

Aléxia Silva Chaves e Rodrigues
Jaqueline Guimarães Alfredo
Rafaella Eliza de Souza

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS AMPUTADOS DE MEMBROS
INFERIORES: uma revisão narrativa**

Belo Horizonte,
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2017

Aléxia Silva Chaves e Rodrigues

Jaqueline Guimarães Alfredo

Rafaella Eliza de Souza

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS AMPUTADOS DE MEMBROS
INFERIORES: uma revisão narrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Fisioterapia, da Escola de
Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Profa.Dra Gisele de Cássia Gomes.

Belo Horizonte,
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2017

RESUMO

Introdução: A amputação pode ser definida como a retirada total ou parcial de um membro e esse termo para muitos está relacionado a desmotivação e luto. Geralmente, está associada a incapacidade e dependência, sendo assim faz-se necessário a avaliação da qualidade de vida e funcionalidade de idosos amputados. A qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo sobre o contexto em que ele está inserido. Os desafios para a reabilitação do idoso amputado estão além do físico, uma vez que, a qualidade de vida estão intimamente ligado ao bem estar psicológico, cultural e social. **Objetivo:** Avaliar por meio de uma revisão narrativa de literatura, como o idoso amputado percebe sua qualidade de vida. **Métodos:** A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, utilizando os descritores qualidade de vida, idosos e amputação de forma combinada. Foram incluídos 6 estudos no presente estudo. **Resultados:** Os fatores idade, sexo, nível de amputação mostraram-se influenciadores na qualidade de vida pós-amputação. Esses fatores foram avaliados pelo RAND-36, SF-36, TAPES, FIM, WHOQOL-Bref testes que não são específicos para a população amputada. Embora a amputação seja mais comum em homens maiores que 60 anos, as mulheres obtiveram melhor pontuação no questionário SF-36 quando comparadas com homens. Amputados transtibiais também obtiveram melhor pontuação que os amputados transfemorais. Outros fatores, como menor demanda cardiopulmonar; menor número de comorbidades; menores complicações pós-cirúrgicas; maior facilidade de encaixe da prótese e maiores chances de sucesso na protetização, também influenciaram na qualidade de vida. **Conclusão:** A perda de um membro interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo, demonstrando a necessidade de uma abordagem precoce e efetiva nesta população. Porém, é necessário a validação de instrumentos mais adequados e específicos para avaliar a qualidade de vida da população idosa amputada.

Palavras-chave: Amputações. Qualidade de Vida. Idosos Amputados.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. METODOLOGIA.....	07
3. RESULTADOS	11
4. FLUXOGRAMA	12
5. DISCUSSÃO	13
6. CONCLUSÃO	18
7. TABELA	19
REFERÊNCIAS.....	22

INTRODUÇÃO

A amputação é inevitável quando os recursos terapêuticos para se manter o membro com insuficiência vascular arterial grave, tornam-se insuficientes para a manutenção da vida com qualidade (JIBBY, *et al.*, 2007). Com o aumento da longevidade mundial, muitas doenças crônicas e degenerativas têm aumentado sua prevalência e seus comprometimentos muitas vezes, são causas de acometimentos incapacitantes (CHAMLIAN, 2014).

A amputação pode ser definida como a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro. Esse termo, para muitos, está relacionado com perda, desmotivação, luto, provocando de forma implícita uma analogia à dependência e incapacidade, apesar de ser uma possibilidade sanar com a dor e a impotência funcional; este procedimento levará à necessidade de remanejo e adaptação da função (SPICHLERET, *et al.*, 2004).

Os casos mais frequentes de indicação de amputação em idosos são: doença Arterial Crônica associada ou não a Diabetes Mellitus e/ou Neuropatia Diabética. À medida que a expectativa de vida aumenta, ocorre a maior incidência de doença vascular periférica e Diabetes Mellitus, o que conseqüentemente leva a uma maior chance de amputação (IBGE, 2010). Nos idosos, cerca de 85% das amputações que são feitas em membros inferiores são de causa vascular (PERSON, 2001), ocorrendo com a associação de vários outros fatores de risco (CHAMLIAN, 2014).

As taxas de mortalidade 1 mês após a amputação em idosos são elevadas, variando de 15 a 30% (JORDAN *et al.*, 2012). Após 1 ano, podem atingir índices superiores a 50% (KRISTENSEN *et al.*, 2012) e, após 5 anos, podem chegar até 74% (SHEEHAN *et al.*, 2014). Assim, o maior empreendimento na prevenção terciária é fundamental para se obter uma sobrevida maior e com qualidade, na tentativa de diminuir essas taxas tão expressivas.

