

Caracterização Psicossocial de uma População Portuguesa de Amputados do Membro Inferior



Psychosocial Characterization of a Portuguese Lower Limb Amputee Population

Inês MACHADO VAZ, Vanessa ROQUE, Sabrina PIMENTEL, Afonso ROCHA, Helena DURO
Acta Med Port 2012 Mar-Apr;25(2):77-82

RESUMO

Objectivo: Caracterização psicossocial de uma amostra de doentes amputados seguidos numa consulta de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) num centro hospitalar terciário em Portugal.

Material e métodos: Estudo transversal de 45 doentes amputados de membro inferior consecutivamente referenciados para uma primeira avaliação em consulta de MFR-amputados após a alta hospitalar. Da amostra inicial, 2 foram excluídos da análise e 4 doentes recusaram participar no estudo. Os dados sócio-demográficos e antecedentes médico-cirúrgicos foram recolhidos mediante a utilização de um questionário estruturado, e a informação clínica referente às características da amputação obtida a partir dos registos clínicos. A capacidade funcional foi avaliada com o Amputee Mobility Predictor (AMP), a qualidade de vida através da short-form 36 (SF36), e a sintomatologia depressiva e ansiosa pela aplicação da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Resultados: Dos 39 pacientes analisados, 32 (82,1%) eram homens, com idade [média (desvio padrão): 67, 6 (12,57)] anos, 28 (71,8%) eram casados, 30 (76,9%) estavam reformados, 3 (7,7%) estavam desempregados, 4 (10,3%) estavam de baixa, e 2 (5,1%) estavam empregados. Quanto à causa da amputação, 36 (92,3%) eram de etiologia vascular, 1 (2,6%) sequelar a infecção e 2 (5,1%) de etiologia neoplásica). Quanto ao nível de amputação, 23 (59%) amputações transfemorais, 10 (25,6%) amputações transtibiais, e 6 (15,4%) amputações do pé. Da amostra estudada, 14 (35,9%) tinham níveis de ansiedade patológica (HADS - ansiedade ≥ 8) e 15 (38,5%) apresentavam depressão clínica (HADS - depressão ≥ 8). A nível da qualidade de vida e percepção geral do estado de saúde, a pontuação foi baixa sobretudo nas dimensões físicas da SF36 com uma pontuação no componente físico sumário [P50 (P25-P75): 31,0 (26,8-39,4)], e no componente mental sumário: 41,9 (31,8-48,3)]. Na amostra estudada, os dados da AMP apresentaram pontuação [P50 (P25-P75): 8 (4-16)], variando de 0 a 27.

Conclusão: A amostra estudada apresenta uma elevada prevalência de sintomatologia depressiva/ansiosa. Como estas alterações do perfil psico-social têm impacto importante sobre a adesão ao programa de reabilitação, o prognóstico funcional e a qualidade de vida, a sua avaliação e orientação terapêutica devem fazer parte da abordagem destes doentes.

ABSTRACT

Objective: This study aims to describe psychosocial status in lower limb amputees referred to a Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) department of a central Portuguese Hospital.

Methods: Cross-sectional study of 45 consecutive patients with lower limb amputation, referred to PMR consultation after hospital discharge. Of the initial sample, two patients were excluded from the analysis, and four patients refused to participate in the study. The socio-demographic, medical and surgical history were obtained through structured questionnaire, and clinical information regarding the characteristics of the amputation was abstracted from medical records. Functional capacity was assessed with the Amputee Mobility Predictor (AMP), quality of life through short-form 36 (SF36), and depressive and anxious symptoms by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results: Out of 39 patients analyzed, 32 (82.1%) were men, aged [average (standard deviation): 67, 6 (12.57)] years, 28 (71.8%) were married, 30 (76.9%) were retired, 3 (7.7%) were unemployed, 4 (10.3%) were on sick leave, and 2 (5.1%) were active. Regarding the cause of amputation, 36 (92.3%) were of vascular etiology, 1 (2.6%) caused by an infection, and 2 (5.1%) due to bone tumours, 23 (59%) had a transfemoral amputation, 10 (25.6%) had a transtibial amputation, and 6 (15.4%) had foot amputations of the foot. In the sample studied, 14 (35.9%) had pathological levels of anxiety (HADS-anxiety ≥ 8) and 15 (38.5%) had clinical depression (HADS-depression ≥ 8). The evaluation of quality of life and general perception of health status, showed lower than average score especially in the physical dimensions with a physical component summary score of the SF36 [P50 (P25-P75): 31.4 (26.8-39.4)], and in the mental component summary of SF36 [P50 (P25-P75): 41.9 (31.8-48.3)]. In this sample, the data showed the AMP score [P50 (P25-P75): 8 (4-16)], ranging from 0 to 27.

