



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FCS/ESS  
LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA  
Ano letivo 2019\_2020  
4º Ano  
PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

**Estudo da qualidade de vida e da autoestima dos indivíduos amputados do membro inferior, com e sem recurso à prótese.**

Violette Meteyer  
Nº 35081  
Escola Superior de Saúde - UFP  
35081@ufp.edu.pt

Orientador: Sandra Rodrigues  
Escola superior de Saúde – UFP  
Sandrar@ufp.edu.pt

Porto, Junho de 2020

## Resumo

Introdução: A amputação afeta para sempre a vida, com profundas implicações na qualidade de vida e autoestima. Objetivos: Aferir a qualidade de vida e autoestima de amputados de membro inferior, assim como implicação do género, utilização de prótese e fisioterapia pré e pós-cirúrgica. Metodologia: estudo observacional transversal, com amostra de 62 indivíduos pertencentes à ANAMP. Questionário online, com questões de carácter sociodemográfico, uma escala de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e de autoestima (Rosenberg). Resultados: Amostra de 35 homens e 27 mulheres. Foi encontrada uma associação entre protetização e género, e com o género e o fato de se sentirem diminuídos psicologicamente após amputação. Na qualidade de vida, há diferença no domínio meio ambiente por género, e no domínio físico entre os indivíduos que continuam ou não fisioterapia. Há diferença de autoestima entre os que não fizeram fisioterapia antes e os que fizeram. Conclusão: A amostra apresenta níveis elevados de qualidade de vida e média autoestima. Os homens têm um resultado maior no domínio meio ambiente, indivíduos que não fizeram fisioterapia antes, têm uma maior autoestima, e os que já pararam têm um maior score no domínio físico.

Palavras-chave: Amputação; Qualidade de vida; Autoestima e Fisioterapia.

### Abstract:

Introduction: Amputation affects life forever, with profound implications on quality of life and self-esteem. Objectives: Comparing quality of life and self-esteem of amputees, by gender, use of prosthesis and physical therapy before and after surgery Methodology: cross-sectional observational study, with a sample consisting of 62 individuals belonging to ANAMP. Online questionnaire, with socio-demographic questions, a scale of quality of life (WHOQOL-Bref) and self-esteem (Rosenberg) was sent. Results: Sample of 35 men and 27 women. An association was found between prosthetization and gender, and with gender and fact that they felt psychologically diminished after amputation. In the quality of life, there is a difference in the environmental domain by gender, and in the physical domain between individuals who continue physical therapy and those who do not. There's a difference in self-esteem between those who haven't done physical before and those who have. Conclusion: The sample has high levels of quality of life and low self-esteem. Men have a higher result in the environment, individuals who have not had physical therapy before have a higher self-esteem, and those who have already stopped have a higher score in the physical domain.

Keywords: Amputation; Quality of life; Self-esteem and Physiotherapy.

## INTRODUÇÃO

A amputação pode ser definida como a ablação de parte ou da totalidade de um membro por ato cirúrgico (Santos, Vargas e Moura de Melo, 2014). Existem várias etiologias para amputação, podendo ser o resultado de alterações congênicas ou adquiridas, nomeadamente por traumatismo (acidentes de trabalho, de carro), infecção, patologia vascular, diabetes ou cancro (Machado Vaz et al., 2012; Santos, Vargas e Moura de Melo, 2014). As indicações para amputação traumática são aquelas com comprometimento vascular importante, que impeçam a reconstrução do membro, com risco de infecção e comorbilidade (Senefonte et al., 2012). O tabagismo, a hipertensão arterial, as malformações congênicas, a insuficiência renal crônica e a idade avançada são também fatores de risco (Jesus-Silva et al., 2017; Peixoto et al., 2017).

A amputação é classificada pelo nível de amputação. No membro inferior há a amputação do dedo, amputação de raios (dedo e metatarso), transmetatarsiana, tarsometatarsiana ou Lisfranc (desarticulação das articulações tarsometatarsianas), do médio-pé ou Chopart (entre o astrágalo com o calcâneo e o cubóide e o navicular), desarticulação do tornozelo ou Syme, transtibial, desarticulação do joelho, transfemural, desarticulação da anca (Guest, Marshall e Stansby, 2018; Robert e Atnip, 2005).

Relativamente à epidemiologia, a amputação do membro inferior representa 92% do total das amputações e um quarto dos homens e dois quintos das mulheres amputadas tem mais de 75 anos (British Society of rehabilitation medicine, 2003). Nos Estados Unidos foi estimado em 2005, que 1,6 milhões de pessoas vivem com a perda de um membro, principalmente por causa de doença arterial periférica e de traumatismo (Varma, Stineman e Dillingham, 2014). No Reino Unido, no ano 2011, a taxa de incidência foi de 5906 amputações, com 91% dos casos do membro inferior, 70% eram homens com mais de 65 anos em média, e 30% eram mulheres com mais de 69 anos em média. As causas mais comuns são as doenças vasculares (52%), de entre as quais 42% por diabetes mellitus, o traumatismo (com acidente de carro, moto) em 11% dos casos e os tumores em 3% dos casos, sendo estas duas últimas categorias típicas dos jovens. O nível mais comum de amputação é o transtibial, com 50% das amputações totais do membro inferior, em segundo é o transfemoral com 34% (British Society of rehabilitation medicine, 2018).

Um estudo epidemiológico sobre as amputações em Portugal de 2000 até 2015, descreveu 76288 novos casos de amputação, e 85187 casos incluindo as reamputações. As cidades que apresentaram o mais elevado número de casos são Lisboa (16,128 casos, 21,3%) e Porto (11,065, 14,5%). Onde 66,5% eram homens e 33,5% eram mulheres. As faixas etárias mais afetadas são dos 70 aos 80 anos (28,2%) e entre 80 e 90 anos (22,5%). As causas mais comuns que levam a amputação são as doenças do aparelho circulatório, e diabetes. As amputações do membro inferior representam 86% das amputações, as mais comuns são a amputação acima do joelho (43,28%) e a amputação dos dedos do pé (36,18%) (Fulgêncio de Matos, Carolino e Ramos, 2018).

A amputação é uma das principais causas de incapacidade permanente, porque vai afetar para sempre a vida diária e sua visão de si mesmo (Deans, McFadyen e Rowe, 2008). Facto este que irá levar a uma readaptação completa da vida, assim como uma reaprendizagem do seu corpo, da marcha, da imagem corporal, da sua profissão, devido às limitações e restrições que um amputado poderá ter (Asano et al., 2008). A tomada de consciência e a aceitação de sua nova imagem apresentam um impacto social, econômico, físico e emocional, podendo potenciar sentimentos de ansiedade, isolamento e depressão (Deans, McFadyen e Rowe, 2008), por fim afeta a qualidade de vida dos amputados.

O termo qualidade de vida relacionada com a saúde é difícil de definir, surgiu no final da década de 40, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, sendo mais que simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. A OMS define a qualidade de vida como uma perceção individual da posição de vida de uma pessoa no contexto cultural e no sistema de valores, e em relação às tarefas, expectativas e padrões estabelecidos por condições ambientais (Grzebień et al., 2017).

