



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cristiana Sofia Mendes Ramos

Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia Traumática, *Coping* e Satisfação com a Vida em Amputados do Membro Inferior



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Cristiana Sofia Mendes Ramos

**Dependência Funcional, Morbilidade
Psicológica, Sintomatologia Traumática,
Coping e Satisfação com a Vida em
Amputados do Membro Inferior**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização de Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

Junho de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, _____, de _____ de 201__.

Assinatura: _____

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Graça Pereira, orientadora deste trabalho, pelos seus ensinamentos, disponibilidade e rigor científico.

À minha família, especialmente aos meus pais e à minha irmã, por tudo o que fizeram por mim e pelo apoio dado desde os meus primeiros passos.

Ao Ismael, pelo seu amor e dedicação ao longo destes anos. O seu apoio incondicional, a sua compreensão pelas minhas ausências e a sua ajuda prática na realização deste estudo foram de extrema importância para conseguir superar as dificuldades inerentes a todo este processo.

Aos pacientes amputados do membro inferior que se disponibilizaram a participar neste estudo, porque sem eles não seria possível e porque sei o quanto difícil foi reavivar determinadas memórias.

À Doutora Armada Lobarinhas e ao Doutor Assunção, médica fisiatra e cirurgião vascular do hospital de Braga respetivamente, pela sua colaboração em proporcionar-me as condições necessárias para a recolha da amostra.

À Enfermeira Maria José, pela sua disponibilidade e paciência em colaborar comigo na recolha de dados. Sem a sua ajuda teria sido muito mais difícil.

Ao Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, em especial à Dr.^a Andreia Mota, pela sua colaboração e disponibilização dos utentes para o estudo.

À Isa, por ser a minha companheira desde o início desta etapa da minha vida. O seu apoio, estímulo e disponibilidade foram essenciais para superar as barreiras que foram surgindo.

À Cláudia, à Cristina e ao Luís, pelo vosso companheirismo e apoio dado durante os últimos dois anos.

Ao Márcio, pelo seu pequeno mas não menos importante contributo na realização deste estudo.

À Ana Fernandes, pela sua ajuda no processo inicial deste estudo.

Aos meus restantes amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização do estudo e pelos momentos de descontração proporcionados.

Por último, ao meu avô Moreira, que sempre esteve comigo e me apoiou durante esta fase...

A todos, um Muito Obrigado!

Dependência Funcional, Morbidade Psicológica, Sintomatologia Traumática, *Coping* e Satisfação com a Vida em Amputados do Membro Inferior

Resumo

Este estudo teve como finalidade estudar a morbilidade psicológica, a sintomatologia traumática, a dependência funcional, o *coping* e a satisfação com a vida em pacientes amputados de um membro inferior.

A amostra do estudo foi constituída por 52 pacientes com amputação do membro inferior. 78.8% dos pacientes do estudo eram do sexo masculino. A média de idades foi 63 anos (DP= 16.8).

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico; *Índice de Barthel* (IB), Versão Portuguesa de Sequeira (2007); *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Versão Portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999); *Revised Impact of Events Scale* (IES-R), Versão Portuguesa de Pereira e Figueiredo (2008); *Brief COPE Scale*, Versão Portuguesa de Ribeiro e Rodrigues (2003); *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), Versão Portuguesa de Portuguesa de Netos, Barros e Barros (1990).

Os resultados obtidos no presente estudo revelaram que os pacientes com mais satisfação com a vida apresentavam menor dependência funcional, menor morbilidade psicológica e, em termos de estratégias de *coping*, maior utilização da aceitação, reinterpretação positiva e *coping* ativo e menor uso da negação. Verificou-se que os pacientes com amputação abaixo do joelho apresentavam mais satisfação com a vida e os pacientes amputados acima do joelho apresentavam mais morbilidade psicológica. Também se constatou que os pacientes amputados com capacidade para marcha evidenciaram menor dependência funcional e, em termos de *coping*, maior uso da aceitação em comparação com os pacientes sem capacidade para marcha. Pacientes amputados que usam uma prótese apresentaram menor dependência funcional e maior uso de estratégias de *coping* de aceitação, humor, *coping* ativo e de planear. Ao nível das causas da amputação, verificou-se que os pacientes amputados devido a causas traumáticas apresentavam menor dependência e maior uso da autodistração como estratégia de *coping*. Relativamente à dor, constatou-se que os pacientes com dor utilizavam mais estratégias de *coping* passivas, como o uso da autodistração e uso de substâncias em comparação com os pacientes sem dor.