A reabilitação do indivíduo com amputação de membros inferiores (MMII) é um grande desafio a ser superado, uma vez, que sua ocorrência leva grandes mudanças estéticas, na mobilidade, na capacidade de realização de

atividades de vida diárias, no lazer e além do o abalo psicológico (BRUINS *et al.*, 2003, CHAMLIAN, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), não há um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, o que se tem é uma definição realizada por vários autores ao redor do mundo, que descreve a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.*, 2000).

Por isso, é necessário analisar de forma organizada e objetiva todo contexto pessoal e ambiental que os pacientes submetidos a amputação estão inseridos. Neste sentido, a utilização da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), proporciona uma linguagem unificada, padronizada e engloba os aspectos pessoais, ambientais, estrutura do corpo e a função dos pacientes, já que contém diversos domínios de classificação, contribuindo na maximização das ações de tratamento dos pacientes submetidos a tal procedimento. (LISBOA, 2004).

A utilização do modelo e conceitos da CIF permite avaliar a condição em que o indivíduo está e em que ponto ele deseja chegar em realização a sua funcionalidade e reabilitação permitindo traçar metas e objetivos no planejamento de seu tratamento na reabilitação (FARIAS, 2005).

Sendo assim, nesta revisão busca-se analisar como é percebida a qualidade de vida dos idosos com amputações de membros inferiores, o impacto da remoção do membro na qualidade de vida, após a intervenção cirúrgica e proporcionar informações relevantes para estudos futuros.

METODOLOGIA

1.1 Tipo de estudo

O presente estudo teve como objetivo realizar uma de revisão narrativa da literatura a respeito da avaliação da qualidade de vida de idosos amputados protetizados ou não por métodos quantitativos ou qualitativos de pesquisa.

1.2 Busca/ Banco de dados

A busca dos artigos científicos foi realizada através de um levantamento de artigos científicos sobre o tema em estudo, disponíveis nos últimos dez anos, utilizando o banco de dados da biblioteca virtual MEDLINE via PubMed, Scielo, Lilacs.

1.3 Palavras chave

Os descritores utilizados foram: qualidade de vida, amputações e idosos e seus correlatos em língua inglesa, quality of life (QOL), elderly e amputation. Para a busca os descritores foram utilizados de forma combinada.

1.4 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão dos artigos utilizados no presente estudo foram:

- artigos que continham idosos amputados;
- amputados por motivos vasculares ou não vasculares;
- avaliação de qualidade de vida de pacientes protetizados ou não, sendo que essa avaliação poderia ou não estar associada a outras avaliações e
- amputações unilaterais: transfemorais ou transtibiais.

1.5 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão dos artigos utilizados no presente estudo foram estudos que:

- avaliavam reabilitação intra- hospitalar;
- abordavam de amputações bilaterais;
- abordavam indivíduos com amputações de dedos e parciais dos pés;

- avaliavam a qualidade de vida após um tipo específico de prótese;
- comparavam tipos diferentes de prótese;
- abordavam apenas questões psicológicas relacionadas à amputação;
- não demonstrassem relação direta com o objetivo da investigação.

Em síntese no estudo de Fortington *et al.* (2013) é descrito as mudanças na qualidade de vida relacionada à saúde com diversos domínios em indivíduos com amputação de membros inferiores com 6 e 18 meses após o processo cirúrgico. Foi aplicado o questionário RAND-36 da língua holandesa (Medida de Qualidade de Vida da Pesquisa e Desenvolvimento) e os resultados mostraram que ao longo do tempo foi observada uma melhora significativa na função física, função social, dor, vitalidade e mudanças percebidas na saúde (todos $p < 0,001$). Os indivíduos com mais de 65 anos apresentaram resultados mais desfavoráveis em comparação aos indivíduos com idade menor que 65 anos apenas para a função física ($p < 0,001$). A distância de caminhada foi associada a melhores resultados na função social ($p = 0,047$), já que caminhando distancias maiores o idoso apresenta uma maior autonomia e menor dependência. Conclui-se que a qualidade de vida melhorou significativamente em 5 dos 7 domínios investigados e que as mudanças mais evidentes ocorreram nos primeiros 6 meses pós amputação do membro e que diferentes domínios podem ser afetados de maneiras diferentes para grupos mais velhos e mais jovens.

Já a pesquisa de Deans *et al.* (2008) apresenta um estudo descritivo transversal que foi iniciado para investigar a relação entre a atividade física e a qualidade de vida percebida em uma população amputada de membros inferiores. O objetivo principal do estudo foi mostrar quais os aspectos da atividade física mais fortemente ligados aos fatores de qualidade de vida neste grupo especial de pacientes. As medidas de resultados foram feitas por dois questionários: uma seção da Amputação da Trindade e das Escalas de Experiência Prótese (TAPES) e a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref). O primeiro mede a restrição de atividade e tem sub escalas atléticas, funcionais e sociais. O último inclui domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais, e mede a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida. Os dois questionários foram enviados para os 75 participantes do sexo masculino e feminino com amputação trans-tibial ou

trans-femoral que receberam cuidados protéticos de um centro de reabilitação e mobilidade. Por fim, os resultados nos mostram que o sinal negativo em todas as correlações reflete o fato de que uma pontuação maior em uma subescala TAPES indica mais restrição e, portanto, menor atividade física, enquanto que uma maior pontuação em um domínio WHOQOL-Bref indica uma percepção de melhor qualidade de vida. Portanto, uma grande correlação negativa indica uma forte relação positiva entre o nível de atividade física e a qualidade de vida percebida.

