumas delas como as desarticulações interfalangiana, de Chopart, de Syme, de joelho e de quadril e as amputações transtibiais e transfemorais, cada uma delas possuindo uma característica diferente. Há amputações em que a reabilitação e a protetização se tornam mais difíceis devido a vários fatores como o nível da amputação e a ausência de um bom coxim.<sup>4</sup>

A relação entre o nível de amputação e a perda das determinantes da marcha é também de extrema importância. Podemos tomar como exemplo as amputações transfemorais onde o paciente perde um importante determinante da marcha: a flexão e a extensão do joelho, importante para a fase de apoio durante a marcha. Assim dependendo do nível de amputação o amputado terá mais ou menos dificuldade para realizar a marcha.<sup>5</sup> Em relação às amputações de membros superiores (MMSS) primeiramente deve-se ter em mente que a extremidade superior demanda de uma grande amplitude de movimento (ADM), pois ela que posiciona a mão para as atividades de vida diária. Por isso na amputação de MMSS sempre que possível se busca preservar o maior comprimento do membro para conservar essa habilidade.<sup>6</sup> Destacam-se alguns níveis de amputação como as de extremidades distais dos dedos, ao nível da articulação distal, média e proximal, transradiais, desarticulação de cotovelo e as transmerais.<sup>3</sup>

Segundo as diretrizes de atenção a pessoa amputada os idosos são os que mais passam por procedimentos de amputação, sendo 85% das amputações de MMII e as indicações mais recorrentes são em consequência das complicações das doenças crônico-degenerativas. A segunda causa mais frequente são as amputações por causas traumáticas.<sup>7</sup> Na literatura científica é destacado que a causa mais frequente para as amputações de membros superiores é a de origem traumática como os acidentes de trabalho, e as amputações dos MMII são em sua maioria causada por doenças vasculares.<sup>4</sup> Uma pesquisa feita no hospital universitário de Santa Maria sobre as causas de amputações de membros nos confirma isso com dados que dizem que do total de amputações realizadas, 67,5% apresentavam causas vasculares e/ou infecciosas.<sup>8</sup> A incidência das amputações varia em todos os países do mundo. Dados mostram a ocorrência de mais de um milhão ao ano. No Brasil a incidência das amputações é de 13,9 a cada 100,000 habitantes, sendo a maioria (85%) dos casos em MMII.<sup>9</sup>

A fisioterapia atua em diversos aspectos da amputação, como na prevenção, na reabilitação e no tratamento das complicações que surgem em consequência da amputação. O fisioterapeuta deve promover ações que visam à melhora da qualidade de vida (QV) de seus pacientes e das outras pessoas. Tem a responsabilidade de desenvolver os potenciais do indivíduo para que ele consiga desempenhar da melhor forma possível suas atividades de vida diária e laborativas.<sup>10</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Um estudo feito em Washington com 26 pacientes sobre os domínios que determinam a QV em amputados vasculares mostrou que a QV foi determinada por domínios como a redução da mobilidade e a dor, e que o apoio de colegas e uma reabilitação mais extensa com envolvimento de próteses promoveriam uma melhora na QV.<sup>11</sup> A relação entre mobilidade e a QV descrita no estudo anterior foi evidenciada em outro estudo sobre a análise da mobilidade dos amputados que obteve como resultado uma correlação positiva entre QV e satisfação geral com alta mobilidade.<sup>12</sup>

Na literatura científica, estudos tem identificado que o nível proximal da amputação, o elevado número de comorbidades presentes e o fato de não

receber uma prótese está coligado à baixa QV. Ainda, evidências científicas mostram que a mobilidade e a interação social bem como a amputação em níveis mais distal e o regresso ao trabalho estão coligadas a uma melhor QV. Nesse sentido, como a fisioterapia deve promover ações que visam à melhora da QV, é necessário conhecer qual é a percepção da amputação e sua qualidade de vida para propor estratégias e ações promotoras da saúde. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar a percepção e a QV de amputados de MMII submetidos à reabilitação fisioterapêutica.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e observacional que foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Cesumar sob parecer número 3474465 e teve como base as recomendações do checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).<sup>13</sup>

