

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS SUBMITTED TO AMPUTATION
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A LA AMPUTACIÓN

Renata Milioli¹
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas²
Sandra Maria Cezar Leal³
Alexandra Antunes Montiel⁴

RESUMO: Objetivos: caracterizar os sujeitos entrevistados quanto à faixa etária, patologia e nível da amputação; avaliar a qualidade de vida desses pacientes. **Método:** estudo quantitativo. Participaram 11 sujeitos submetidos à amputação no ano de 2009, em hospital público de Porto Alegre/RS. Os dados foram coletados nos prontuários e por meio de entrevista. Para análise utilizou-se o *Software Epi-Info* e o instrumento *WHOQOL-Bref*. **Resultados:** identificou-se que 36,4% dos sujeitos avaliaram como nem ruim/nem boa sua qualidade de vida e 27,3%, relataram como ruim e muito ruim. As amputações mais frequentes estão relacionadas ao Diabetes Mellitus, sexo masculino e a faixa etária entre 41 a 60 anos. **Conclusões:** as pessoas, quando acometidas por este fato, se deparam com uma situação que implica mudanças no seu modo de se locomover, trabalhar e de conviver socialmente. São importantes e necessárias, a prevenção e o tratamento de doenças crônicas e de suas inúmeras complicações.

Descritores: Enfermagem; Qualidade de vida; Amputados; Assistência à saúde.

ABSTRACT: Aims: to characterize the interviewed subjects regarding age frame, pathology and amputation level; to evaluate the quality of life of these patients. **Method:** a quantitative study. It had the participation of 11 patients submitted to amputation in 2009 in a public hospital from Porto Alegre, RS. The data were collected in the hospital records and by means of interview. Analysis utilized *Epi-Info Software* and *WHOQOL-Bref* instrument. **Results:** indication that 36.4% of the subjects evaluated their quality of life as neither bad nor good while 27.3% reported it as bad and very bad. The most frequent amputations refer to *Diabetes Mellitus*, masculine sex and age frame between 41 and 60 years old. **Conclusions:** when people experience it, they face a condition that implies changes in their way of moving, working and getting along socially. The prevention and treatment of chronic diseases with their numberless complications are important and needed.

Descriptors: Nursing; Life quality; Amputated patients; Delivery of Health Care.

RESUMEN: Objetivos: caracterizar a los sujetos entrevistados sobre grupo de edad, patología y nivel de la amputación; evaluar la calidad de vida de estos pacientes. **Método:** Estudio cuantitativo. Participaron 11 sujetos amputados en 2009, en un hospital público de Porto Alegre/RS. Los datos fueron recolectados en los prontuarios y por medio de entrevista. Para analizarlos, se utilizó el *Software Epi-Info* y el instrumento *WHOQOL-Bref*.

¹Enfermeira. Graduação Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: milioli.renata@gmail.com

²Enfermeira. Doutora Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. E-mail: mara@ccs.ufsc.br

³Enfermeira. Doutora Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Graduação Enfermagem UNISINOS. E-mail: sandral@cpovo.net

⁴Enfermeira. Graduação Enfermagem pela UNISINOS. E-mail: lekamontiel@hotmail.com

Resultados: indican que el 36,4% de los sujetos evaluaron como ni mala/ni buena su calidad de vida ,mientras el 27,3% reportaron como mala y muy mala. Las amputaciones más frecuentes están relacionadas a la Diabetes Melittus, al sexo masculino y al grupo de edad entre 41 hasta 60 años. **Conclusiones:** las personas acometidas por este hecho se deparan con una situación que implica cambios en su modo de moverse, trabajar y convivir socialmente. Son importantes y necesarios la prevención y el tratamiento de enfermedades crónicas y de sus inúmeras complicaciones.