Helito *et al.* (2014) mostra em sua pesquisa uma avaliação da qualidade de vida e a capacidade de caminhar entre pacientes submetidos a amputação e entre aqueles que se recusou a sofrer amputação após a infecção de uma artroplastia total do joelho. Neste estudo os pacientes que receberam uma indicação de amputação após uma infecção de uma artroplastia total do joelho e foram avaliados retrospectivamente. Os pacientes foram divididos entre aqueles que aceitaram o procedimento de amputação e aqueles que recusaram a amputação (quatro amputados versus quatro não amputados). A capacidade de caminhar e a qualidade de vida foram avaliadas usando o questionário Short Form-36. Os resultados mostraram que a saúde física média foi de 27,4 para os amputados e 31,3 para os não amputados. A saúde mental média era 49,9 para os amputados e 47,1 para os não amputados. Em relação à capacidade de caminhar, apenas um (25%) dos amputados foi capaz de caminhar, em oposição a 100% nos grupos não amputados.

Kne0evi *et al.* (2015) mostraram que a amputação das extremidades inferiores é um procedimento cirúrgico que gera resultados de importantes aspectos anatômicos, funcionais, psicológicos e de consequências sociais que podem influenciar a qualidade de vida dos pacientes afetados. Ele compara a qualidade de vida dos pacientes com amputação das extremidades inferiores com indivíduos sem amputação; levando em consideração as diferenças de gênero e o nível de amputação. Os pacientes do grupo experimental era composto por indivíduos com amputação das extremidades inferiores e foram submetidos a reabilitação protética já o grupo controle estudado era composto por indivíduos sem amputação e foi utilizado o (RAND) 36 - Item Health Survey 1.0 (SF - 36) para medir a qualidade de vida. Os resultados mostraram que os pacientes com amputação das extremidades inferiores obtiveram nota menor

do que os pacientes do grupo controle em todas as variáveis SF-36 ($p < 0,05$). Nenhum dos SF-36 as variáveis diferiram entre os gêneros ($p > 0,05$). Os pacientes com amputações trans-tibiais obtiveram pontuação maior em funcionamento físico e variáveis gerais de estado de saúde ($P < 0,05$). Assim os pacientes com amputações das extremidades inferiores têm numerosas limitações em relação ao grupo controle, independentemente do sexo, enquanto os pacientes com menor amputação têm um maior nível de funcionamento físico.

Em sua publicação Suckow *et al.* (2015) procurou descrever quais domínios os pacientes com amputação de MMII vascular consideravam relevantes para sua qualidade de vida e saúde. Foi realizado 4 grupos focais com pacientes de quatro instituições diferentes, todos com amputações das extremidades inferiores resultantes de isquemia. Um total de 4 sessões individuais de cada grupo foi agendada. Foi utilizado um guia de moderador com questionário semi estruturado com questões abertas que englobavam um amplo espectro de domínios de qualidade de vida, permitindo que os participantes descrevessem livremente suas opiniões. Os pacientes declararam que sua QV atual foi determinada pela mobilidade prejudicada (65%), dor (60%), progressão da doença no membro restante (55%) e depressão / frustração (54%). Embora a QV em amputados vasculares pareça determinada primariamente por deficiência de mobilidade, dor e perturbação emocional, os grupos focais identificaram que fatores controlados pelo médico, como o momento da amputação, a tomada de decisão informada e o suporte à pós amputação também podem desempenhar um papel importante.