A seleção da amostra foi feita por meio da clínica de Fisioterapia que desenvolve um projeto de reabilitação para indivíduos amputados oriundos do INSS regional da cidade de Maringá - PR. Os critérios de inclusão foram: ter boa compreensão dos questionários e ter disponibilidade para responder os questionários. O critério de exclusão foi participantes menores de idade sem autorização por escrito.

Após a seleção todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram convidados a responder os questionários antes e/ou depois da sessão de fisioterapia e todos os questionários foram aplicados pela pesquisadora com o paciente respondendo oralmente as perguntas.

Foram aplicados na amostra quatro questionários:

1) Identificação do indivíduo, que tem como objetivo identificar os amputados entrevistados, determinando: idade, sexo, escolaridade, fonte de renda e várias outras informações relevantes para a pesquisa;

2) Informações sobre a amputação, com o propósito de determinar o nível e a etiologia da amputação, como também identificar alguma patologia associada. Nele também se colheu a informação do número de amputações, se o pesquisado já possui prótese, se fez fisioterapia pré e pós-protetização, também tinha questões sobre as atividades de vida

diárias, transferências e aspectos do coto;

3) WHOQOL-BREF que tem o objetivo de avaliar a QV, saúde e outras áreas da vida do amputado como segurança do lar, tempo para lazer, apoio familiar e satisfação com si próprio. Há quatro domínios específicos que são avaliados, sendo eles: domínio físico, domínio psicológico, domínio relações sociais e domínio meio ambiente;<sup>14</sup>

4) Percepção da amputação que avalia a percepção da amputação pelo próprio amputado, se ele se sente dependente, diferente das outras pessoas e em quais ocasiões isso acontece.

Após a aplicação dos instrumentos, todos os resultados foram tabulados no *software Excel®* versão 2013. Após a referida tabulação, os resultados foram analisados por meio da estatística descritiva.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 20 indivíduos, onde a média de idade foi de 60,25 anos, sendo 65% do sexo masculino e 35% do sexo feminino. Os dados mostraram que 75% da população não trabalhavam. A fonte de renda dos desempregados variou, sendo que 50% viviam com a aposentadoria, 10% de benefício, 5% de seguro desemprego e os outros 10% não tinham renda, o que era suprido pelo restante da família. Os 25% que trabalhavam viviam com o salário que não passava de três salários mínimos. Todos os participantes possuíam renda familiar >3 salários mínimos.

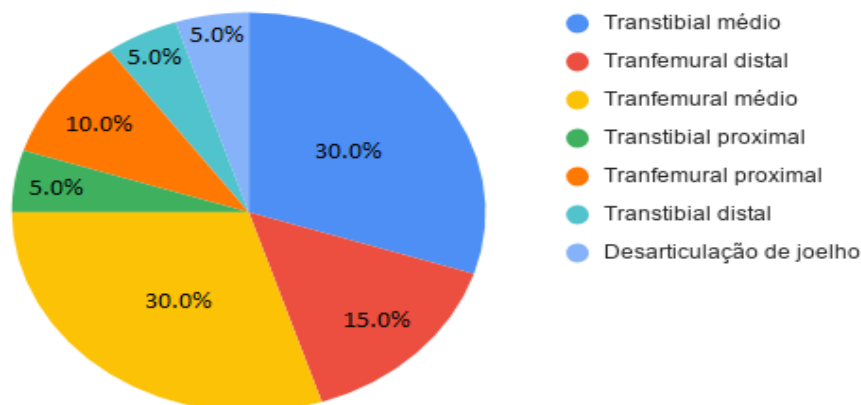
Com a aplicação do questionário sobre as informações sobre a amputação, pode-se observar que os níveis Transfemural médio e Transtibial médio ficaram empatados com 30% cada, juntos representando 60% dos amputados pesquisados. O nível Transfemural distal apresentou-se em 15% dos amputados. Além disso, 10% das pessoas possuíam o nível Transfemural proximal e os outros 15% ficaram divididos igualmente entre os níveis Desarticulação de joelho, Transtibial proximal e Transtibial distal, todos com 5% da população pesquisada cada. Vale ressaltar que 70% tinham amputação a direita (Figura 1).