Descriptor: Enfermería; Calidad de vida; Amputados; Prestación de Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

A amputação de membros inferiores ainda é hoje um problema de saúde pública no Brasil, sendo uma consequência devastadora da doença arterial degenerativa.¹ Por sua vez, as amputações de membros superiores raramente são causadas por patologias vasculares, normalmente decorrentes de causas traumáticas ou tumorais.²

Considerando as dificuldades que as pessoas vivenciam para controlar os problemas crônicos de saúde, como também o elevado número de pessoas que procuram as instituições de saúde, repetidas vezes, para tratar dos mesmos sintomas, pode-se inferir que o modelo atual do nosso sistema de saúde está centrado no tratamento de casos agudos, e pouco responde às condições crônicas. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante.³

São várias as alterações que ocorrem na vida de uma pessoa submetida à amputação, interferindo na sua qualidade de vida (QV). Principalmente, nas indicações clínicas, a amputação pode resultar no alívio da dor e no fim de hospitalizações frequentes. Por outro lado, nas amputações traumáticas, muitas vezes, o indivíduo acorda na sala de recuperação, após o evento traumático, sem lembrar do acidente e sem saber que foi submetido à amputação de um membro ou de parte de um membro.

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS) entende QV como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e de sistemas de valores em que vive considerando seus objetivos, expectativas padrões e preocupações.⁴ A QV é mais do que o ausência de doença ou enfermidade. Identificam-se três principais domínios: bem-estar físico, social e psicológico. Na avaliação do funcionamento físico são inclusos: fadiga, dor, sono, independência de atividades cotidianas e liberdade a partir de sinais e sintomas da doença. Na avaliação do funcionamento social são considerados a percepção dos indivíduos sobre seu papel e as relações sociais com os outros, o lazer e a vida sexual.³

Cada vez mais se evidenciam as questões psicossociais como fatores importantes para a QV das pessoas amputadas.⁴ A presença, na pessoa, de uma limitação funcional estabelecida pela amputação de membros inferiores e ou superiores, conseqüentemente, interfere na autonomia e independência. Isto resulta em alterações na vida diária, no trabalho, na interação com a sociedade e na realização de atividades.

Nos sujeitos amputados, os fatores físicos para obter a QV são: condições do coto e clínica geral do paciente (comorbidades), características da prótese, tempo desde a amputação, capacidade de mobilidade com a prótese. Já, os fatores psicológicos valorizados e monitorados para a QV são: resiliência (mobilização pessoal para adaptar-se à nova realidade), aceitação da amputação, depressão (frequente em pacientes mais jovens ou que não vislumbram controle/manejo sobre sua deficiência) e otimismo. Por sua vez, incluem-se como fatores psicossociais predisponentes à QV: participação em atividades sociais, trabalhar, estudar, convívio em grupo de amigos, associações, entre

outros. Ainda, estudos revelam que quanto maior a adaptação e habilidade em manejar a prótese, maior a liberdade e segurança para realizar atividades da vida diária em casa e participar de eventos sociais.⁵

A escolha do tema é baseada na amplitude que atinge os problemas vinculados às pessoas que, por diferentes motivos, evoluem para uma amputação. Ainda, foi constatado que existem poucos estudos na enfermagem que tratam a temática da amputação. Deste modo, entende-se que o modo como os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, conduzem os cuidados, as informações e as orientações à pessoa que se submete à amputação de membros superiores e ou inferiores, incidirá em transformações positivas no tratamento e na qualidade de vida destas pessoas.

Para nortear o estudo, apresenta-se o seguinte questionamento: qual é a qualidade de vida em pacientes vítimas de amputações clínicas e traumáticas? Logo, constituíram-se como objetivos: caracterizar os sujeitos entrevistados quanto à faixa etária, patologia e nível da amputação; avaliar a qualidade de vida dos sujeitos submetidos à amputação de membros superiores e inferiores, em dois hospitais de um Grupo Hospitalar público de Porto Alegre, no ano de 2009.

MÉTODO

Estudo do tipo descritivo com enfoque quantitativo, realizado em uma rede hospitalar de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que é constituída por diversos hospitais, no município de Porto Alegre. Para esta pesquisa foram incluídos dois hospitais de um Grupo Hospitalar público. Um de referência ao atendimento de trauma e a Unidade Vasculare de outro hospital, que atende usuários com comprometimento vascular decorrente de problemas clínicos.