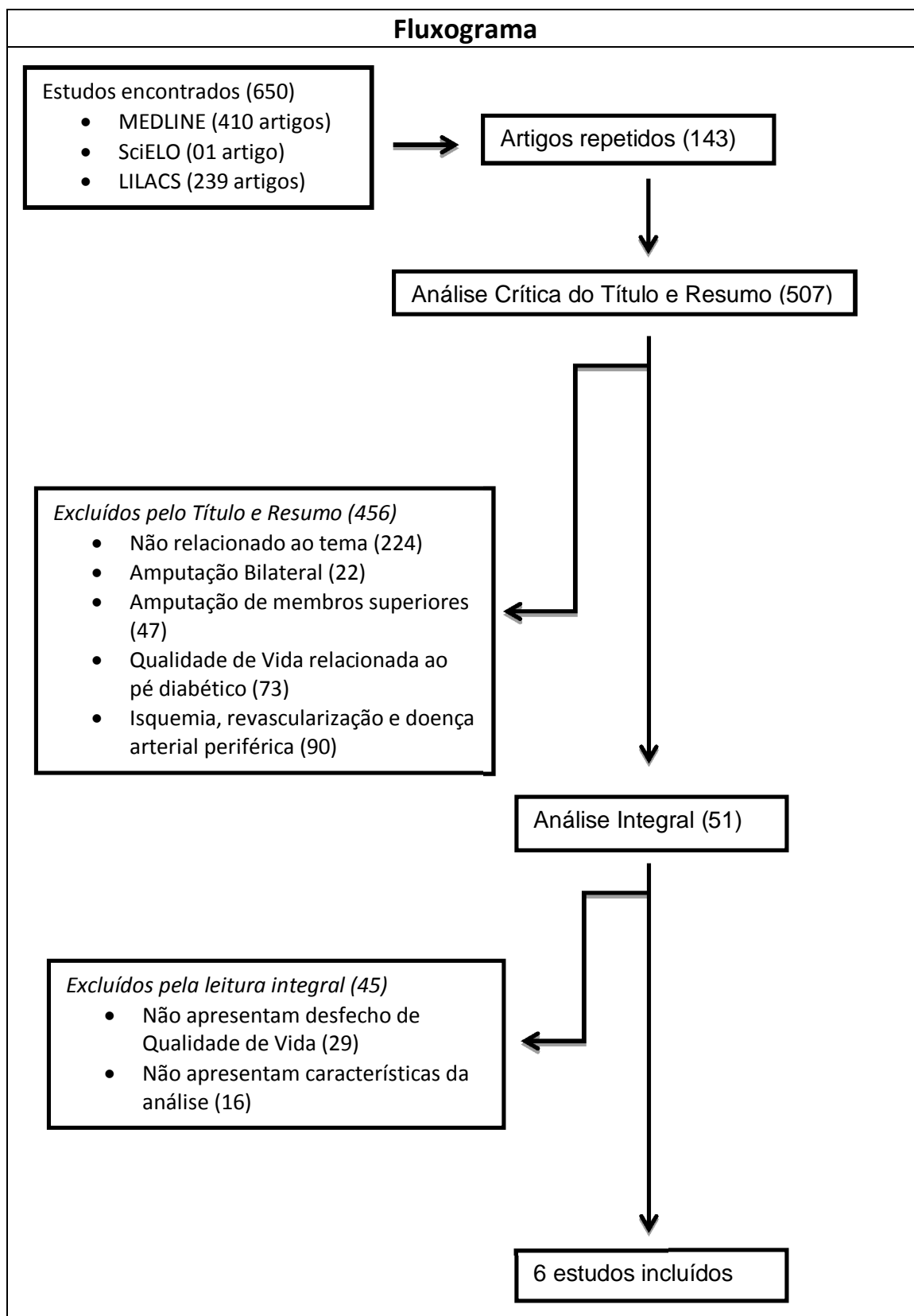
RESULTADOS

O número total de artigos encontrados nas bases de dados foi de 650. Após a avaliação inicial por título e resumo, foram excluídos 456 estudos. Os artigos foram avaliados por 2 investigadoras independentes, foram excluídos os artigos que apresentaram concordância entre as avaliadoras. Para aqueles em que houve discordância entre as investigadoras foi realizado um estudo pormenorizado com ampla discussão com uma terceira avaliadora para resolver os casos de inclusão ou exclusão do estudo. Após esta etapa, foram selecionados 51 artigos.

Após a leitura desses 51 artigos na íntegra e aplicando os critérios descritos na metodologia, restaram 6 artigos para resultados deste presente estudo.

O fluxograma a seguir descreve o modo de seleção dos artigos (FIGURA 1).

Figura 1 . Fluxograma para a seleção de estudos para a revisão.



Os seis artigos selecionados estão resumidos na tabela 1(anexo 1), descrevendo-se grupo controle, grupo experimental, materiais e métodos e principais resultado.

DISCUSSÃO

A presença de uma amputação de membros inferiores gera uma influência negativa muito grande na vida do idoso afetado por esse procedimento. O idoso nessas condições vê não somente a perda do membro amputado, mas a perda de sua autonomia, perda de sua independência e como consequência de todo processo, a perda de sua qualidade de vida. O idoso com amputação de membros inferiores depara-se com diversos obstáculos físicos, como locais e transporte públicos sem acesso para pessoas com deficiência; e, além disso, o obstáculo emocional, já que as limitações impostas desta condição influenciam diretamente na habilidade que o paciente interage com o ambiente e com a sociedade (DIOGO *et al.*, 1997).