A etiologia da amputação variou em traumática, infecciosa, vascular e outras etiologias. Sendo a de origem traumática a maior encontrada, representando 60% da população pesquisada. Em segundo lugar foi a de origem vascular com 30% seguido da infecciosa e outras etiologias com 5% cada.

O lado predominante da amputação foi o direito com 70% em comparação ao esquerdo se apresentando em apenas 30% da população pesquisada. Um dado interessante encontrado na pesquisa foi que todos os

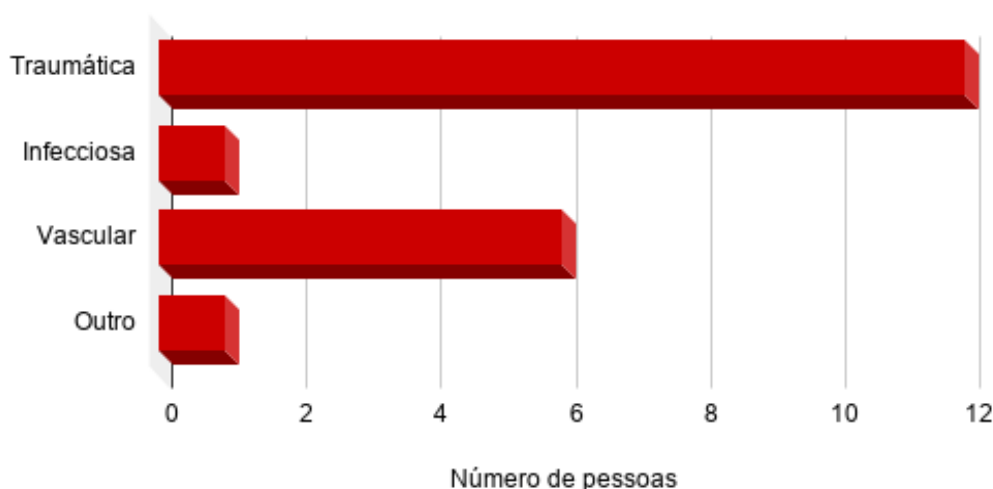
amputados acima dos 70 anos tiveram sua amputação de origem vascular e essa origem não se apresentou em mais nenhuma faixa etária (Figura 2).

### Nível da Amputação



**Figura 1** - Caracterização do nível de amputação.

### Etiologia da Amputação



**Figura 2** - Etiologia da amputação.

No questionário sobre as informações sobre a amputação pode-se concluir que 80% dos amputados pesquisados possuíam alguma patologia associada principalmente a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Além disso, 95% dos mesmos tinham apenas uma amputação e elas variaram entre 4 a 204 meses desde a última amputação.

Apenas 55% dos amputados possuíam prótese até o momento da entrevista, sendo que desses 55% somente 45,5% faziam uso da mesma. Além disso, 95% dos que possuíam prótese fizeram fisioterapia

antes de recebê-la e apenas dois deles não fizeram após a adquirirem. Ainda, 90% dos que ainda não possuíam prótese estão fazendo a terapia atualmente, sendo que a grande maioria faz o tratamento em clínicas públicas como a Associação Norte Paranaense de Reabilitação (ANPR). Os pacientes que utilizavam suas próteses faziam o uso da mesma em uma média de 3 horas por dia 4,5 dias por semana.