Conclusion: This sample has a high prevalence of depressive/anxious symptoms. Considering that these mood changes have a major impact on the adherence to the rehabilitation program, functional outcome and quality of life, its early identification and treatment should be part of their overall management.

INTRODUÇÃO

A amputação do membro inferior pode ter várias etiologias - nomeadamente traumatismo, neoplasia, infecção, patologia vascular periférica ou diabetes,¹ sendo esta última causa responsável, directa ou indirectamente, por cerca de metade das amputações não traumáticas.² A in-

formação sobre a incidência ou prevalência da amputação do membro inferior na população portuguesa, bem como sobre a caracterização psicossocial deste grupo de doentes é escassa senão mesmo ausente.

A amputação do membro inferior representa um desafio

físico, emocional e social para o doente, a sua família e os profissionais de saúde que o acompanham.³ As sequelas de uma amputação confrontam o indivíduo com uma perda irreparável, que afecta todas as vertentes da sua vida e implica toda uma série de adaptações e restrições.²

Acresce que a amputação acarreta uma alteração da imagem corporal, o indivíduo sente-se física e emocionalmente incompleto, afectando não apenas as suas capacidades físicas, mas o seu auto-conceito, a confiança nas suas habilidades e as suas perspectivas e projectos futuros.⁴ A maioria dos doentes que sofrem amputação passa por uma série de respostas psicológicas complexas e se muitos as utilizam para se adaptarem à sua incapacidade, outros há que não conseguem ultrapassar o trauma, chegando a desenvolver sintomatologia psiquiátrica.^{1,4}

As queixas algícas são frequentes em doentes submetidos a cirurgia de amputação. Existem dois tipos de dor que são consequência directa da amputação: dor do membro residual e dor do membro fantasma. A dor de membro fantasma define-se como dor percebida no segmento amputado e está presente de forma persistente em 38-86% dos amputados,^{6,8} sendo a variabilidade nos registos de prevalência o resultado da heterogeneidade quer na sua identificação quer na sua pesquisa sistemática. A dor do membro residual é universal no pós-operatório imediato e, cronicamente, a sua prevalência é estimada entre 63-80%.^{6,8} Além da dor directamente associada à amputação, estes doentes podem experimentar dor noutras áreas,⁷ como por exemplo as queixas algícas localizadas na região lombar, associadas à alteração do padrão de marcha condicionado pela utilização da prótese, que estão descritas em cerca de 57% dos amputados de membro inferior.⁶

A qualidade de vida não é facilmente definida; é multidimensional e subjectiva incluindo vários domínios: o da saúde geral, das funções física, social, mental e emocional, da dor, das relações interpessoais, da satisfação com a vida e da sensação de bem-estar.⁹ O aspecto subjectivo da qualidade de vida reflecte a percepção relacionada com a educação de cada um, a sua experiência de vida, os seus valores, as expectativas e o ambiente em que a pessoa vive.⁹

Nesta avaliação transversal, os autores pretendem caracterizar uma amostra de doentes amputados quanto às suas características sócio-demográficas, clínicas, funcionais e psicossociais.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal de 45 doentes consecutivamente referenciados para a consulta de MFR – amputados, provenientes dos Serviços de Cirurgia Vasculare e de Ortopedia do Hospital de S. João, após terem sido submetidos a cirurgia de amputação do membro inferior. São referenciados para o serviço de MFR apenas os doentes residentes na área geográfica de influência do Hospital de São João. Os doentes foram recrutados entre 31 de Agosto de 2009 a 28 de Junho de 2010. Foram excluídos doentes com compromisso cognitivo-comportamental e com amputação há mais

de 6 meses.