Diversos estudos referem que a idade, o género, o nível e o motivo de amputação, assim como a protetização vão ter impacto na qualidade de vida e na autoestima, no entanto não existe consenso na literatura, uma vez que alguns estudos sugerem a influência destas variáveis (Machado Vaz et al., 2012; Matos, Naves e Araujo, 2020), enquanto outros não (Lam et al., 2018; Gallagher e MacLachlan, 2004).

O tratamento dos doentes amputados é multidisciplinar (Machado Vaz et al., 2012), tendo a fisioterapia pré e pós-operativa um papel fundamental. Na ausência dum membro as próteses visam a substituição da função (marcha), melhorar a estética e a aceitação da nova condição, com implicações na reabilitação (Webster et al., 2012). Na preparação da protetização o fisioterapeuta tem um papel no trabalho de equilíbrio e de reeducação da marcha (BACPAR, 2016; Gailey et al. 2020; Mensch, 1983; Pastre et al., 2006; Price, Maffatt e Crofts, 2015; Ülger e Sahan, 2018).

Constituem, portanto, objetivos do presente estudo aferir a qualidade de vida e a autoestima de participantes amputados de membro inferior, assim como a implicação do género, da utilização de prótese e da fisioterapia pré e pós-cirúrgica.

## METODOLOGIA

### Amostra

Amputados do membro inferior, com e sem prótese, que aceitaram participar no estudo, pertencentes à Associação Nacional de Amputados (ANAMP). Critérios de inclusão: ter mais do que 18anos; perceber o português e ser amputado do membro inferior protetizado e não protetizado. Critérios de exclusão: hemipelvectomy (cirurgia mais invasiva); amputação do membro superior; problemas cognitivos; analfabetismo.

### Instrumentos de colheita de dados

Foi aplicado um questionário para caracterização de amostra, concebido especificamente para este estudo, como questões relativas à idade, género, peso, altura, estado civil, escolaridade, se encontra-se a trabalhar, diabetes, medicação antidepressiva e/ou ansiolítica, hábitos tabágicos e alcoólico, data de amputação, lateralidade, nível de amputação, etiologia, número de cirurgia até amputação final, utilização de prótese, data de protetização, tempo de utilização diária da prótese, se fez fisioterapia antes da cirurgia, quanto tempo antes da cirurgia, tempo decorrido após a amputação para fazer fisioterapia, se continua a fazer fisioterapia, quantas vezes por semana, tempo decorrido após a amputação para voltar a trabalhar, se sente-se diminuído após a amputação fisicamente e psicologicamente, dor no coto e dor no membro fantasma.

A Escala de AutoEstima de Rosenberg (EAR) foi criado em 1965 e adaptada por Hutz

em 2000 para o português. É constituída por dez itens que avaliam a autoestima global, cinco de orientação positiva e cinco negativa. As opções de resposta são dispostas numa escala de Likert, com “concordo completamente”, “concordo”, “discordo” e “discordo completamente” (3 a 0). A cotação dos itens negativos (3, 5, 8, 9 e 10) encontra-se invertida (3=0; 2=1; 1=2; 0=3). Assim, quanto mais elevados forem os resultados obtidos, maior é a autoestima global. A soma fornece o resultado final que pode variar entre 0 e 30. Relativamente às características psicométricas, a Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) de 1965 apresentava boas propriedades psicométricas: a sua consistência interna era elevada, com um valor  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,92. A versão Portuguesa apresenta uma consistência adequada com um  $\alpha$  de Cronbach de 0.86, assim como boa estabilidade temporal. Constitui-se, portanto, como um instrumento de aplicação fácil e rápido (Dini, Quaresma, e Ferreira, 2004; Hutz e Zanon, 2011; Quintão, Delgado e Prieto, 2011; Sbicigo, Bandeira, & Dell'Aglio, 2010).

O WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life – Bref) é uma versão reduzida do WHOQOL-100, auto-explicativo e de auto-avaliação. O WHOQOL-100 apresenta quatro questões para avaliar cada faceta, já na versão abreviada, cada faceta é avaliada a partir duma única questão. Ele é composto de vinte e seis perguntas. Duas questões gerais de qualidade de vida, e 24 facetas do questionário. Quatro domínios são avaliados, o físico (7 perguntas), o psicológico (6 perguntas), o social (3 perguntas) e o ambiente (8 perguntas) (Fleck, 2000). As opções de resposta são dispostas em 5 escalas de Likert sobre 5, assim 1 é o mínimo e 5 o máximo (melhor perceção de qualidade de vida). Nos vários domínios, 3 perguntas são avaliadas de forma invertidas (3, 4 e 26), e devem ser recodificados antes da cotação (1=5, 2=4, 3=3, 4=2 e 5=1). Os resultados obtidos no WHOQOL-Bref devem ser transformados para ser equivalente ao WHOQOL-100. Por isso o primeiro passo é estabelecer o valor de cada alternativa escolhida nas questões, sendo que todas as questões (excepto a 3, 4 e 26) são respondidas em direcção positiva. O resultado de cada domínio é obtido calculando a média dos valores de cada domínio. A média é depois multiplicada pelo número 4, uma vez que o instrumento de origem contém quatro questões para cada faceta. Em seguida, os resultados são transformados num score de 0 a 100. Esse instrumento não possui um resultado global, os resultados de cada domínios são analisados separadamente. Uma

pontuação mais elevada corresponde a uma melhor percepção da qualidade de vida. O  $\alpha$  de Cronbach varia entre 0.64 no domínio das relações sociais e 0.87 no domínio físico (Deans, McFadyen e Rowe, 2008; Fleck e al., 2000; Vaz Serra e al., 2006)).

### Procedimento

A utilização do instrumento de avaliação neste estudo foi precedida do pedido de autorização para a utilização das escalas e o pedido de colaboração à Associação Nacional de Amputados, ANAMP, que concordou em distribuir os inquéritos pelos seus associados.

Após submissão à comissão de ética da universidade Fernando Pessoa, foram contactados indivíduos adultos, amputados, que pertenciam à ANAMP. Tendo sido garantida a confidencialidade e anonimato dos dados. Foi então solicitada a divulgação por email da Escala de Auto-estima de Rosenberg, o WHOQOL-Bref, conjuntamente com o questionário de caracterização da amostra, para todos os associados da referida associação. O questionário foi respondido na versão online, desenvolvido na plataforma Google Form, sendo posteriormente realizada a codificação dos dados através do Microsoft Excel.