A Tabela 1 expressa a relação das atividades de vida diária com a independência do paciente para realiza-las. 95% dos participantes da pesquisa são

independentes na alimentação, higiene oral e na transferência da cadeira de rodas para o vaso sanitário, os outros 5% são parcialmente independentes, precisando de ajuda em alguma etapa da tarefa. 90% são independentes na higiene genital e na transferência

da cama para a cadeira de rodas. Somente 45% têm independência no banho e 55% no vestuário. A maior dependência foi para subir e descer escadas, onde 40% são dependentes e 30% parcialmente dependentes.

**Tabela 1** – Relação das atividades de vida diária com a independência do amputado (percentual)

Atividades de Vida Diária	Independente (%)	Parcialmente dependente (%)	Dependente (%)
Alimentação	95	5	-
Higiene oral	95	5	-
Higiene genital	90	10	-
Banho	45	55	-
Vestuário	55	45	-
Cama/Cadeira de rodas	90	10	-
Cama/Ortostase	75	25	-
Cadeira de rodas/Vaso sanitário	95	5	-
Cadeira de rodas/Carro	70	30	-
Subir/Descer escadas	30	30	40

Apurou-se com relação aos níveis de amputação que o nível Transfemural proximal apresentou 100% de independência para alimentação, higiene oral e genital, transferência da cama para cadeira de rodas, cama/ortostase, cama/vaso sanitário e cama/cadeira de rodas. 50% eram parcialmente dependentes para o banho, vestuário, e subir/descer escadas.

O nível Transfemural médio manifestou 100% de independência apenas para alimentação, higiene oral e transferência da cadeira de rodas para o vaso sanitário. 66% eram parcialmente dependentes para o banho e vestuário e 33.0% parcialmente dependentes para cama/ortostase e 16% parcialmente dependentes na higiene genital, cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/carro. Na atividade de vida diária de subir/descer escadas 50% apresentaram dependência total.

Em relação ao nível de amputação Transfemural distal 100% se apresentou independente para alimentação, higiene oral e genital, vestuário, cama/cadeira de rodas e cadeira de rodas/vaso sanitário. 33% eram parcialmente dependentes para o banho, passagem da cama para ortostase, cadeira de rodas/carro e nenhum dos amputados entrevistados desse nível eram independentes para subir e descer escadas, sendo assim 66% deles apresentaram dependência parcial e a restante dependência total para tal atividade.

No nível desarticulação de joelho foi expresso 100% de independência em alimentação, higiene oral e genital, passagem da cama/cadeira de rodas, cama/ortostase e cama/vaso sanitário. Eram parcialmente

dependentes somente para o banho, vestuário e cadeira de rodas/carro e a única dependência encontrada foi para subir e descer escadas. O nível Transtibial proximal apresentou 100% de dependência parcial para todas as atividades de vida diária, exceto subir e descer escadas o qual se apresentou dependente.

O nível de amputação Transtibial médio teve 100% de independência para alimentação, higiene oral e genital, passagem da cama para a cadeira de rodas e cadeira de rodas/vaso sanitário. 33% eram parcialmente dependentes para o banho, cama/ortostase, cadeira de rodas/carro e em relação a subir e descer escadas 33% eram dependentes, 16% semidependentes e o restante conseguia subir e descer de forma independente.

O nível Transtibial distal apresentou 100% de independência para alimentação, higiene oral e genital como também na passagem de posturas da cama para cadeira de rodas, cama para ortostase e cadeira de rodas para o vaso sanitário, sendo parcialmente dependente para o banho, vestuário, cadeira de rodas/carro e subir e descer escadas.

Os entrevistados que apresentara maior dependência ou dependência parcial para as atividades de vida diária tinham mais de 60 anos de idade. Nenhum paciente apresentou lesões abertas, edema e espículas ósseas com ou sem dor na região da amputação, 15% apresentou lesões dermatológicas e 5.0% neuromas. 75% possuíam dor ocasional e 15% dor constante na região. 70% disseram que tinham a sensação do membro fantasma e 60% de dor fantasma.