A população do estudo foram 533 sujeitos, submetidos à amputação de membros superiores e inferiores, hospitalizados nos locais em estudo, no ano de 2009. Foram excluídos da pesquisa os menores de 18 anos; os que não tinham informação no prontuário de registro telefônico e os que não residiam em Porto Alegre. Logo, dos 533 sujeitos, 180 atendiam aos critérios de residirem em Porto Alegre e apresentarem registro telefônico no prontuário. Porém, 96 sujeitos não foram localizados por contato telefônico; 71 sujeitos faleceram e dois sujeitos não aceitaram participar do estudo. Finalizou-se a amostra do estudo com 11 sujeitos.

A coleta dos dados foi realizada nos prontuários dos pacientes em estudo. As coletas de dados com os sujeitos ocorreram em suas residências, as quais foram agendadas por contato prévio, conforme disponibilidade do participante. A aplicação do questionário foi assistida, ou seja, a pesquisadora lia o instrumento e assinalava com um X a opção correta informada pelo participante. Para a avaliação da QV dos pacientes amputados utilizou-se uma versão abreviada do WOQOL-100, o WHOQOL-Bref, validado e de propriedade da Organização Mundial de Saúde (OMS), que consta de 26 questões que obtiveram melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100, divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações social e meio ambiente, sendo duas questões do domínio geral.

O domínio I, físico, refere-se às questões de como o indivíduo percebe sua dor, o quanto precisa de medicamentos, disponibilidade para executar tarefas diárias e trabalho, incluindo o sono. O domínio II, psicológico, envolve questões que se referem aos sentimentos, satisfação e aceitação pessoal, concentração e sentido da vida. O domínio III, social, refere-se às questões de relacionamentos com amigos e parentes, bem como apoio que recebe destes e vida sexual. Já o domínio IV, meio ambiente, trata das questões relacionadas ao meio físico onde vive, segurança, remuneração, informações, lazer, moradia, meio de transporte e serviço de saúde. O questionário utilizado ainda contém

duas questões gerais (qualidade de vida geral e satisfação com a saúde). As duas questões gerais são calculadas em conjunto para gerar escore independente dos outros domínios, o qual denominamos de Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV).⁴

Os dados foram agrupados manualmente pelas pesquisadoras e analisados com recursos da estatística descritiva com a frequência absoluta relativa e a média simples, apresentados em tabelas e gráficos.

O estudo foi realizado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e pesquisa do Grupo Hospitalar (no qual estão inseridas as duas instituições sede deste estudo) com o número 91350-200, processo 11-059. Seguiu-se a legislação sobre pesquisa com seres humanos, expressa na Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos pacientes que foram entrevistados, discriminando sexo, faixa etária, patologia e nível de amputação.

Tabela 1 - Características da população quanto à faixa etária, patologia e nível da amputação.

Variáveis	Sujeitos n=11	
	N	%
Sexo		
Homens	8	73
Mulheres	3	27
Faixa Etária		
20 a 40 anos	1	9
41 a 60 anos	6	55
61 a 80 anos	4	36
Patologia		
DM	7	64
DM, HAS	3	27
DVP, HAS	1	9
Nível de amputação		
Antepé	2	18
Coxa	1	9
Dedos do pé	5	46
Joelho	1	9
Perna	2	18

Legenda: DM: Diabetes Mellitus; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DVP: Doença vascular periférica.

A seguir serão apresentados os escores do questionário WHOQOL-Bref, a fim de estabelecer o perfil da QV dos 11 pacientes amputados.

Ao serem indagados como avaliavam sua QV, 36,40% consideraram nem boa nem ruim; 27,30% boa; 18,20% ruim; 9,10% muito boa; e 9,10% consideraram muito ruim.

Ainda, 45,50% dos participantes da pesquisa sinalizaram que não estavam satisfeitos nem insatisfeitos; 36,40% satisfeitos; 9,10% muito insatisfeitos; e 9,10% insatisfeitos com sua saúde.

A Tabela 2 apresenta a análise por Domínio da QV dos pacientes amputados. Lembrando que a escala transformada compreende o espaço de 0% (pior QV) e 100% (melhor QV), seus intervalos de classificação são: 0% a 20% QV muito ruim, 20% a 40% QV ruim, 40% a 60% QV nem ruim/nem boa, 60% a 80% QV e de 80% a 100% QV muito boa.