Da amostra inicial de 45 doentes, 2 foram excluídos da análise (um por demência e outro por amputação há mais de 6 meses) e 4 doentes recusaram participar no estudo. Os dados sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional) e antecedentes médico-cirúrgicos (diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, alcoolismo, patologia psiquiátrica, história de amputação prévia) foram recolhidos mediante a utilização de um questionário estruturado aplicado por entrevistador, e a informação clínica referente às características da amputação (etiologia, nível) foi obtida a partir dos registos clínicos.

Três dos itens do questionário estruturado utilizado para caracterizar estes doentes foram sobre as queixas algícas: dor do membro residual, sensação de membro fantasma, dor de membro fantasma.¹⁰ A dor foi quantificada utilizando a Escala Visual Analógica (EVA).

A capacidade funcional foi avaliada pela *Amputee Mobility Predictor (AMP)*,¹¹⁻¹² uma escala devidamente validada para português, que foi desenvolvida para avaliar o potencial de marcha com prótese, podendo ser usada para avaliar função durante o programa de reabilitação (com e sem prótese). Consiste na avaliação de seis domínios: equilíbrio na posição de sentado, transferências, equilíbrio na posição ortostática, marcha, subida e descida de escadas, utilização de auxiliares de marcha. A pontuação varia entre 0 (pior capacidade funcional) e 42 (melhor capacidade funcional).

Os parâmetros psicossociais foram avaliados utilizando a *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* para a sintomatologia ansiosa e depressiva, e uma medida genérica de qualidade de vida a *short-form 36 (SF36)*, ambas validadas para português.

A HADS^{1,13-15} consiste num questionário auto-administrado, constituído por 14 itens divididos equitativamente por duas subescalas (ansiedade e depressão) com cotação independente. A pontuação de cada subescala oscila entre 0 (sem sintomas) e 21 (sintomas máximos), de acordo com a gravidade da sintomatologia depressiva ou ansiosa, sendo o cut-off recomendado 8 pontos para definir estado ansioso ou depressivo, respectivamente.¹⁴

A SF36 é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, auto-administrado, de fácil compreensão e rápida execução, apesar de a sua utilização não estar descrita para este grupo de doentes, está validado para português.^{9,11,16-17} A SF36^{11,18} inclui oito categorias, sendo quatro agregadas ao domínio físico, nomeadamente função física, desempenho físico, dor física e estado geral de saúde, e as restantes quatro referentes ao domínio mental, incluindo vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e estado de saúde mental. Para cada domínio é calculada uma medida sumária, o componente físico sumário e o componente mental sumário. Cada categoria tem um score variável entre 0 (pior qualidade de vida) e 100 (melhor qualidade de vida), que foi padronizado para uma população com média 50, desvio padrão 10.

Em virtude da distribuição das variáveis contínuas ser

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Características sociodemográficas	
Sexo masculino, n(%)	32 (82,0)
Idade (anos), média (DP)	67, 6 (12,6)
Estado civil	
Casados/união de facto, n (%)	28 (71,8)
Divorciados, n (%)	1 (2,6)
Viúvos, n (%)	5 (12,8)
Solteiros, n (%)	5 (12,8)
Escolaridade, média (DP)	4,11 (3,1)
Situação profissional	
Reformados, n (%)	30 (76,9)
Desempregados, n (%)	3 (7,7)
De baixa, n (%)	4 (10,3)
Empregados, n (%)	2 (5,1)
Antecedentes pessoais	
DM, n (%)	18 (46,2)
HTA, n (%)	20 (51,3)
Dislipidemia, n (%)	13 (33,3)
Tabagismo, n (%)	21 (53,8)
Características da amputação	
Etiologia da amputação	
Vascular, n (%)	36 (92,3)
Infeciosa, n (%)	1 (2,6)
Neoplásica, n (%)	2 (5,1)
Nível de amputação	
Transfemoral, n (%)	23 (59,0)
Transtibial, n (%)	10 (25,6)
Do pé, n (%)	6 (15,4)
Dor	
Dor membro residual, n(%)	16 (41,0)
EVA, média (DP)	5,22 (2,6)
Sensação membro fantasma, n(%)	31 (79,5)
Dor membro fantasma, n(%)	19 (48,7)
EVA, média (DP)	5,52 (2,4)

maioritariamente não normal, apresentamos os valores como mediana e intervalo interquartil [P50(P25-P75)]. Para variáveis categóricas, os resultados são apresentados

como proporções (percentagem).

Os doentes forneceram consentimento informado escrito para a participação no estudo.