Os domínios do WHOQOL-BREF estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Relação da porcentagem das respostas na escala de Likert com os domínios (percentual).

Escala de Likert	Domínio Físico (%)	Domínio Psicológico (%)	Domínio Relações sociais (%)	Domínio Meio ambiente (%)
1 (muito ruim)	-	-	5	-
2 (ruim)	5	5	-	-
3 (nem ruim/nem boa)	70	50	10	30
4 (boa)	25	45	70	65
5 (muito boa)	-	-	15	5

Ao analisar os resultados do questionário WHOQOL-BREF pode-se identificar que a resposta média sobre a QV geral (que compõe as perguntas número 1 e 2) foi de 3. No domínio físico e psicológico a média ficou em 3 e nos domínios sobre as relações sociais e meio ambiente a média foi de 4.

Dos 20 entrevistados, 70% deles, incluindo todos os amputados com 60 anos ou mais tiveram o domínio físico em 3 (nem ruim/nem boa), 25% tiveram a percepção de 4 (boa) e 5% relatou percepção 2 (ruim). No domínio psicológico 50% relataram percepção 3 (nem ruim/nem boa), 45% disseram que sua percepção era de 4 (boa) e os 5% restantes ficou em 2 (ruim). Em relação ao domínio relações sociais 70% afirmaram que suas relações são boas, 15% muito boa, 10% nem ruim/nem boa) e 5% como muito ruim. No último domínio pode-se constatar que 65% da amostra percebe esse domínio como bom, 5%

como muito bom e os 30% restantes como nem ruim/nem boa.

Por fim, no questionário número 4 sobre a percepção da amputação pelo amputado 30% dos entrevistados não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, porém disseram que sua amputação muda à forma com que os outros o tratam, 65% afirmaram que sua amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade, principalmente para o lazer, 60% acharam que sua amputação o torna dependente de alguém, principalmente da família e para a atividade de vida diária banho, 40% exprimiram que sua amputação o torna diferente das outras pessoas e 25% expressaram que sua amputação o faz ser visto como um “estorvo” pela sociedade. Os resultados estão melhores expressos na Tabela 3.

**Tabela 3** – Porcentagem das respostas obtidas com o questionário sobre a Percepção da Amputação.

Respostas (%)	Você acha que sua amputação incomoda/gera desconforto em outras pessoas?	Você acha que sua amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade?	Você acha que sua amputação muda à forma de como os outros tratam?	Você acha que sua amputação o torna dependente de alguém?	Você acha que sua amputação o torna diferente das outras pessoas?	Você acha que sua amputação o faz ser visto como um “estorvo” pela sociedade?
<b>SIM</b>	70	65	30	60	40	25
<b>NÃO</b>	30	35	70	40	60	75
<b>TALVEZ</b>	-	-	-	-	-	-

## DISCUSSÃO

Na pesquisa houve predomínio do sexo masculino sobre o feminino, essa condição pode ser vista em vários estudos, como por exemplo, um estudo feito sobre satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação

de membros inferiores, onde foi constatado que 75% da amostra eram do sexo masculino.<sup>15</sup>

A maior dependência ou dependência parcial nas atividades de vida diária foi evidenciada nos indivíduos com mais 60 anos de idade e os níveis mais dependentes foram os acima no joelho. Essa relação da idade com a dependência foi demonstrada

no estudo que destaca a dependência funcional em amputados de membros inferiores cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. Foi evidenciado que a independência funcional varia de acordo com o nível da amputação e com a faixa etária visto que a maior dependência é apresentada nos indivíduos de maior faixa etária.<sup>16</sup>