### Análise Estatística

Os dados recolhidos na pesquisa foram introduzidos, codificados e analisados através de programa Statistical Programme Social Sciences (SPSS) versão 25.0 (com um valor de alfa estabelecido em 0.05) e com recurso ao Microsoft Word Excel. Para a análise descritivas utilizou-se medidas de tendência central e de dispersão, assim como frequências, percentagens, médias e desvios padrões. Para averiguar a normalidade dos dados foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo os dados uma distribuição normal. Foi aplicado o teste de Qui-Quadrado para comparação entre géneros, e diabetes, tabaco, álcool, nível de amputação, protetização, diminuído fisicamente e psicologicamente, dor no coto e no membro fantasma, o teste exacto de Fisher foi utilizado para comparação entre géneros e medicação, e membro amputado, quando os pressupostos para a realização do teste de Qui-Quadrado não eram garantidos. O teste T de Student foi utilizado para comparação entre géneros, protetizado ou não, fisioterapia

antes ou não e continuar fisioterapia ou não com o score por domínio no WHOQOL-Bref e na escala de Rosenberg.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída por 62 indivíduos que pertencem à Associação Nacional de Amputados (ANAMP), desta amostra 35 (56,5%) eram do género masculino, e 27 (43,5%) do género feminino. Relativamente ao estado civil 23 (37,1%) indivíduos são casados, 21 (33,9%) solteiros, 11 (17,7%) em união de facto, 5 (8,1%) divorciado e 2 (3,2%) viúvo. As características etárias e antropométricas estão descritas na tabela 1.

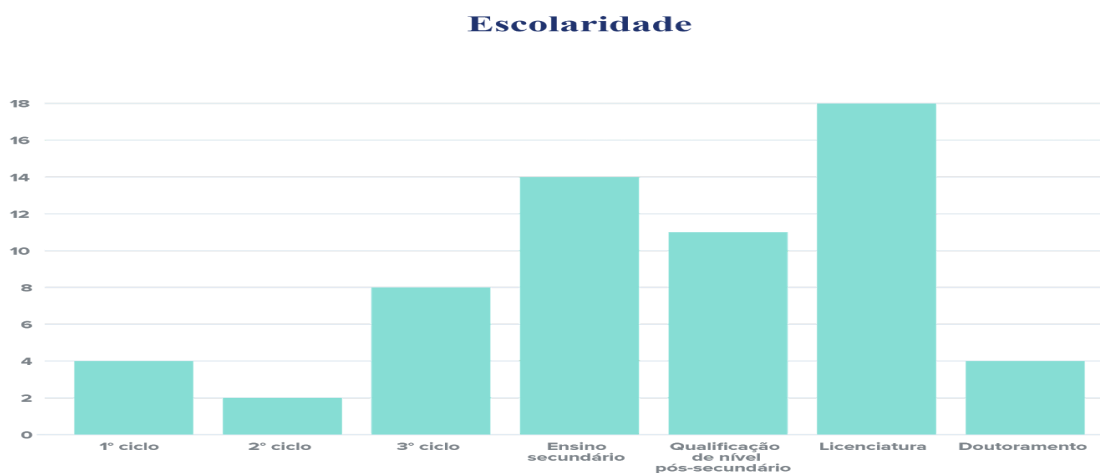
Tabela 1- Características biológicas da amostra

Dados biológicos	Mediana (DV)
Idade (anos)	49 (15,49)
Peso (Kg)	70 (17,51)
Altura (m)	1,73 (0,09)
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	24,16 (5,15)

Legenda: DV=desvio padrão

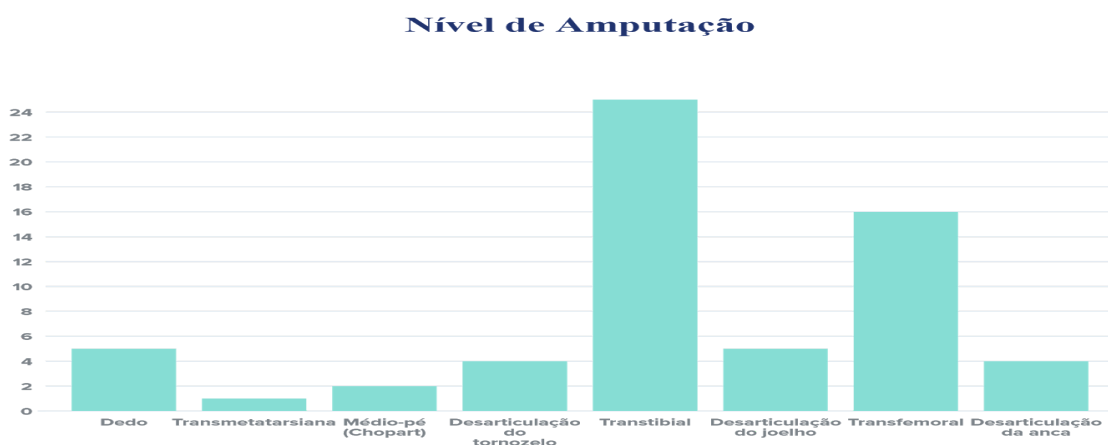
O nível de escolaridade pode ser observado no gráfico seguinte (gráfico 1), sendo a maioria licenciado (29,0%) .

Gráfico 1- Distribuição do Nível de Escolaridade



Atualmente 36 (58,0%) indivíduos encontram-se a trabalhar, encontrando-se 13 (21,0%) reformados e 13 (21,0%) desempregados. Relativamente à análise por género, quanto à presença de diabetes, 18 (29,0%) dos participantes apresentam diabetes, e não há diferenças na proporção de homens e mulheres diabéticos na amostra estudada (Qui-quadrado,  $p=0,512$ ). Observou-se também que a maioria dos participantes não toma medicação antidepressiva e/ou ansiolítica (54, 87,1%), e que não há diferenças na proporção por género (teste exato de fisher,  $p=0,279$ ). 45 indivíduos (72,6%) não apresentam hábitos tabágicos, não havendo diferenças na proporção por género (teste de qui-quadrado,  $p=0,168$ ). Relativamente ao alcoolismo, 52 (83,9%) não bebem, não existindo diferenças nas proporções tendo em conta o género (Qui-quadrado,  $p=0,101$ ). Do total dos participantes, 33 (53,2%) são amputados do membro inferior esquerdo, 25 (40,3%) do direito e apenas 4 (6,5%) de ambos. Na análise por género não há diferenças na proporção quanto ao membro amputado (teste exato de fisher,  $p=0,719$ ). O nível de amputação mais frequente na amostra é a transtibial com 25 (40,3%) indivíduos. Os resultados relativos à frequência por tipo de amputação encontram-se resumidos no gráfico 2. Não havendo uma diferença por género (teste de fisher,  $p=0,926$ ). Para a maioria dos casos é o traumatismo (acidente de carro/mota/trabalho) o motivo da amputação com 32 casos (51,6%), seguida da patologia vascular com 20 indivíduos (32,3%), osteomielite com 5 (8,1%), tumores com 3 (4,8%) e 2 malformação congênita(3,2%). Entre os indivíduos, 22 (35,5%) tiveram uma única cirurgia, 17 (27,4%) duas, 9 (14,4%) mais do que cinco, 7 (11,3%) três, 4 (6,5%) cinco e 3 (4,8%) quatro.