Os estudos analisados para esta revisão revelam que a perda de um membro em um indivíduo idoso tem impacto significativo na sua funcionalidade e na qualidade de vida. E que fatores como a idade, sexo, nível de amputação e os fatores psicológicos entre vários outros têm grande importância nesse processo (COX *et al.*, 2011). Esses impactos nem sempre são fáceis de serem cientificamente avaliados, já que qualidade de vida é uma opinião única da vivência e percepção da própria vida de cada idoso.

As avaliações para a coleta dos dados, dos estudos analisados na presente revisão, foram realizadas por meio de questionários de qualidade de vida, já validados na literatura sendo eles WHOQOL-BREF, SF-36, RAND-36, Short Form-36 (FORTINGTON, 2013). Contudo, esses questionários não são voltados para a população de idosos amputados, são generalistas para análise da qualidade de vida da amostra em questão. Notamos ainda que se fazem necessários conteúdos avaliativos específicos para determinada população de idosos. Todas as pesquisas selecionadas para esta revisão utilizaram questionários ou processos avaliativos não direcionados para a população idosa amputada, utilizando-se adaptações para os seus estudos.

Porém em um dos estudos, Bjoern *et al.* (2015) utilizaram um guia contendo questões abertas que englobam um amplo espectro de domínios de QV, permitindo que os participantes descrevessem livremente suas opiniões, assim, os pacientes declararam que sua QV atual era determinada primeiramente pelo domínio da mobilidade prejudicada, cerca de 65% dos

idosos relataram que a diminuição da mobilidade para realizar as atividades diárias afeta diretamente sua qualidade de vida. O segundo domínio mais descrito pelos participantes foi a dor, 60% dos idosos associam a dor pós-amputação um fator relevante para diminuição da sua QV. A progressão da doença no membro restante foi o terceiro domínio mais frequente expresso pelos idosos da pesquisa, cerca de 55% descrevem que não saberiam lidar com a perda do membro contralateral. Depressão / frustração também foram promulgados como algo que acentua a diminuição da QV (54%) (BJOERN *et al.*, 2015).

Segundo KNEŽEVI *et al.* (2015), a amputação de membros inferiores é mais frequentes em homens, na faixa etária de 50 a 60 anos. Cox *et al.* (2011), informaram que as mulheres eram mais propensas a lidar e ser mais funcional com a deficiência do que os homens e conseqüentemente pontuavam melhor no questionário de qualidade de vida. Porém, destaca que os preditores mais significativos de resultado funcional e posterior independência funcional, está intimamente ligado a idade e ao nível de amputação, do que o gênero em si. Entretanto, este aspecto do gênero é interessante ser descrito e justifica maiores estudos no sentido de se avaliar se a mulher encara melhor uma perda de um membro e por quais motivos isso aconteceria.

Greive *et al.* (1996) avaliaram que os amputados com idade inferior a 65 anos tinham uma maior probabilidade de alcançarem uma boa autonomia na mobilidade do que os amputados mais antigos, o que evidencia que a qualidade de vida de idosos com idade menor que 65 anos é melhor, comparado com idosos acima de 65 anos, provavelmente por terem maiores condições físicas de superar a perda de um membro. Estes resultados podem estar intimamente ligados aos fatores biológicos causados pelo próprio processo de envelhecimento associados às características negativas da perda de um membro, já que quanto mais velho, maior a facilidade do idoso em apresentar múltiplas comorbidades e como diabetes, risco aumentado de infecções, mais propenso a hospitalizações e maior dependência para atividades de vida diária, fatores estes que contribuem para diminuição da percepção de uma boa qualidade de vida destes idosos amputados acima de 65 anos.

Com relação ao nível de amputação, KNEŽEVI *et al.*, (2015), mostraram que os indivíduos com amputação transtibial obtiveram uma melhor pontuação no nível de funcionalidade e independência funcional, em relação aos indivíduos amputados transfemorais. Cox *et al.* (2011), também compararam os níveis de amputação e demonstra que a os pacientes com amputação transtibial, obtiveram maior escore no quesito de nível de funcionalidade no questionário SF-36.

Estes resultados indicam uma melhor qualidade de vida em idosos amputados transtibiais(TT), comparando-os com idosos que tiveram a amputação transfemoral(TF). Isso pode ser contextualizado com o fato de os idosos amputados TT possuírem a manutenção postural do equilíbrio estático e dinâmico bem mais adequada que os idosos com amputação TF, isso é evidenciado nas atividades primordiais do dia a dia, já que manter-se de pé de forma mais independente, caminhar apenas com auxílio de uma muleta ou viver em comunidade de uma maneira menos dependente, torna a vida do idoso amputado TT mais favorável ao sucesso de reabilitação, como a possível colocação e adaptação de uma prótese e conseqüentemente melhora de sua qualidade de vida. Outros fatores como: menor demanda cardiopulmonar; menores complicações pós-cirúrgicas; maior facilidade de encaixe da prótese e maiores chances de sucesso na protetização, tornam o idoso TT mais independentes e funcionais, o que interfere positivamente e confirmando os resultados de melhor qualidade de vida dos mesmos nos estudos em questão (COX *et al.*, 2011).