Tabela 2 - Análise por domínio da Qualidade de Vida dos pacientes amputados

Domínio WHOQOL Abreviado	Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Bom	Muito bom
Domínio Físico	13,00%	16,90%	34,70%	15,60%	16,80%
Domínio Psicológico	7,58%	13,65%	31,85%	33,32%	13,60%
Domínio Social	18,20%	9,10%	30,30%	18,20%	24,20%
Domínio Ambiental	7,00%	22,00%	32,00%	19,00%	20,00%

DISCUSSÃO

O sexo masculino foi o mais frequente, assim como, a idade predominou em 9% acima dos 41 anos e a comorbidade em destaque foi o DM. Os sujeitos com DM têm um risco 15 vezes maior de serem submetidos a amputações, sendo mais frequentes na população diabética de baixo nível socioeconômico, com condições inadequadas de higiene e pouco acesso aos serviços de saúde.⁶

No Brasil, pelo menos 14,7% da população com mais de 40 anos é diabética e um estudo multicêntrico e populacional sobre os aspectos do DM realizado em nove capitais brasileiras demonstrou uma prevalência do diabetes (na população urbana entre 30 e 69 anos) de aproximadamente 8%, sendo as regiões Sul e Sudeste as mais atingidas. Embora os dados sejam alarmantes, o DM não é uma doença valorizada pelas autoridades e acima de tudo é negligenciada por seus portadores que, infelizmente, em grande parte dos casos, só poderão dar-se conta da sua gravidade quando as complicações decorrentes já estiverem instaladas⁷, entre estas as amputações, normalmente, secundária à outra complicação, o pé diabético.

O envelhecimento populacional brasileiro vem ocorrendo, rapidamente, desde 1960, quando as taxas de fecundidade e mortalidade começaram a decair, resultando num crescimento da população com 60 anos ou mais. Trata-se de um fenômeno complexo que resulta em mudanças no perfil epidemiológico, predominando as doenças crônicas não transmissíveis que podem ou não limitar e comprometer a capacidade funcional e a qualidade de vida do idoso culminando em modificações marcantes nos sistemas de cuidados.⁸

O nível de amputação mais atingido foram as amputações dos dedos dos pés, seguido por antepé, perna, coxa e joelho. Infere-se que a articulação, constatada neste estudo, de 91% dos sujeitos serem diabéticos e com idade superior a 40 anos, resulta na suscetibilidade de desenvolverem o pé diabético, lesão que poderá evoluir para a necessidade de amputação dos dedos dos pés, após o antepé e, muitas, vezes a perna. Logo, para que seja possível melhorar os cuidados às pessoas diabéticas é essencial combinar a profilaxia para DM e o controle e o tratamento das lesões, conjuntamente com o tratamento antimicrobiano e da doença vascular periférica, visando diminuir a morbimortalidade relacionada ao DM.⁶

Ao analisar os resultados foi possível identificar que 36,4% dos pacientes amputados avaliaram a percepção da QV como nem ruim/nem boa e 9,1% consideram a QV como muito ruim.

A QV é influenciada pela experiência, crenças, expectativas e percepções da pessoa.⁹ Assim, cada pessoa pode atribuir um significado único a sua percepção de QV, que é construído, desconstruído e reconstruído de acordo com as situações e experiências vivenciadas.¹⁰

No domínio satisfação com a saúde, predominam os sujeitos que se disseram muito insatisfeitos, insatisfeitos e nem satisfeitos/nem insatisfeitos com a sua saúde. Apesar dos mesmos já não sentirem excessivas dores recorrentes das amputações, ainda necessitavam de auxílio medicamentoso e frequentes consultas médicas.

A saúde está intimamente relacionada com a QV da pessoa, o que interfere

imediatamente na sua paz de espírito, manifestada por desajustes do humor, do estado emocional e do convívio social.¹¹

Estudo sinaliza que após a reabilitação, os jovens amputados por causa traumática apresentam melhores condições físicas e psíquicas e, maior retorno às atividades profissionais.¹² Contudo, nos sujeitos submetidos à amputação por causa clínica, a independência física já costuma ser comprometida antes do procedimento de amputação. Isto, talvez, já tenha, previamente, influenciado os resultados da avaliação da QV *a posteriori*, pois apenas 32,4% manifestaram boa ou muito boa condição física.