Gráfico 2- Distribuição por tipo de amputação



Na amostra há 38 (61,3%) indivíduos protetizados e 24 (38,7%) não protetizados. Havendo diferenças significativas por género (teste de qui-quadrado com  $p=0,017$ ), uma vez que os dados parecem sugerir que há mais homens protetizados do que mulheres (26 vs 12, respectivamente). De entre os protetizados, 16 (42,1%) utilizam diariamente mais que 10 horas sua prótese, 13 (34,2%) entre 5 e 10 horas, 6 (15,8%) entre 3 e 5 horas, 2 (5,3%) menos do que 1 hora e 1 (2,6%) entre 1 e 3 horas.

No que diz respeito à fisioterapia antes da amputação, 35 (56,5%) indivíduos não fizeram. Relativamente aos 27 (43,5%) que fizeram, 10 (16,1%) entre 2 e 4 meses, 8 (12,9%) entre 4 e 8 meses, 5 (8,1%) fizeram entre 1 e 2 meses, 3 (4,8%) entre 8 e 10 meses e apenas 1 (1,6%) mais do que 10 meses.

Para os sujeitos, a implementação da fisioterapia pós cirúrgica é muito variável, estendendo-se de uma semana até 15 anos. 21 indivíduos (33,4%) entre 1 e 5 meses, 19 (30,6%) até 1 mês, 11 (17,7%) entre 6 meses e 1 ano, 6 (9,6%) mais do que 1 ano e 5 (8,1%) não realiza fisioterapia pós cirúrgica.

Atualmente, 30 (48,4%) indivíduos continuam a fazer fisioterapia. O tempo decorrido entre a amputação e o retorno ao trabalho varia entre 1 mês e 15 anos, sendo que a maioria (30, 48,4%) volta ao trabalho ao fim de um ano. Após a amputação 43 (69,4%) participantes sentiram-se diminuído fisicamente, e 33 (53,2%) diminuído psicologicamente. Não há diferenças por género em sentirem-se diminuído fisicamente (teste qui-quadrado,  $p=0,206$ ). Há diferenças significativas por género na perceção de sentirem-se diminuídos psicologicamente (teste de qui-quadrado  $p=0,017$ ), sendo a proporção de mulheres que se sentem diminuídas superior (19 vs 14). Quanto ao uso de prótese não há diferença na proporção quanto a sentirem-se diminuídos psicologicamente (teste de qui-quadrado  $p=0,092$ ), ou fisicamente (teste de qui-quadrado  $p=0,841$ ). Na totalidade, 29 (46,8%) participantes tem dor no coto, e 38 (61,3%) tem dor no membro fantasma. Não existe uma associação entre o género e presença de dor no coto (teste de qui-quadrado,  $p=0,747$ ) ou dor no membro fantasma (teste de qui-quadrado,  $p=0,197$ ).

Na análise da escala de avaliação de qualidade de vida, WHOQOL-Bref, constituída pelos 26 itens, o valor do  $\alpha$  de Cronbach obtido foi de 0,935 o que revela uma consistência interna muito boa. Para cada domínio da referida escala, obtiveram-se

valores de  $\alpha$  de Cronbach de 0,835 referente à qualidade de vida geral, 0,820 referente ao domínio físico, 0,873 referente ao domínio psicológico, 0,691 referente ao domínio social e 0,839 referente ao meio ambiente. Como descrito por Serra et al (2006), foi efetuada a soma das respostas para cada domínio e depois a reconversão para ter valores entre 0 e 100, sendo que quanto maior for o valor obtido em cada domínio mais satisfeito estará o indivíduo com a sua qualidade de vida. Como todos os valores médios obtidos são superiores a 60, parece sugerir que os indivíduos estão globalmente satisfeitos com a sua qualidade de vida em cada um dos domínios, em particular, no domínio social, cujo valor médio obtido é aproximadamente de 75, conforme se verifica na tabela 2.

Tabela 2- Valores média e desvio padrão (DV) por domínios do WHOQOL-Bref, reportado na escala de 0 a 100, e estatística descritiva como a análise por género

<b>Domínios (itens)</b>	<b>Total (n=62)</b>	<b>Feminino (n=27)</b>	<b>Masculino (n=35)</b>	<b>p</b>
<b>QV geral (1, 2)</b>	68,14 (19,14)	66,20 (15,43)	69,64 (21,92)	0,491
<b>Físico (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18)</b>	69,58 (16,66)	67,33 (15,96)	71,33 (17,20)	0,353
<b>Psicológico (5, 6, 7, 11, 19, 26)</b>	70,30 (18,35)	66,51 (16,88)	73,21 (19,13)	0,156
<b>Social (20,21, 21)</b>	72,45 (19,12)	71,61 (18,67)	73,10 (19,71)	0,764
<b>Meio Ambiente (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25)</b>	64,47 (18,21)	57,75 (15,73)	69,64 (18,51)	0,010*

Valor de p relativo ao teste de hipótese de T de Student, para amostras independentes.

\*representa significância estatística.

Em todos os domínios há pelo menos um inquirido que obteve o máximo que foi de 100, o que indica que estão completamente satisfeitos com a sua qualidade de vida nalguns domínios. No domínio social há 7 indivíduos que obtiveram 100 pontos o que concorda com a média, que é a mais elevada dos domínios. O domínio meio ambiente é o que tem menor valor médio pelo que é o domínio que traduz menos satisfação com a qualidade de vida.

Os dados sugerem que existem diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente ao ambiente ( $p=0,010$ ), os homens têm uma maior qualidade de vida relativamente às mulheres (69,64 (18,51) vs 57,75 (15,73)).

Na tabela 3, apresentam-se as estatísticas descritivas dos scores do WHOQOL-Bref por domínio em função da utilização de prótese ou não.

Tabela 3- Estatística descritiva (Média  $\pm$  Desvio padrão) para cada domínio da escala WHOQOL-Bref, reportado na escala de 0 a 100, assim como a análise por utilização de prótese

<b>Domínio</b>	<b>Total(n=62)</b>	<b>Com prótese (n=38)</b>	<b>Sem prótese (n=24)</b>	<b>p</b>
<b>QV Geral</b>	68,14 (19,14)	70,07 (19,61)	65,10 (18,79)	0,328
<b>Físico</b>	69,58 (16,66)	69,64 (15,12)	69,49 (19,19)	0,973
<b>Psicológico</b>	70,30 (18,35)	72,70 (17,88)	66,49 (18,81)	0,197
<b>Social</b>	72,45 (19,12)	71,07 (19,35)	74,65 (18,95)	0,475
<b>Meio Ambiente</b>	64,47 (18,21)	67,68 (18,11)	59,38 (17,56)	0,080

Valor de p relativo ao teste de hipótese de T de Student, para amostras independentes.

Os dados sugerem que não existem diferenças entre quem utiliza e quem não utiliza prótese em termo de qualidade de vida, para os 5 domínios. Mas como o p relativo ao teste de Student, no meio ambiente é 0,08, é um resultado marginal (perto de 0,05) e que talvez com uma amostra maior teríamos diferenças significativas neste domínio.