O estudo de Suckow *et al.* (2015) encontrou que os domínios que os pacientes declararam determinantes na sua qualidade de vida foram: mobilidade prejudicada (65%), dor (60%), progressão da doença no membro contralateral (55%) e depressão / frustração (54%). Estes fatores são parcialmente modificáveis se realizado uma abordagem multidisciplinar efetiva demonstrando aí que os indivíduos necessitam de uma abordagem mais ampla e diversa e efetiva para sua melhor adaptação à nova condição.

Com relação aos tipos de estudo, Fortington *et al.* (2013) realizaram um estudo longitudinal, aplicando os questionários, pré e após 6 e 18 meses de amputação e concluiu que a função física de todos os participantes manteve-se muito fraca nos primeiros seis meses, ou seja, a percepção de qualidade de

vida dos idosos amputados é menor nos primeiros meses pós cirurgia. Os outros estudos são do tipo transversal e incluíram a maioria os indivíduos que viveram com a amputação por pelo menos dois anos e seus achados mostram que as maiores pontuações foram relatadas por indivíduos com maior tempo de amputação (FORTINGTON *et al.*, 2013.)

Os resultados dos estudos mostraram que o tempo pós amputação de MMII em idosos está diretamente ligado à melhora da percepção destes idosos a sua qualidade de vida, com a amputação o idoso se vê em uma nova e diferente realidade, com diversas dúvidas e desafios e tudo no início para eles é novo e muito difícil. Muitos fatores podem influenciar no enfrentamento dessa nova e inicial etapa, como: a aceitação das mudanças do membro residual, ausência ou não de complicações da cirurgia, mudanças do dia a dia, apoio ou não da família e amigos, possibilidade de reabilitação precoce, como também o ambiente cotidiano e ocupações (FORTINGTON *et al.*, 2013). À medida que o tempo passa o idoso já não se depara com tantos desafios como no princípio, acostumando-se com a perda do membro, o que o leva a uma busca de desenvolvimento para sua própria melhora.

No estudo de Helito *et al.* (2015), os resultados da avaliação de oito indivíduos com indicação de amputação pós infecção de prótese de joelho, onde apenas quatro aceitaram a cirurgia, comparados com os que não aceitaram mostraram que a avaliação de saúde física melhor naqueles que não aceitaram. Já na saúde mental os amputados mostraram resultados superiores aos não amputados. Em relação à capacidade de caminhar, apenas um do grupo amputado era independente para esta função. Apesar de ser um estudo pequeno com amostra reduzida pode-se analisar que a definição de se amputar é algo muito individual e que apresenta muitas considerações a serem respeitadas não podendo definir para o paciente o que a literatura define como mais indicado.

Diversas considerações podem contribuir para a afirmação de que a retirada de um membro tem forte impacto na qualidade de vida desses indivíduos, visto que, com o passar dos meses o idosos amputados não possuem tantas comorbidades, aumentam a distância percorrida durante a caminhada com uma prótese e diminuem o número de internações e infecções.

Contextualizando essas melhoras, o idoso torna-se mais seguro com a situação que se encontra, o que incentiva-o a uma constante e crescente melhora da própria qualidade de vida. A qualidade de vida é um conceito amplo e complicado de ser medido, já que representa uma visão única e bem individual de cada idoso, em cada etapa de vida e sobre essa visão muitos fatores podem ter influência. O que percebe-se pelos estudos é que, com os anos os idosos amputados tem uma visão mais otimista perante alguns domínios que cercam seu cotidiano o que reflete numa melhora da sua qualidade de vida.

Um fator que limitou os nossos resultados foi o fato de não termos encontrado nenhum estudo que abordasse apenas idosos mas, sim indivíduos de diversas faixas etárias, fato que impossibilitou uma conclusão apenas para os idosos.

CONCLUSÃO

É irrefutável que o impacto da perda de um membro interfere diretamente no contexto psicossocial do indivíduo. Essa revisão visou abordar através dos estudos presentes na literatura a influência da amputação na qualidade de vida dos idosos após o procedimento de retirada de um membro.

Foi possível analisar que a qualidade de vida desses idosos apresenta escores mais baixos após a amputação, porém, essa percepção tende a mudar ao longo do tempo apresentando melhores resultados quanto mais longo for o tempo transcorrido pós amputação. Os artigos incluídos nesse estudo, são em sua maioria, transversais com questionários que não são específicos para idosos e nem para população amputada . Sendo assim, se faz necessário mais estudos que aborde a qualidade de vida, no período pré e pós amputação e em curto e longo prazo para que se determinem melhor as causas da baixa percepção de qualidade de vida para que tenhamos condições de realizar uma abordagem mais eficaz na reabilitação desses indivíduos. São necessários ainda instrumentos de avaliação de qualidade de vida mais direcionados para este público.