Diante dos resultados obtidos pode-se observar 95% dos participantes que fizeram fisioterapia antes de receber a prótese estão a utilizando hoje em dia, o que pode sugerir que os pacientes que fizeram fisioterapia antes da protetização têm maiores chances de se adaptarem a ela e assim substituir o membro perdido podendo voltar as suas atividades normais e ter melhor QV. A importância da protetização em relação à QV é corroborada com o estudo realizado com amputados transtibiais unilaterais sobre sua QV antes e após a protetização. De acordo com o estudo, houve uma considerável melhora na QV dos amputados após a protetização e também houve melhora na autoestima, independência e socialização.<sup>17</sup>

No presente estudo, 65% dos amputados entrevistados disseram que a amputação é um empecilho para a realização de alguma atividade, principalmente o lazer. Chini e Boemer<sup>18</sup> destacam que a não realização de atividades cotidianas, ou a realização com auxílio, leva o paciente a sentimentos de inferioridade, baixa-autoestima e preocupação. O estudo ainda destaca que a dependência preocupa e assusta o amputado e ela é motivo de insegurança, medo e infelicidade, principalmente para as pessoas idosas que ficam dependentes para as atividades de vida diária e tudo isso foi demonstrado no presente estudo, pois 60% dos participantes tinham a percepção de ser dependente de alguém, principalmente para o banho e 25% acharam que a amputação o faz ser visto com um “estorvo” para a sociedade. Isso tudo claramente afeta a maneira de como o amputado pensa sobre si e como isso pode interferir na sua QV, como foi exposto por Chini e Boemer,<sup>18</sup> a pessoa que sofre uma amputação a relação do corpo com o mundo é transformada, pois uma parte do corpo não mais existe e é silenciada. Neste estudo mencionado, os pacientes expressavam feições de desânimo, dor, angústia e medo, e esses gestos comunicavam a dificuldade de viver com essa cirurgia mutilante.

Em relação ao questionário WHOQOL-BREF estudos como o realizado por Milioli et al.<sup>19</sup> sobre a QV em pacientes submetidos a amputação no

hospital público de Porto Alegre/RS, mostrou que no domínio físico, aproximadamente 35% dos pacientes relataram esse domínio como nem ruim/nem boa o que contradiz os 70% dessa classificado encontrada no nosso estudo. Uma das explicações seria a amostra do estudo feito pelo autor citado ser quase 10% menor que a nossa amostra. O único domínio que teve resultados semelhantes foi o domínio meio ambiente onde 30% no nosso estudo e 32% no estudo feito pelo autor relataram QV nesse domínio nem ruim/nem boa.

Com a realização do estudo foi possível exprimir a importância para entender qual a percepção o amputado tem de si e como isso pode interferir no melhor agenciamento de QV. Na alteração do corpo há uma infinidade de sentimentos que envolvem o amputado, pois por meio da percepção o corpo tem íntima relação com a inserção e compartilhamento com o mundo, portanto o amputado que não se sente bem consigo mesmo, que tem pensamentos negativos e que não é otimista com a sua recuperação pode interferir negativamente no tratamento fisioterapêutico.

Compreende-se desse modo que o fisioterapeuta olhe para a pessoa amputada de modo a ver além do tratamento motor e partir disso oferecer um tratamento direcionado a singularidade da pessoa e a singularidade da experiência por ela vivida. Portanto diversos fatores interferem na QV dos amputados como a dependência para a realização das atividades de vida diária e a percepção negativa em relação a sua amputação. E diante dos resultados obtidos com a pesquisa a fisioterapia pré e pós protetização é essencial para tornar o amputado independente e assim melhorar sua QV.

## CONCLUSÃO

Concluiu-se que os pacientes amputados de membro inferior que realizam fisioterapia não acharam que sua amputação gera desconforto nas outras pessoas, mas é considerada um empecilho para a realização de alguma atividade. Além disso, apresentam uma qualidade de vida nem ruim/nem boa para aspectos físicos e psicológicos e boa para aspectos sociais e ambientais.