A escala de autoestima de Rosenberg, é composta de 10 itens, e a análise permitiu obter um  $\alpha$  de Cronbach igual a 0,868, o que revela uma boa consistência interna. A escala de Likert utilizada no questionário é composto de 4 proposições de resposta que vai de 0 a 3 e valores mais elevados em cada item revelam melhor autoestima. Assim valores médios em cada item superiores a 2 revelam que o inquirido está satisfeito com sua autoestima, o que ocorre para 6 dos dez itens.

Na tabela 4, pode observar-se a média e o desvio padrão dos itens da Escala de autoestima de Rosenberg.

Tabela 4- Valores média e desvio padrão por item na Escala de autoestima de Rosenberg, n=62

<b>Item</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Média</b>	2,31	2,27	2,11	1,92	1,87	2,15	2,08	1,35	1,85	2,26

(DV) (,67) (,66) (,77) (,77) (,90) (,72) (,63) (1,01) (,83) (,81)

Legenda: DV=desvio padrão

Os itens “Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas”, “Sinto que não tenho muito de que me orgulhar”, “Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a)” e “Sinto-me por vezes inútil”, têm uma média inferior a 2 e então por isso não revela uma muito boa auto-estima dos inquiridos, no entanto são quase todas superiores a 1,5, o que indique que eles são relativamente satisfeito com sua autoestima. O item 8 apresenta a média mais baixa.

Na tabela 5, apresentam-se as estatísticas descritivas da escala de Rosenberg por género.

Tabela 5- Estatísticas descritivas (Média e desvio padrão) para a escala de Rosenberg (0 a 30) análise por género.

	<b>Total (n=62)</b>	<b>Feminino (n= 27)</b>	<b>Masculino (n= 35)</b>	<b>p</b>
<b>Score total</b>	20,18 (5,30)	19,30 (5,53)	20,86 (5,09)	0,254

Valor de p relativo ao teste de hipótese de T de Student, para amostras independentes.

Os dados sugerem que não há diferenças no score por género (p=0,254).

Na tabela seguinte observou-se os resultados da escala de Rosenberg comparando entre os indivíduos protetizados e os não protetizados.

Tabela 6- Estatísticas descritivas (Médias e desvio padrão) para a escala de Rosenberg, análise por utilização de prótese.

	<b>Total (n=62)</b>	<b>Com prótese (n=38)</b>	<b>Sem prótese (n=24)</b>	<b>p</b>
<b>Score total</b>	20,18 (5,30)	20,63 (5,08)	19,46 (5,67)	0,401

Valor de p relativo ao teste de hipótese de T de Student, para amostras independentes.

Não há diferenças no escore da escala de Rosenberg entre os protetizados e os não protetizados (p=0,401).

Na tabela 7, apresentam-se as estatísticas descritivas para cada domínio do WHOQOL-Bref e o escore total da escala de autoestima de Rosenberg, em função de ter feito ou não fisioterapia antes da amputação.

Tabela 7- Estatísticas descritivas (Média e desvio) para cada domínio da escala WHOQOL-Bref, reportado na escala de 0 a 100, e da escala de autoestima de

Rosenberg, assim como a análise em função de ter feito fisioterapia antes da amputação ou não.

<b>Domínio</b>	<b>Total (n=62)</b>	<b>FT antes da amputação (n=27)</b>	<b>Não FT antes da amputação (n=35)</b>	<b>p</b>
<b>QV Geral</b>	68,14 (19,14)	68,52 (23,86)	67,86 (15,25)	0,895
<b>Físico</b>	69,58 (16,66)	69,05 (16,95)	70,00 (16,67)	0,826
<b>Psicológico</b>	70,30 (18,35)	68,52 (20,59)	71,67 (16,60)	0,507
<b>Social</b>	72,45 (19,12)	76,54 (19,89)	69,29 (18,16)	0,140
<b>M. Ambiente</b>	64,47 (18,21)	60,88 (19,88)	67,23 (16,58)	0,175
<b>Score total autoestima</b>	20,18 (5,30)	18,37 (4,99)	21,57 (5,17)	0,017*

Valor de p relativo ao teste de hipótese de T de Student, para amostras independentes.

\*representa significância estatística.

Não há diferenças em nenhum dos domínios do WHOQOL-Bref, entre os indivíduos que fizeram fisioterapia antes da amputação e os que não. Os indivíduos que fizeram fisioterapia antes da amputação têm uma autoestima mais baixo do que os indivíduos que não fizeram (p=0,017). Na tabela 8, é referido as estatísticas descritivas para cada domínio do WHOQOL-Bref e do score total na escala de Rosenberg, comparando entre os indivíduos que continuam a fazer fisioterapia e os que pararam.

Tabela 8- Estatísticas descritivas (Média e desvio) para cada domínio da escala WHOQOL-Bref, reportado na escala de 0 a 100, e da escala de autoestima de Rosenberg, assim como a análise em função do feito de continuar a fisioterapia atualmente ou não

<b>Domínio</b>	<b>Total(n=62)</b>	<b>Continua fisioterapia (n=30)</b>	<b>Não continua fisioterapia (n=32)</b>	<b>p</b>
<b>QV Geral</b>	68,14 (19,14)	68,33 (15,99)	67,97 (22,21)	0,941
<b>Físico</b>	69,58 (16,66)	65,12 (12,81)	73,77 (18,85)	0,040*
<b>Psicológico</b>	70,30 (18,35)	68,19 (16,47)	72,27 (20,01)	0,387
<b>Social</b>	72,45 (19,12)	70,00 (19,15)	74,74 (19,11)	0,334
<b>M. Ambiente</b>	64,47 (18,21)	63,33 (17,43)	65,53 (19,143)	0,639

<b>Score</b>	<b>Total</b>	20,18 (5,30)	19,13 (4,99)	21,16 (5,48)	0,134
<b>autoestima</b>					

Valor de p relativa ao teste de hipótese de T de Student, para amostras independentes.

\*representa significância estatística.

Os resultados sugerem, que não existe diferenças em quase todos dos domínios, entre os indivíduos que continuam a realizar tratamento de fisioterapia e os que já pararam. À exceção no domínio físico onde há diferenças significativas ( $p=0,04$ ), o score dos indivíduos que pararam o tratamento de fisioterapia é mais elevado, o que mostra uma maior qualidade de vida no domínio físico. Não há diferença entre os grupos ( $p=0,134$ ) na escala de autoestima de Rosenberg.

## Discussão

Os objetivos do presente estudo foram aferir a qualidade de vida e a autoestima de participantes amputados de membro inferior, assim como a implicação do género, da utilização de prótese e da fisioterapia pré e pós cirúrgica.