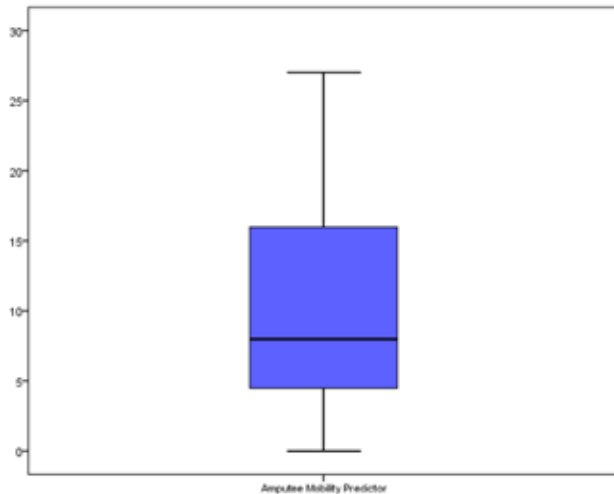


Fig. 1 – Caracterização da capacidade funcional avaliada pela Amputee Mobility Predictor.

RESULTADOS

Os 39 pacientes foram avaliados um mês e meio (em média) após cirurgia de amputação (variando o tempo pós amputação entre 8 e 180 dias). A maioria dos doentes eram homens, com idade superior a 65 anos, a maioria eram casados/união de facto, e apenas uma pequena percentagem se mantinha profissionalmente activa (Tabela 1).

A população estudada apresentava elevada percentagem de factores de risco cardiovasculares, nomeadamente diabetes, hipertensão, dislipidemia e hábitos tabágicos (Tabela 1).

Quanto às características da amputação, quase na totalidade eram de etiologia vascular e mais de metade dos doentes sofreram amputação transfemoral (Tabela 1).

A maioria dos doentes referiu queixas álgicas, mais de 40% dos doentes apresentavam dor no membro residual, aproximadamente 80% dos doentes referiram sensação de membro fantasma e quase metade manifestaram dor de

membro fantasma (Tabela 1).

Em termos funcionais, os dados da AMP apresentaram pontuação baixa [P50 (P25-P75): 8 (4-16)], variando de 0 a 27. (Fig.1).

Na amostra estudada, a patologia ansiosa tinha uma prevalência de 14 (35,9%) e a depressão clínica de 15 (38,5%), quantitativamente ansiedade [P50 (P25- -P75): 6 (3-10)] e depressão [P50 (P25-P75): 6 (2-10)] (Fig.2). Das 7 mulheres avaliadas, 2 (28,6%) tinham níveis patológicos de ansiedade e um número similar apresentava patologia depressiva. Dos 32 homens, 13 (40,6%) e 12 (37,5%) tinham sintomatologia ansiosa e depressiva, respectivamente (diferença entre sexos não significativa, $p=0,51$ para a depressão e $p=0,44$ para a ansiedade).

Não se verificaram diferenças significativas quanto à idade no grupo dos ansiosos [67,4 (12,7) versus 68,1 (12,8), nos não ansiosos e nos ansiosos, respectivamente; $p=0,87$] e nos deprimidos [66,8 (12,1) versus 69,1 (11,9), nos não deprimidos e nos deprimidos, respectivamente; $p=0,58$].

Quanto à prevalência de ansiedade em cada nível de amputação, constatamos que 2 (33,3%) dos amputados parciais do pé, 5 (50%) dos amputados transtibiais e 8 (34,8%) dos amputados transfemorais apresentavam sintomas ansiosos importantes. A depressão clínica estava presente em 1 (16,7%) dos amputados parciais do pé, 4 (40%) dos amputados transtibiais e 9 (39,1%) dos amputados transfemorais. Não existiram diferenças significativas entre os níveis de amputação quer para os ansiosos ($p=0,68$) quer para os deprimidos ($p=0,56$).

A nível da qualidade de vida e percepção geral do estado de saúde, a pontuação foi baixa sobretudo nas dimensões físicas, com uma pontuação no componente físico sumário da SF36 31,4 (26,8-39,4), e no componente mental sumário da SF36 41,9 (31,8-48,3)] (Fig.3).