O adoecimento traz para o ser humano apreensão e ameaça, produz desequilíbrio e desconforto. Nessas situações, o indivíduo se dá conta de sua vulnerabilidade e da imprevisibilidade, implícitas no ato de viver e no medo de morrer. Entretanto, quando supera a situação de vulnerabilidade, a pessoa se reequilibra, restabelece os sentimentos e o medo dá espaço à coragem para lidar com as adversidades da vida.¹³

Porém, quando as doenças, são crônicas ou de longa duração, o equilíbrio está em viver e conviver com as mudanças impostas, mesmo tornando-se dependente de profissionais da saúde e de medicações. Portanto, o tratamento deve possibilitar a esses pacientes, condições para adaptação, capaz de levá-los a descobrir e desenvolver mecanismos que permitam conhecer seu processo saúde/doença e identificar e prevenir complicações.¹³

Muitas pessoas, após a amputação, deparam-se com um profundo sentimento de estranhamento de si mesmas: não se reconhecem nem fisicamente, nem no que diz respeito às suas reações emocionais. A vivência descrita é de profunda angústia e indefinição com relação ao futuro, às capacidades e às limitações que estão sendo vividas, no qual antes eram capazes de realizar. Trata-se de uma vivência de dissociação, polarizada como depressão.¹⁴

Mas, o processo de construção do conhecimento do sujeito passa, necessariamente, pelo seu corpo, uma vez que nossa existência é corporal. A subjetividade se constrói com o corpo por meio: de seus prazeres e sofrimentos, de suas qualidades e eficiências, de seus defeitos, do que ele já foi, do que já está deixando de ser, de como gostaríamos que um dia fosse, do receio que sentimos diante da possibilidade de um dia se tornar um estranho para nós mesmos. Não aceitar que seu corpo foi modificado pela amputação significa viver no passado, num eterno luto pelo perdido, por um corpo que não existe mais. A aceitação da amputação decorre, necessariamente, de um processo de "naturalização".¹⁵

Referente ao domínio psicológico, 46,92% dos participantes relataram adaptação com as novas circunstâncias impostas pela amputação de um membro. No entanto, 53,08% expressam que apresentam problemas quanto às suas condições psicológicas.

Os indivíduos amputados exigem, também, constante avaliação psicológica. Alguns fatores como o estresse podem alterar as funções fisiológicas e as respostas psicológicas. O estresse pode ser provocado pelo ambiente onde o indivíduo se encontra, no qual pode pôr em perigo o bem-estar desta pessoa⁹. Logo, a independência não se baseia apenas na relação com a prótese, mas também na capacidade funcional, independência pessoal e bem estar, ainda que não haja adaptação à prótese. Para melhor tratar, não frustrando o paciente, a equipe de reabilitação deve considerar a idade e o estado psicológico do indivíduo.¹²

Diante deste contexto, a reintegração às atividades laborais envolve aspectos tanto da reabilitação quanto do mercado de trabalho. As pessoas com deficiência apresentam condições precárias para o serviço, dificuldades financeiras e têm poder de pressão limitado em relação ao emprego, em virtude de considerarem que a limitação é um impeditivo para seus afazeres. Para melhorias desta situação, as pessoas amputadas devem investir na reabilitação ou na adequação das condições físicas ou mentais para exercer alguma ocupação remunerada. Ainda, o próprio mercado necessita preparar-se para empregá-las.¹²

Os resultados deste estudo, também, sinalizam que as relações sociais são

problemáticas. Ainda que não haja dados da QV pregressa destes sujeitos, é possível inferir que a amputação repercute na precariedade das relações sociais. Quais seriam os principais motivos desta situação?