AUTOR / ANO	POPULAÇÃO ESTUDADA (sexo e idade)	MÉTODOS E MATERIAIS	RESULTADOS
KNEŽEVI <i>et al.</i> (2015)	<p>56 indivíduos com e sem amputação de membros.</p> <p>Idade entre 30 a 83 anos composto de homens e mulheres.</p> <p>GRUPO CONTROLE</p> <p>28 pessoas (idade média 63 ± 13,74) sem amputações.</p> <p>GRUPO EXPERIMENTAL</p> <p>28 pacientes, sendo 21 homens e 7 mulheres sua média de idade de 65,36 ± 13,64, com amputação unilateral das extremidades inferiores.</p>	<p>A qualidade de vida foi avaliada com Research ANd Development (RAND) 36-Item Health Survey 1.0 (SF-36).</p>	<p>Os resultados mostraram que os pacientes com amputação de MMII obtiveram menor nota em todos os domínios do questionário SF-36 em relação ao grupo controle. Os resultados também mostraram que os pacientes com amputação transfemoral possuem um nível de funcionamento físico inferior, em relação aos com amputação transtibiais. (p <0,05).</p>
Suckow <i>et al.</i> (2015)	<p>Indivíduos que tiveram sofrido pelo menos uma amputação de extremidade inferior maior (acima ou abaixo do joelho) por causa de dor isquêmica e / ou perda de tecido isquêmico, totalizando 26 pacientes no estudo.</p> <p>Média de 64 anos com uma faixa de 39-87 anos.</p>	<p>Foram realizados 4 grupos focais (com pacientes de quatro instituições diferentes) todos com amputações das extremidades inferiores resultantes de isquemia. Um total de 4 sessões individuais de cada grupo foi agendada.</p> <p>Foi utilizado um guia de moderador com questionário semi estruturado com questões abertas que englobavam um amplo espectro de domínios de qualidade de vida, permitindo que os participantes descrevessem livremente suas opiniões.</p>	<p>Os domínios que os pacientes declararam determinantes na sua qualidade de vida foram : mobilidade prejudicada (65%), dor (60%), progressão da doença no membro contralateral (55%) e depressão / frustração (54%).</p>

Helito *et al.* (2014)

Indivíduos que receberam uma indicação de amputação após uma infecção de artroplastia total do joelho. Foram avaliados oito pacientes, quatro homens e quatro mulheres, com idade média de 66,3 anos (42 a 84 anos). Quatro pacientes com indicação de amputação após uma infecção de artroplastia total do joelho que aceitaram o procedimento de amputação. Quatro pacientes com indicação de amputação após uma infecção de artroplastia total do joelho que não aceitaram o procedimento de amputação

A capacidade de caminhar e a qualidade de vida foram avaliadas usando o questionário Short Form-36.

Os resultados mostraram que a saúde física média foi de 27,4 para os amputados e 31,3 para os não amputados. A saúde mental média era 49,9 para os amputados e 47,1 para os não amputados. Em relação à capacidade de caminhar, apenas um (25%) dos amputados foi capaz de caminhar, em oposição a 100% nos grupos não amputados.

Fortington *et al.* (2013)

Indivíduos que passaram pela primeira amputação de membros inferiores transtibial, joelho e transfemoral; Sofrendo amputação devido a doença vascular, infecção ou diabetes.

Foram encaminhados 106 indivíduos, dos quais 82 foram incluídos. Idade média 67,8 anos, 67% homens. Um total de 35 permaneceu no estudo aos 18 meses.

O questionário RAND-36 da língua holandesa (Medida de Qualidade de Vida da Pesquisa e Desenvolvimento) foi aplicado no momento da amputação, 6 e 18 meses após a amputação.

Os resultados mostraram que a qualidade de vida melhorou significativamente em 5 dos 7 domínios investigados; A maioria das mudanças ocorreram nos primeiros 6 meses: A capacidade de caminhar deu resultados significativamente melhorados na função social ($p = 0,047$). A idade foi um fator significativo na QVRS para a função física ($p = 0,001$); A função física também foi influenciada pelo nível de amputação, pessoas com desordem do joelho ou amputação transfemoral relataram escores significativamente menores ($-7,7$, $p = 0,007$).

Diferentes domínios foram afetados de maneiras diferentes para grupos mais velhos e mais jovens.

DEANS *et al.* (2008)

Foram selecionados 75 indivíduos de ambos os sexos com amputação trans-tibial ou trans-femoral que receberam cuidados protéticos. Todos os participantes tinham mais de 18 anos de idade (idade média 66 anos).