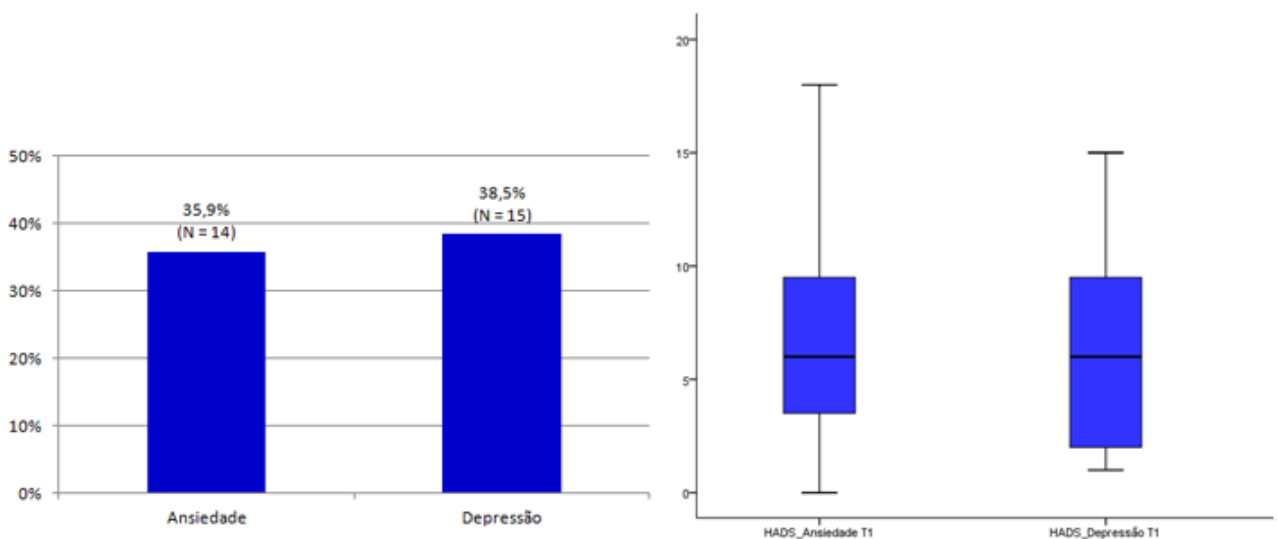


Fig. 2 – Resultados da avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva pela Hospital Anxiety and Depression Scale.

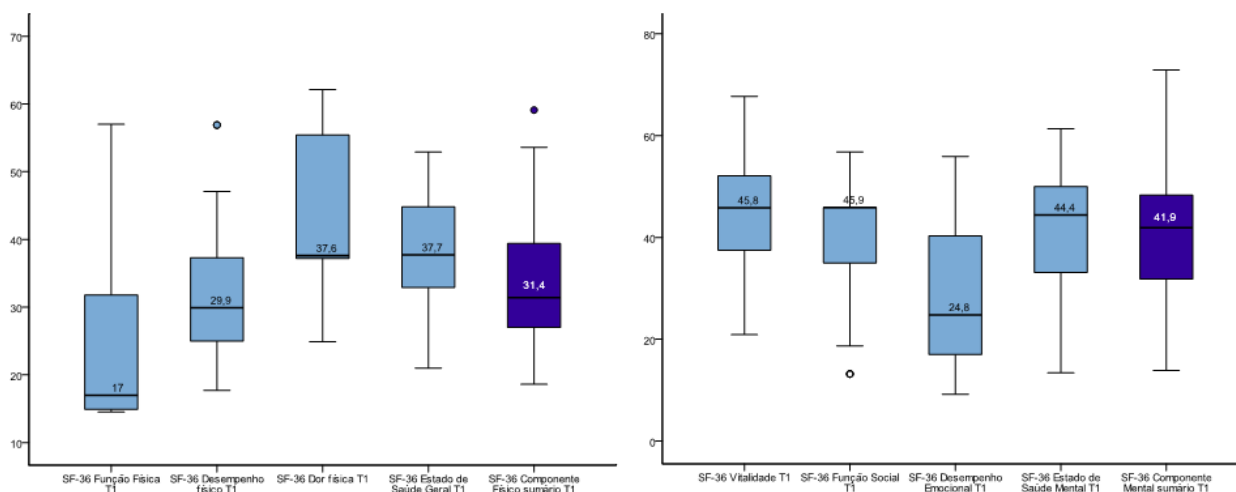


Fig. 3 – Avaliação da percepção da qualidade de vida, *Short-form 36* (componentes físicos e mentais).