Assim, assumimos que o uso de prótese aumentaria a perceção de bem-estar global, fisiológico, psicológico, ambiental e social, bem como a autoestima, que o género e a fisioterapia pré-operatória e atual podem também ter um impacto sobre as variáveis. A amostra deste estudo é composta por 62 indivíduos que pertencem à Associação Nacional de Amputados (ANAMP) de ambos os sexos, com uma média de idades de  $49 \pm 15,494$  anos. Com um IMC normal de 24,16 (DGS, 2005), maioritariamente casados, com amputação do membro esquerdo, sobretudo do tipo transtibial. O número de indivíduos que não fizeram fisioterapia antes da amputação (35) é consistente com o número de traumatismo (32), eles não puderam preparar-se fisicamente para a amputação. É possível observar um efeito do sexo na perceção de sentir-se diminuído psicologicamente após a amputação, sendo que a proporção de mulheres que se sentem diminuídas é superior à dos homens. Não havendo associação significativa entre uso ou não de prótese e sentir-se diminuído fisicamente ou psicologicamente. No estudo de Bradway et al. (1984) e de Racy (1989), existem diferentes fatores que vão afetar a parte psicológica, como a idade, o estado civil, a personalidade e a existência ou não de rede de apoio. A evidência não é clara sobre a influência do género na qualidade de vida

e da autoestima (Machado Vaz et al., 2012; Lam et al., 2018). No entanto, pelo fato de no presente estudo não ter sido possível o controlo da variável tipo de personalidade, não é possível afirmar com absoluta certeza que o género influencia o bem estar. De forma geral os scores por domínios do WHOQOL-Bref são bons (maior que 64/100). Na comparação dos resultados por género, por domínios do WHOQOL-Bref, os dados sugerem que há uma diferença significativa no score no meio ambiente, sendo que os homens apresentam melhor qualidade de vida do que as mulheres. Excepto neste domínio não há diferença por género, o que concorda com um estudo onde a idade, o género, e o nível de amputação não tem impacto na qualidade de vida (Robert et al., 2010). Na comparação do score da escala de autoestima de Rosenberg, não há diferenças por género nem por utilização ou não de prótese. De forma geral, os protetizados têm um melhor score, como no estudo de Holzer et al. (2014) onde a autoestima dos amputados era superior à do grupo controle, ao contrário da qualidade de vida, onde os resultados são significativamente piores sobretudo nos domínios físico, social, e emocional. Ao nível dos scores na avaliação da qualidade de vida, com o WHOQOL-Bref, observou-se que não existe diferenças, para cada domínio, entre os indivíduos protetizados e os não protetizados, os resultados são semelhantes. Neste sentido, o fato de usar ou não uma prótese não tem impacto no score do WHOQOL-Bref neste estudo. O resultado no meio ambiente foi marginal, e talvez com um amostra maior fosse possível obter resultados significativos. A comparação entre os resultados dos indivíduos que realizaram fisioterapia antes da amputação e os que não, no WHOQOL-Bref, não apresenta diferenças. Mas na escala de Rosenberg, há diferenças, a autoestima dos indivíduos que não realizaram tratamento fisioterapêutico antes apresenta maior score, conseqüentemente uma maior autoestima. Na análise dos resultados da escala de avaliação de qualidade de vida entre os indivíduos que continuam atualmente fisioterapia e os que já pararam, observou-se no domínio físico, uma diferença sendo que os que pararam apresentam um score maior. Pode-se supor que aqueles que ainda têm tratamento de fisioterapia tiveram uma amputação ainda recente, e portanto não estão acostumados a nova vida. No score da escala de Rosenberg, não há diferenças entre os indivíduos que continuam a fisioterapia atualmente e os que já pararam. Isso pode estar também ligado ao fato de já ter aceite a amputação. Podemos dizer de forma geral que uma maior funcionalidade leve a uma

maior qualidade de vida, que uma amputação vai afetar o aspeto físico e a parte psicológica, mas que uma boa rede de apoio possa constituir estratégia para lutar contra a depressão, desespero, emoções negativas.. Como dizem Gozaydinoglu, Hosbay e Durmaz (2019), o tratamento antes e após a amputação não deve ser baseado só na parte física, mas também na imagem corporal para preparar o indivíduo, porque a parte psicológica é também muito importante.

Constituem limitações do presente estudo o diminuto tamanho amostral, tendo reunido 62 indivíduos que pertencem à Associação Nacional de Amputados (ANAMP), não sendo também representativa da população nacional de amputados.

### Conclusão

Neste estudo, os dados sugerem que há mais homens protetizados, e mais mulheres que sentiram-se diminuídas psicologicamente depois a amputação. Relativamente à qualidade de vida, de forma geral os inquiridos estão satisfeitos, sendo em cada domínio a média superior a 64, numa escala sobre 100. Relativamente à escala de autoestima, todos os participantes estão satisfeitos (20,18(5,30)/30). No presente estudo as mulheres apresentam um score menor relativamente aos homens, no domínio meio ambiente do WHOQOL-Bref. Não há diferença por género na escala de Rosenberg. Entre os indivíduos protetizados ou não, não há diferença na escala de avaliação de qualidade de vida e na escala de Rosenberg. Os indivíduos que fizeram fisioterapia antes da amputação apresentam resultados similares no WHOQOL-Bref com os indivíduos que não fizeram, no entanto, os inquiridos que não fizeram fisioterapia antes da amputação apresentam uma maior auto-estima que os que fizeram. Os indivíduos que já pararam a fisioterapia apresentam maior resultados no domínio físico no WHOQOL-Bref. E não há diferença no score da escala de Rosenberg entre os indivíduos que pararam a fisioterapia e aqueles que continuam.

Em estudos futuros sugere-se a replicação do presente estudo em amostras de maiores dimensões e mais representativa da população. Sugere-se também complementar a presente investigação com índices de funcionalidade.

### Bibliografia

Asano, M., Rushton, P., Miller, W., e Deathe, B. (2008). Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. *Prosthet Orthot Int*, 32(2), 231-243.