Apesar de sabermos que são infindáveis as diferenças entre as pessoas, algumas características corporais destacam-se mais que outras. Por exemplo, as marcas da amputação, às quais são atribuídas como uma diferença desvantajosa entre os indivíduos, podendo levar a um descrédito socialmente construído.¹⁵

Desta forma, fica evidente a extrema importância da rede de suporte social para esses pacientes terem uma melhor QV. A participação em grupos, os passeios, ir pescar, sair para dançar são atividades importantes na manutenção de sua QV, pois os mantêm em contato com outras pessoas e lugares, fazendo com que se percebam como parte integrante da sociedade.¹⁶

A família representa um porto seguro. Ou seja, independente dos sentimentos que desfrutam, os mesmos priorizam o seu familiar debilitado dando-lhe amor necessário, garantido um suporte físico, emocional e social.¹⁷

Relativo ao escore sobre o meio ambiente dos pacientes é possível mencionar que apenas 39% consideram suas condições de moradia, lazer, entre outros, como boa ou muito boa.

A situação de pessoa amputada repercute: na incapacidade e perda de independência; no biológico pelo quadro de morbidade; no financeiro, já que por vezes, ocorrem faltas no trabalho e até perda de emprego pela incapacidade gerada. Por outro lado, observam-se as repercussões nos serviços de saúde, por meio dos custos elevados e das internações prolongadas.¹⁸

O enfermeiro possui uma forma diferenciada de esclarecer as dúvidas dos pacientes e familiares, pondo-lhes a par do seu real estado de saúde. A equipe de enfermagem atua no momento mais difícil para o paciente, que é do início de seu tratamento até o fim, ultrapassando o limite de um cuidado centrado na assistência imediata e passa a ter a função de sanar os medos, as dúvidas dos pacientes e de seus familiares.¹⁷ Alguns estudos mostram que o apoio psicoterápico individual e grupal e o suporte informal (enfocado nas relações sociais, de trabalho e familiares) são importantes ferramentas de ajuda para esses pacientes.¹⁹

A busca da promoção da saúde e do bem-estar deve pautar o agir dos profissionais da saúde. É necessário o entendimento da complexidade do ser humano, das suas ideias, valores, do seu contexto familiar e social, além da busca da QV do paciente.

CONCLUSÃO

Este estudo teve o objetivo de caracterizar os sujeitos entrevistados quanto à faixa etária, patologia e nível da amputação e de avaliar a qualidade de vida desses pacientes. A força do estudo está: (a) na relevância da temática para a enfermagem, na medida em que atua na promoção da saúde, tanto anterior à necessidade de amputação, como posterior à amputação; (b) na detecção da necessidade da prevenção e de tratamento de doenças crônicas; (c) no fornecimento de dados que podem subsidiar a atuação das políticas de saúde pública no Brasil. A limitação do estudo é o pequeno tamanho amostral, devido: ao número de pessoas que não foram localizados, que faleceram ou que não residiam em Porto Alegre. Detecta-se a necessidade de aprimorar o uso de um prontuário eletrônico, disponibilizado às diferentes instâncias de assistência à saúde, o que otimizará a atualização do endereço residencial e do telefone para contato.

Participaram do estudo 11 pessoas que foram submetidas a amputação de extremidades. A faixa etária de 41 a 60 anos representou 55%, cujo percentual aumenta

para 91% quando somado ao da faixa etária de 61 a 80 anos. Quanto ao nível de amputação, os mais frequentes foram dedos do pé (46%), antepé (18%) e pé (18%).

Ao serem indagados como avaliavam sua QV, 36,40% consideraram nem boa nem ruim; entretanto, 45,50% dos participantes não estavam satisfeitos nem insatisfeitos com sua saúde. Quanto aos domínios, o físico, social e ambiental, que representaram 34,70%, 31,85% e 30,30% respectivamente, avaliaram como nem boa nem ruim. Enquanto que 33,32 avaliaram o domínio psicológico como boa QV.

A patologia Diabetes representou 64% dos diagnósticos dos pacientes submetidos à amputação, destaca-se que associada a hipertensão arterial sistêmica totalizou 27%. Portanto, destaca-se que a soma desses valores totaliza o percentual de 91%, confirmando a forte relação do diabetes com o paciente submetido à amputação de extremidades.