DISCUSSÃO

A distribuição das variáveis demográficas da amostra apresentada é semelhante à de outros estudos, nomeadamente quanto à maior prevalência do sexo masculino, idade média superior a 65 anos, maioria dos doentes não empregados.¹⁻⁹

Durante o período em que decorreu o estudo, não foram referenciados para a consulta de amputados do serviço de MFR doentes submetidos a amputações traumáticas, as amputações foram maioritariamente de causa vascular. Mais de metade dos doentes apresentava amputação transfemoral, o que pode ser explicado pela gravidade da patologia de base.

Estas características resultam possivelmente do facto de a maioria das amputações traumáticas surgirem no âmbito do direito de trabalho ou cível, estando por isso o tratamento subsequente a cargo das seguradoras e realizado, por regra, em serviços de saúde privados.

A elevada prevalência de factores de risco cardiovasculares é explicada pelo facto da amostra ser constituída maioritariamente por amputados de causa vascular, e esta ser uma manifestação de doença cardiovascular avançada. Na amostra estudada, as queixas álgicas (dor do membro residual e de membro fantasma) têm prevalência semelhante à encontrada na literatura.^{6,7} Não foram registados dados relativos à medicação analgésica, o que limita e condiciona a interpretação desta informação.

A dor interfere com as actividades de vida diária, com a qualidade de vida, com a participação num programa de reabilitação, com a adaptação à prótese e com a resposta emocional à perda do membro.⁶⁻⁷ Doentes com dor de membro fantasma utilizam menos a prótese do que aqueles em que essa dor não se manifesta,⁸ ao passo que aqueles que têm dor de membro residual utilizam mais a prótese do que aqueles em que tal não acontece.⁸

Também consistente com os dados apresentados na literatura, constatamos a existência de uma elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos.¹ Estas altera-

ções têm impacto importante sobre a adesão ao programa de reabilitação, o prognóstico funcional e a qualidade de vida, a sua avaliação e orientação terapêutica devem fazer parte da abordagem destes doentes.

Essas reacções psicológicas dependem de uma série de factores – nomeadamente, a idade, o sexo, o tipo e nível de amputação, os mecanismos de *coping*, a percepção do valor da perda do membro, a dor, as expectativas no programa de reabilitação, a protetização e o suporte social.¹ Tendo em conta a reduzida dimensão da amostra não foi possível aos autores determinar a relação entre estes factores e as alterações do humor.

A maioria dos participantes deste estudo são idosos, grupo populacional que enfrenta, com o passar do tempo, conflitos gerados pela falta de habilidade física, condição agravada pelo entendimento social do envelhecimento como sinónimo de doença.² Os problemas intensificam-se na presença de amputação, e podem levar o idoso ao isolamento e empobrecimento da sua imagem, resultando numa diminuição da sua mobilidade e o aparecimento de comorbilidades cognitivas, físicas e emocionais que se associam a uma redução da sobrevida.²

Doentes sem um vínculo afectivo estável ou sem suporte social experimentam maior prevalência de sintomatologia psiquiátrica;^{1,3,5} doentes que sofrem amputações traumáticas tem maior tendência a sofrer de depressão/ansiedade do que os que sofreram amputação no contexto de doença.¹ O tempo decorrido após a amputação varia na relação inversa com a frequência e gravidade da sintomatologia depressiva ou ansiosa, provavelmente decorrendo do processo de aceitação da própria doença, da adaptação à nova situação funcional, particularmente nos casos em que se consegue uma protetização com sucesso.¹

Quanto à percepção de qualidade de vida, a pontuação é baixa, especialmente nos itens relacionados com a componente física, o que também está de acordo com outros estudos publicados.^{7,9} A percepção de qualidade de vida na população de amputados de membro inferior está mais

relacionada com a dor, com a adaptação à prótese e com o bem-estar psicossocial (ansiedade, depressão, suporte social, auto-estima e auto-imagem corporal), do que com variáveis clínicas ou demográficas (como a idade, sexo, nível ou etiologia da amputação).⁹

Este estudo apresenta várias limitações. A amostra é pequena, influenciando a validade interna e capacidade discriminativa da análise. Os resultados obtidos não podem ser extrapolados para outras populações de doentes amputados com características diferentes, em virtude de se tratar de uma amostra restrita a doentes que residem na área de influência do HSJ e em que não foi incluído nenhum doente submetido a amputação traumática (viés de referência).