- BACPAR. British Association of Chartered Physiotherapist in Amputee Rehabilitation. (2016). *Clinical guidelines for the pre and post operative physiotherapy management of adults with lower limb amputation*. (éd. 2nd)
- Bradway, J., Malone, J., Racy, J., Leal, J e Poole, J. (1984). Psychological Adaptation to Amputation: An Overview. *Orthotics and Prosthetics*, 38(3),46-50.
- British Society of Rehabilitation Medicine. (2003). A Report of The Working Part of the British Society of Rehabilitation Medicine. *Amputee and Prosthetic Rehabilitation Standards and Guidelines* (éd. 2nd). London.
- Deans, S., McFadyen, A., e Rowe, P. (2008). Physical activity and quality of life: A study of a lower-limb amputee population. *Prosthetics and Orthotics International*, 32(2), 186-200.
- Dini, G., Quaresma, M., e Ferreira, L. (2004). Adaptação Cultural e Validação Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 41-52.
- Direção Geral de Saude. Programa Nacional de Combate a Obesidade. (2004).
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., e Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública*, 34(2).
- Fulgêncio de Matos, J., Carolino, E., e Ramos, R. (2018). Dados Epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015. *IV Jornadas de Ortoprotesia da ESTeSL*. Lisboa.
- Gailey, R. Gaunaurd, I., Raya, M., Kirk-Sachez, N., Prieto-Sanchez, L. e Roach, K. (2020). Effectiveness of an Evidence-Based Amputee Rehabilitation Program: A Pilot Randomized Controlled Trial.
- Gallagher, P., e MacLachlan, M. (2004). The Trinity amputation and prosthesis experience scales and quality of life in people with lower-limb amputation. *Arch Phys Med Rehabil*, 85, 730-736.
- Gozaydinoglu, S., Hosbay, Z e Durmaz, H. (2019). Body image perception, compliance with a prosthesis and cognitive performance in transfemoral amputees. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 53(3), 221-225.
- Grzebień, A., Chabwski, M., Uchmanowicz, I., Milan, M., e Janczak, D. (2017). Analysis of selected factors determining quality of life in patients after lower limb amputation - a review article. *Pol Przegl Chir*, 89(2), 57-61.
- Guest, F., Marshall, C., e Stansby, G. (2018). Amputation and rehabilitation. *Vascular surgery*, 102-105.
- Holzer, L., Sevelde, F., Fraberger, G., Bluder, O., Kickingner, W., e Holzer, G. (2014). Body Image and Self-Esteem in Lower Limb Amputees. *PLoS One*, 9(3).
- Hutz, C., e Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala De Autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 41-49.
- Jesus-Silva, S., Oliveira, J., Brianezi, M., Moraes Silva, M., Krupa, A., e Cardoso, R. (2017). Análise Dos fatores de risco relacionados às amputações maiores e menores de membros inferiores em hospital terciário. *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(1), 16-22.
- Lam, T., Tang, L., Chau, W., Law, S., e Chan, K. (2019). The Effect of Age, Gender and Socioeconomic Status on Self-esteem, Body Image and Quality of Life of Amputees: An Evaluation Seven Years after the 2008 Sichuan Earthquake. *Disability, CBR & Inclusive Development*. 29(3), 32-47.
- Machado Vaz, I., Roque, V., Pimentel, S., Rocha, A., e Duro, H. (2012). Caracterização Psicossocial de uma população portuguesa de amputados do membro inferior. *Acta Med Port*.
- Matos, D., Naves, J., e Araujo, T. (2020). Quality of life of patients with lower limb amputation with prostheses. *Health Psychology*, 37.
- Mensch, G. (1983). Physiotherapy following through-knee amputation. *Prosthetics and Orthosis International*, 7, 79-87. Ontario.
- Pastre, C., Saliono, J., Oliveira, B., Micheletto, M. e Netto Junior, J. (2006). Fisioterapia e amputação transtibial. *Arq Ciênc Saúde*, 12(2), 120-124
- Peixoto, A., Zimpel, S., Oliveira, A., Monteiro, R., e Carneiro, T. (2017). Prevalência de amputações de membros superiores e inferiores no estado de Alagoas atendidos pelo SUS entre 2008 e 2015. *Fisioter Pesqui*.
- Price, B. e Moffatt, B. (2015). Managing patients following a lower limb amputation. *JNC*, 29(3).
- Racy, J. (1989). Psychological Adaptation to Amputation. *Lower Limb Extremity Amputation*.
- Robert, G., e Atnip, M. (2005). Toe and Partial Foot Amputations. *Operative Techniques in General Surgery*.

- Robert, R., Ottaviani, G., Huh, W., Palla, S. e Jaffe, N. (2010). Psychosocial and Functional Outcomes in Long-Term Survivors of Osteosarcoma: A Comparison of Limb-Salvage Surgery and Amputation. *Pediatric Blood and Cancer*, 54(7).
- Santos, J., Vargas, M., e Moura de Melo, C. (2014). Nível de atividade física, qualidade de vida e rede de relações sociais de amputados. *Revista Brasileira Ci e Mov*, 22(3), 20-26.
- Sbicigo, J., Bandeira, D., e Dell'Aglio, D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 395-403.
- Senefonte, F., Santa Rosa, M., Comparin, M., Covre, M., Jafar, M., Andrade, F., Malando Filho, G., Neto, E. (2012). Primary amputation after trauma: profile of a hospital in Mid-West of Brazil. *Jornal Vascular Brasileiro*, 11(4).
- Ülger, O. e Sahan, T. (2018). A systematic literature review of physiotherapy and rehabilitation approaches to lower-limb amputation. *Physiotherapy Theory and Practice*.
- Varma, P., Stineman, M., e Dillingham, M. (2008). Epidemiology of Limb Loss. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25(1), 1-8.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D. Carona, C. e Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Webster, J., Hakimi, K., Williams, R., Turner, A., Norvell, D., e Czerniecki, J. (2012). Prosthetic fitting, use, and satisfaction following lower-limb amputation: A prospective study. *JRRD*, 49(10)

## **Anexo A**

Prezado(a) Sr.(a), sou estudante do último ano de fisioterapia, da Universidade Fernando Pessoa e encontro-me a realizar o trabalho intitulado “Estudo da qualidade de vida e da autoestima dos indivíduos amputados do membro inferior com e sem recurso à prótese”.

Constituem objetivos do presente estudo avaliar a qualidade de vida e a autoestima nos indivíduos amputados do membro inferior, comparando entre protetizados e não protetizados. Observando também o efeito da realização de fisioterapia pré e pós-operatória nas variáveis em estudo.

Neste sentido solicitamos a sua participação na presente investigação, através do preenchimento do questionário que se anexa. O questionário é anónimo e confidencial. Agradecemos antecipadamente a sua participação no estudo.

A aluna de Fisioterapia.

(AQUI POR O LINK GOOGLE FORM)

Código do participante:

## **Anexo B**

Questionário de caracterização de amostra:

Está disposto(a) a participar no estudo ? Sim / Não

Idade: Género: M / F

Peso: Altura:

Estado civil: Solteiro(a) / Casado(a)/ União de fato / Divorciado(a) / Viúvo(a)

Escolaridade: 1º Ciclo (1º, 2º, 3 e 4º anos) / 2º Ciclo (5º e 6ºanos) / 3º Ciclo (7º, 8) e 9º anos) / Ensino Secundário (10º, 11º e 12º anos) / Qualificação de nível pós-secundário não superior / Licenciatura / Mestrado / Doutoramento

Encontra-se a trabalhar? Sim / Não / Reformado(a)

Diabetes: Sim / Não Toma de medicação antidepressiva e / ou ansiolítica? Sim / Não

Hábitos tabágicos: Sim / Não Hábitos alcoólico: Sim / Não

Data de amputação:

Membro amputado: Membro inferior direito / Membro inferior esquerdo / Ambos

Nível da amputação: Dedos / Transmetatarsiana / Tarsometatarsiana (Lisfranc) / Médio-pé (Chopart) / Desarticulação do tornozelo (Syme) / Transtibial / Desarticulação do joelho / Transfemoral / Desarticulação da anca

Motivo da amputação: Traumatismo (Acidente de carro ou mota / Acidente de trabalho) / Patologia vascular / Malformação congênita / Tumores / Outro: Qual?