Os participantes relataram que quando possuíam todos os membros não efetuavam corretamente as intervenções terapêuticas necessárias para as suas doenças, agravando assim, cada vez mais o seu diagnóstico. Identificou-se que os pacientes se veem com uma imagem física deformada, que se sentem deprimidos pela vida que levam atualmente e que ainda se responsabilizam por ter chegado a um ponto tão extremo, que é a amputação de um membro. Assim, destaca-se que o reconhecimento da importância de seguir o tratamento e as orientações relativas aos cuidados com a doença crônica. Pois este estudo indicou que para os participantes da pesquisa, essa importância só foi reconhecida depois da amputação.

Constata-se importante o compromisso ético da enfermagem que deve estar sempre atenta a esta problemática, visando a promoção da saúde das pessoas. Portanto, as informações e ações necessitam ser voltadas à construção de estratégias para que os pacientes possam conviver bem com as suas doenças crônicas sem o risco do procedimento cirúrgico da amputação.

REFERÊNCIAS

1. Foss MHD, Martins MRI, Mazaro LM, Martins MID, Godoy JP. Qualidade de vida dos cuidadores de amputados de membros inferiores. *Rev Neurociênc.* 2009;17(1):8-13.
2. Carvalho JA. Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2003. Etiologia das amputações; p. 15-9.
3. World Health Organisation. Measuring quality of life [internet]. 2010 [acesso em 2011 jan 23]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
4. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHO-QOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000;34(2):178-83.
5. Asano M, Rushton P, Miller WC, Deathe BA. Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int* [internet]. 2008 [acesso em 2010 dez 28];32(2):231-43. Disponível em: http://www.ortopedicacanadense.com.br/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=18.
6. Assumpção EC, Pitta GB, Macedo ACL, Mendonça GB, Albuquerque LCA, Lyra LCB, et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um programa de saúde da família. *Jornal Vascular Bras* [internet]. 2009 [acesso em 2011 mai 10];8(2):133-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a06v8n2.pdf>.
7. Vancini RL, Lira CAB. Aspectos gerais do Diabetes Mellitus e exercícios. Portal da educação física. Centro de Estudos da Fisiologia do Exercício [internet]. 2004. [acesso em 2011 ago 19]. [15



telas]. Disponível em: <http://www.educacaofisica.com.br/biblioteca/aspectos-gerais-do-diabetes-mellitus-e-exercicio>.

8. Tang WR. Hospice family caregivers quality of life. *J Clin Nurs*. 2009;18(18):2563-72.
9. Denny B, Kienhuis M. Using crisis theory to explain the quality of life of organ transplant patients. *Progress in Transplantation*. 2011;21(3):182-8.
10. Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(1):7-14.
11. O'Connell KA, Skevinton S. Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: a comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*. 2010;15(4):729-48.
12. Dornelas LF. Uso da prótese e retorno ao trabalho em amputados por acidentes de transporte. *Acta Ortopédica Bras*. 2010;18(4):204-6.
13. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Rev Interface [internet]*. 2005 [acesso em 2011 out 10];9(16):91-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>.
- 14 Galván GB, Amiralian MLTM. Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. *Estud Psicol*. 2009;26(3):391-98.
- 15 Paiva LL, Goellner SV. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface Comun Saúde Educ. (Botucatu) [internet]*. 2008; jul/set [acesso em 2011 set 21];12(26):485-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a03.pdf>.
16. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde Soc*. 2010 [acesso em 2011 nov 10];19(4):878-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400014.
17. Dall'agnol KM. Qualidade de vida dos portadores de insuficiência renal crônica frente ao tratamento de hemodiálise [trabalho de conclusão de curso]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2007. 115 p.
18. Tavares DMS, et al. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(6):825-30.
19. Martins MRI, Cesarino CB. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(5):760-6.

Data de recebimento: 19/02/2012

Data de aceite: 06/07/2012

Contato com autor responsável: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Endereço: Departamento de Enfermagem - Centro Ciências da Saúde - UFSC. Campus Universitário SN - Bairro Trindade.

CEP: 88040-970

E-mail: mara@ccs.ufsc.br