Foram utilizados dois questionários: uma seção da Amputação da Trindade e das Escalas de Experiência Prótese (TAPES) e a Escala de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref). Os dois questionários foram enviados por posto para 75. No total, 25 participantes retornaram os questionários uma taxa de resposta de 33%.

O sinal negativo em todas as correlações reflete o fato de que uma pontuação maior em uma subescala TAPES indica mais restrição e, portanto, menor atividade física, enquanto que uma maior pontuação em um domínio WHOQOL-Bref indica uma percepção de melhor qualidade de vida. Portanto, uma grande correlação negativa indica uma forte relação positiva entre o nível de atividade física e a qualidade de vida percebida.

P St L Cox *et al.* (2011)

Foram selecionados 87 participantes, de ambos os sexos, sendo 35 homens e 52 mulheres, entre as idades de 40-90 anos. Com amputação de membros inferiores (transtibiais ou transfemorais) secundárias a diabetes mellitus dentro de um a três anos antes do estudo.

Foram utilizados dois questionários: World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQOL-100), para avaliar a qualidade de vida e o Functional Independence Measure (FIM), para avaliar a independência funcional dos participantes.

Os resultados mostraram que os participantes que sofreram amputações transtibiais, alcançaram maiores pontuações nos domínios de independência funcional e de qualidade de vida. Também mostraram que mulheres que amputam um membro em uma idade mais precoce do que os homens, lidam melhor com a perda e apresentam melhor pontuação no quesito de funcionalidade.

Anexo1: Tabela1 - Detalhamento dos estudos incluídos nesta revisão

REFERÊNCIAS

- BRUINS M, GEERTZEN JH, GROOTHOFF JW, SCHOPPEN T. Vocational reintegration after a lower limb amputation: a qualitative study. **ProsthetOrthot Int.**, v.27, n.1, p.4-10, 2003.
- CHAMLIAN, Therezinha Rosane. Uso de próteses em amputados de membros inferiores por doença arterial periférica. **Einstein**, São Paulo, v.12 n.4, Oct./Dec. 2014.
- COX, P St L. *et al.* Life after Lower Extremity Amputation in Diabetics. **West Indian Med J.**, v.60, n.5, 2011.
- DEANS, Sarah A. Deans *et al.* Physical activity and quality of life: A study of a lower-limb amputee population. **Prosthetics and Orthotics International.**, v.32, n.2, p.186. 200, 2008.
- DIOGO, M.J.D. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, janeiro 1997.
- FARIAS, N. *et al.* A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.8 n.,2 June 2005.
- FLECK, Marcelo PA *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública** [online], v.34, n.2, p.178-183, 2000. ISSN 1518-8787.
- FORTINGTON, Lauren V. *et al.* Change in health-related quality of life in the first 18 months after lower limb amputation: a prospective, longitudinal study. **J Rehabil Med** v.45, p.587. 594, 2013.
- HELITO, Camilo Partezani *et al.* Evaluation of quality of life and walking ability among amputated patients and those who refused to undergo amputation following infection of total knee arthroplasty: Small case series. **Prosthetics and Orthotics International** v. 39, n.6, p.463. 469, 2015.
- IBGE - **Censos demográficos 2000 e 2010**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em 08 agosto 2015.
- JIBBY, E. *et al.* Clinical Factors Associated with Prescription of a Prosthetic Limb in Elderly Veterans. **JAGS**, v.13, p.264. 273, 2013.
- JORDAN, RW. Marks A.; HIGMAN D. The cost of major lower amputation: a 12-year experience. **ProsthetOrthot Int.**, v.36, n.4, p.430-4, 2012.
- KNEŽEVI , Aleksandar. *et al.* Assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. **Med Pregl** v.LXVIII, n.3-4, p.103-108. Novi Sad: mart-april, 2015.

KRISTENSEN, MT. Holm G, KIRKETERP-MOLLER K, KRASHENINNIKOFF M, GEBUHR P. Very low survival rates after non-traumatic lower limb amputation in a consecutive series: what to do? **Interact CardiovascThorac Surg.**, v.14, n.5, p.543-7, 2012.

LISBOA. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Organização Mundial da Saúde.** 2004. 293 p.

PERSON, B. Lower limb amputation Part 1: Amputations methods . a 10 year literature review. **ProsthetOrthot Int.**, v.25, p.7-13, 2001.

SHEEHAN, TP. Gondo GC. Impact of limb loss in the United States. **Phys Med RehabilClinN Am.**, v.25, n.1, p.9-28, 2014.

SPICHLER, D. MIRANDA JR F, SPICHLER ES, FRANCO LT. Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito nomunicípio do Rio de Janeiro. **J Vasc Bras.** v.3, n.2, p.111-22, 2004.

SUCKOW, Bjoern D. *et al.* Domains that Determine Quality of Life in Vascular Amputees. **Ann VascSurg.**, v.29, n.4, p.722. 730, 2015.