Número de cirurgia até amputação final:

Utilização de prótese: Sim / Não

**SECCÃO PRÓTESE (Só para os Sim ultima pergunta) :**

Data de protetização:

Tipo de prótese:

Tempo de utilização diária da prótese: Menos do que uma hora/ Entre 1 e 3 horas / Entre 3 e 5 horas / Entre 5 e 10 horas / Mais do que 10 horas

**SECCÃO FISIOTERAPIA (Para todos)**

Fez fisioterapia antes da cirurgia? Sim / Não

Quanto tempo antes da cirurgia? Não fiz / Menos do que 1 mês / Entre 1 e 2 meses / Entre 2 e 4 meses / Entre 4 e 8 meses / Entre 8 e 10 meses / Mais do que 10 meses

Quanto tempo depois da operação fez fisioterapia:

Continua a fazer: Sim / Não

Se Sim quantas vezes por semana:

Quanto tempo após a amputação retornou ao trabalho:

Depois da amputação senta-se diminuído fisicamente: Sim / Não

Depois da amputação senta-se diminuído psicologicamente: Sim / Não

Tem dor no coto? Sim / Não

Tem dor no membro fantasma? Sim / Não

Código do participante:

## Anexo C

### **ESCALA DE AUTO-ESTIMA (Rosenberg, 1965)**

Adaptação efectuada por José Pedro Leitão Ferreira (2001), Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, a partir de Rosenberg Self-Esteem Scale elaborada por Morris Rosenberg (1965).

Para cada item faça uma cruz sobre o rectângulo que corresponde à concepção de valor que tem por si próprio(a):

	Concordo Completam ente	Concordo	Discordo	Discordo Completam ente
1.Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Sinto que tenho um bom número de qualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Em termos gerais estou inclinado(a) a sentir que sou um(a) falhado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Estou apto(a) para fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Eu tomo uma atitude positiva perante mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Sinto-me por vezes inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Por vezes penso que não sou nada bom(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código do participante:

## **Anexo D**

### **WHOQOL-Bref**

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas de sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua nas duas últimas semanas.

**Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito da qualidade de vida, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

	Muito Má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito Boa
1. Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nada	Pouco	Moderamente	Bastante	Completamente
3. Em que medidas as suas dores (físicas) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4. Em que medida precisa de cuidados médicos para	1	2	3	4	5

fazer sua vida diária?					
5. Até que ponto gosta da sua vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas actividades nas duas últimas semanas

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11. E capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5

14. Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

	Muito Má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito Boa
15. Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se **sentiu bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5

21. Até que ponto está satisfeito(a) com sua vida sexual	1	2	3	4	5
22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos	1	2	3	4	5
23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Obrigada para sua colaboração.

## **ANEXA E**

### **PROCEDIMENTO DE PONTUAÇÃO DO WHOQOL-BREF SPSS**

Primeiro, todas as pontuações precisam ser conferidas de que estejam no intervalo apropriado (entre 1 e 5).

**Confira se todas as perguntas do questionário têm uma variação entre 1-5**

<b>Passos</b>	<b>Sintaxe de SPSS para executar dados conferidos, limpar e computar pontuações totais</b>
Confira se todas as 26 perguntas do questionário têm uma variação de 1-5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).  (Este procedimento recodifica todos os dados fora da variação 1-5 para o sistema "missing".)

Os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo, onde as pontuações mais altas representam melhor qualidade de vida. Algumas facetas (Dor e Desconforto, Sentimentos Negativos, Dependência de Medicação, Morte e Morrer) não estão formuladas num sentido positivo, donde para estas facetas as pontuações mais altas não significam melhor qualidade de vida. Estas facetas precisam ser recodificadas para que as pontuações altas reflectam melhor qualidade de vida. As instruções para o cálculo dos resultados estão expostas abaixo.

**Inverta as perguntas formuladas negativamente**

Inverta 3 questões formuladas negativamente	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).  (Isto transforma perguntas formuladas negativamente em perguntas formuladas positivamente.)
---	--

A média dos resultados das perguntas dentro de cada domínio é usada para calcular o resultado do domínio. A média dos resultados é então multiplicada por 100 para que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os usados no WHOQOL-100. Neste sentido, os resultados variam entre 0 e 100.

**Cálculo dos resultados dos domínios**

WDG = Sum.2(Q1, Q2).  
WD1 = Sum.7(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18).  
WD2 = Sum.6(Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26).  
WD3 = Sum.3(Q20, Q21, Q22).  
WD4 = Sum.8(Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25).

$$\text{MDG} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q1}, \text{Q2})).$$

$$\text{MD1} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q3}, \text{Q4}, \text{Q10}, \text{Q15}, \text{Q16}, \text{Q17}, \text{Q18})).$$

$$\text{MD2} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q5}, \text{Q6}, \text{Q7}, \text{Q11}, \text{Q19}, \text{Q26})).$$

$$\text{MD3} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q20}, \text{Q21}, \text{Q22})).$$

$$\text{MD4} = 4 * (\text{Mean}(\text{Q8}, \text{Q9}, \text{Q12}, \text{Q13}, \text{Q14}, \text{Q23}, \text{Q24}, \text{Q25})).$$

\* Transformar os resultados das facetas e domínios do WHOQOL-BREF numa escala de 0 a 100

\* Estes resultados transformados devem ser usados na interpretação dos dados quando comparados

\* com outros instrumentos validados

$$\text{TWDG} = ((\text{WDG} - 2)/8)*100.$$

$$\text{TWD1} = ((\text{WD1} - 7)/28)*100.$$

$$\text{TWD2} = ((\text{WD2} - 6)/24)*100.$$

$$\text{TWD3} = ((\text{WD3} - 3)/12)*100.$$

$$\text{TWD4} = ((\text{WD4} - 8)/32)*100.$$

# APÊNDICE I



**Pedro Pechorro** <ppechorro@gmail.com>  
para Abruñhosa, mim ▾

terça, 26/11/2019, 21:05 ☆ ↶ ⋮

Cara Violette

Pode utilizar a RSES.  
Bastar reverter os itens reversíveis e depois somar todos os itens dado que a RSES só tem 1 factor.

Cumprimentos  
Pedro Pechorro

...

Cara Violette Meteyer,

Para ter acesso a todas as informações que necessita relativas ao instrumento de avaliação WHOQOL-Bref, peço-lhe para aceder ao website do nosso grupo de investigação através do seguinte link: [http://www.fpce.uc.pt/saude/WHOQOL\\_Bref.html](http://www.fpce.uc.pt/saude/WHOQOL_Bref.html)

Atenciosamente,  
Cláudia Melo.

--

Cláudia Melo

*Psychol, PhD*

Research group "Relationships, Development, & Health" | CINEICC

Faculty of Psychology and Educational Sciences | University of Coimbra | Portugal

[claudiasmelosilva@gmail.com](mailto:claudiasmelosilva@gmail.com)

[www.fpce.uc.pt/saude](http://www.fpce.uc.pt/saude)



**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE AMPUTADOS** <anamp@anamp.pt>  
para mim ▾

04/03/2020, 19:13 ☆ ↶ ⋮

Boa tarde,

farei chegar aos nossos associados ( reenviando o presente email) para que o mesmos, preencham ( seguindo o link) o vosso questionário.

Qualquer outro assunto que necessitem, não hesitem em nos contactar.

Melhores cumprimentos

António Ferreira  
Vice-Presidente da Associação Nacional de Amputados