## REFERÊNCIAS

1. Gabarra LM, Crepaldi MA. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*. 2009;30(1):59-72.

2. Haleem S, Yousaf S, Hamid T, Nagappa S, Parker MJ. Characteristics and outcomes of hip fractures in lower limb amputees. *Injury* 2021;52(4):914-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.10.017>
3. Geber B, Figueiredo EA, Assis IM, Lopes JM, Isolani LF, Pereira NM, et al. Comparação dos desfechos nos pacientes submetidos à amputação ou ao salvamento de membro como tratamento do osteossarcoma: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020;12(11):e4731. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4731.2020>
4. Ziegler AP, Dalenogare JF, Carpes AP, Machado DS, Silva FS, Mota LM. Fisioterapia na reabilitação de amputado transfemoral unilateral: relato de caso. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde* 2019;2(2):106-10. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/rips.v2i2.14519>
5. Bruurmijn ML, Pereboom IP, Vansteensel MJ, Raemaekers MA, Ramsey NF. Preservation of hand movement representation in the sensorimotor areas of amputees. *Brain* 2017;140(12):3166-78. doi: <https://doi.org/10.1093/brain/awx274>
6. Fitzgibbons P, Medvedev G. Functional and Clinical Outcomes of Upper Extremity Amputation. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2015;23(12):751-60. doi: <https://doi.org/10.5435/jaaos-d-14-00302>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Ministério da Saúde 2013; 1:36. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_amputada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf) Acesso em: 21 abr. 2021
8. Agne JE, Cassol CM, Bataglioni D, Ferreira FV. Identificação das causas de amputações de membros no hospital universitário de Santa Maria. *Saúde* 2004;30(1-2):84-9. doi: <https://doi.org/10.5902/223658346398>
9. Chamlian TR, Varanda RR, Pereira CL, Resende JM, Faria CC. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos no Lar Escola São Francisco entre 2006 e 2012. *Acta Fisiátrica* 2013;20(4):219-23. doi: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130036>
10. Luz JP, Ruaro JA, Ruaro MB, Kerppers II, Melo SA, Fréz AR. Fisioterapia em pacientes com amputação transtibial: revisão sistemática. *ConScientiae Saúde* 2016;15(1):154-60. doi: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v15n1.5589>
11. Suckow BD, Goodney PP, Nolan B., Veeraswamy RK, Gallagher P, Cronenwett JL, et al. Domains that determine quality of life in vascular amputees. *Annals of Vascular Surgery* 2015;29(4):722-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2014.12.005>
12. Wurdeman SR, Stevens PM, Campbell JH. Análise da Mobilidade de Amputados (MAAT I): A qualidade de vida e a satisfação estão fortemente relacionadas a mobilidade de pacientes com próteses de membros inferiores. *Prosthetics and Orthotics International* 2017;42(5):498-503. doi: <https://doi.org/10.1177/0309364617736089>
13. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. Iniciativa STROBE?: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):559-65. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>
14. Kluthcovsky ACG, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2009;31(3):1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>
15. Diogo MJD. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2003;13(6):395-9.
16. Santana FM, Silva L, Félix MDS, Cavalcante EG, Barbosa JS. Dependência funcional em amputados de membros inferiores cadastrados nas unidades básicas de saúde. *ID online* 2014;8(22):84-94. doi: <https://doi.org/10.14295/online.v8i22.265>
17. Vasconcelos TB. Avaliação da qualidade de vida de pacientes amputados transtibiais unilaterais antes e após a protetização. *Fisioterapia Brasil*. 2017;12(4):291-7. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v12i4.927>
18. Chini GCDO, Boemer MR. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2007;15(2):330-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000200021>
19. Milioli R, Vargas MAO, Leal SMC, Montiel AA. Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2012;2(2):311-9. doi: <https://doi.org/10.5902/217976924703>

Recebido em: 31/05/2021

Aceito em: 29/07/2021