A avaliação foi efectuada num único momento, com uma considerável variabilidade no tempo decorrido após cirurgia (até 6 meses), condicionando os resultados ao nível do perfil psico-emocional e da qualidade de vida. Uma importante adição futura ao estudo seria avaliar a evolução dos parâmetros psicossociais e de qualidade de vida ao longo do tempo e sobretudo a sua resposta ao longo do processo de protetização, tentando estabelecer os determinantes do estadio funcional final nesta população.

Não foram recolhidos dados relativos à medicação que os doentes estariam a efectuar, o que pode influenciar a dor, a sintomatologia psíquica, e a percepção de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Hawamdeh ZM, Ohtman YD, Ibrahim AI. Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4(3):627-633.
- Sumiya A. Satisfação com a saúde e capacidade funcional de idosos amputados. *Neurobiologia* 2009;72(2):43-50.
- Unwin J, Kacperek L, Clarke C. A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clin Rehabil* 2009;23(11):1044-1050.
- Kashif AW, Wallia TS, Salujha SK, Chaudhury S, Sudarsanan S, Raju MSVK, et al. Effect of Short-term Psychiatric Intervention in Amputees. *MJAFI* 2004;60(3):231-234.
- Vicent C, Demers E, Moffet H, Corriveau H, Nadeau S, Mercier C, et al. Use of an innovative model to evaluate mobility in senior with lower-limb amputations of vascular origin: a pilot study. *BMC Geriatr* 2010;20:10-68.
- Behr J, Friedly J, Molton I, Morgenroth D, Jensen MP, Smith DG. Pain and pain-related interference in adults with lower-limb amputation: Comparison of knee disarticulation, transtibial, and transfemoral surgical sites. *J Rehabil Res Dev* 2009;46(7):963-972.
- Hirsh AT, Dillworth TM, Ehde DM, Jensen MP. Sex differences in pain and psychological functioning in persons with limb loss. *J Pain* 2010;11(1):79-86.
- Raichle KA, Hanley MA, Molton I, Kadel NJ, Campbell K, Phelps E, et al. Prosthesis use in persons with lower- and upper-limb amputation. *J Rehabil Res Dev* 2008;45 (7):961-972.
- Zidarov D, Swaine B, Gauthier-Gagnon C. Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow up. *Arch Phys Med Rehabil* 2009;90(4):634-645.
- Kopf A. Guide to pain management in low-resource settings. Appendix: Glossary. International Association for the Study of Pain. 2010.359-71.
- Chamlian TR, Melo ACO. Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiatr* 2008;15(1):49-58.
- Anjos MJ, Carvalho AC, Lopes AMF, Pereira JP. Amputee Mobility Predictor. *Re(habilitat) - Revista da ESSA*, 2005;1:131-156.
- Pais-Ribeiro J, Siva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med* 2007;12(2):235-237.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-370.
- Teles-Correia D, Barbosa A. Ansiedade e Depressão em Medicina – Modelos Teóricos e Avaliação. *Acta Med Port* 2009;22(1):89-98.
- Ferreira PL. Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Med Port* 2000;13(1-2):55-66.
- Ferreira PL. Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II – Testes de validação. *Acta Med Port* 2000;13(3):119-127.
- Ware J, Snow K, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health survey: manual and interpretation guide. Lincoln RI: Quality Metric Incorporated; 2000.

CONCLUSÃO

O principal objectivo de um programa de reabilitação dirigido a pacientes amputados é a sua reintegração na sociedade, readquirindo o estilo de vida pré-morbido.

Apesar de todas as limitações do estudo apresentado, fica clara a elevada prevalência de sintomatologia depressiva/ansiosa. Como estas alterações do perfil psico-social têm impacto importante sobre a adesão ao programa de reabilitação, o prognóstico funcional e a qualidade de vida, a sua avaliação e orientação terapêutica devem fazer parte da abordagem destes doentes.

A avaliação pré-operatória e a integração precoce num programa de reabilitação podem ser adequadas para diminuir o impacto da incapacidade e melhorar o prognóstico funcional e qualidade de vida desta população, e devem ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde que lidam com pacientes submetidos a amputação.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não declaradas.