Os resultados do presente estudo enfatizam a importância da intervenção psicológica na reabilitação do paciente com amputação do membro inferior no sentido de promoverem estratégias de *coping* mais adaptativas e diminuição da morbilidade psicológica, de forma a aumentar o ajustamento psicológico à amputação.

Functional Dependence, Psychological Morbidity, Traumatic Symptoms, Coping and Life Satisfaction in the Lower Limb Amputee

Abstract

The aim of this article was to study psychological morbidity, traumatic symptoms, functional dependence, coping and life satisfaction in lower limb amputees.

The study sample consisted of 52 patients with lower limb amputation. 78.8% of study patients were male. The mean age was 63 (SD=16.8).

The instruments used were: Sociodemographic Questionnaire, *Barthel Index* (BI) Portuguese Version of Sequeira (2007); *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), Portuguese Version of McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia and Silva (1999); *Revised Impact of Events Scale* (IES-R), Portuguese Version of Pereira and Figueiredo (2008); *Brief COPE Scale*, Portuguese Version of Ribeiro and Rodrigues (2003); *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), Portuguese Version of Netos, Barros and Barros (1990).

The results showed that patients with lower limb amputation with more life satisfaction had a lower functional dependence, psychological morbidity and, in terms of coping, an increased use of acceptance, positive reinterpretation, and active coping as well as less use of denial. It was found that patients with amputation below the knee reported more life satisfaction and above-knee amputees had more psychological morbidity. It was also found that amputees who maintained the ability to walk showed less functional dependence, and in terms of coping, a greater use of acceptance compared with patients unable to walk. Also, amputees with a prosthesis showed less functional dependence and greater use of coping strategies such as acceptance, humor, active coping and planning. In terms of the causes of amputation, amputees due to traumatic causes were less dependent and showed a greater use of self-distraction as a coping strategy. Also, patients with pain used passive coping strategies, such as the use of self-distraction and substance use compared to pain free patients.

The results of this study emphasize the importance of psychological intervention in the rehabilitation of patients with lower limb amputation, that promote more adaptive coping strategies and decreased psychological morbidity in order to increase psychological adjustment to amputation.

Índice

| | | |
|------|--|----|
| I. | Enquadramento Teórico | 8 |
| 1. | Características Médicas e Epidemiológicas da Amputação | 8 |
| 2. | Variáveis Psicológicas..... | 10 |
| a. | Dependência Funcional | 10 |
| b. | Morbilidade Psicológica..... | 11 |
| c. | Sintomatologia Traumática | 12 |
| d. | <i>Coping</i> | 13 |
| e. | Satisfação com a Vida..... | 15 |
| II. | Metodologia..... | 16 |
| 1. | Objetivos Gerais..... | 16 |
| 2. | Design..... | 16 |
| 3. | Variáveis..... | 16 |
| 4. | Hipóteses | 16 |
| 5. | Amostra | 17 |
| 6. | Procedimento..... | 17 |
| 7. | Instrumentos | 18 |
| a. | Questionário Sociodemográfico | 18 |
| b. | <i>Índice de Barthel (IB)</i> | 18 |
| c. | <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> | 19 |
| d. | <i>Revised Impact of Events Scale (IES-R)</i> | 20 |
| e. | <i>Brief COPE Scale</i> | 21 |
| f. | <i>Satisfaction With Life Scale (SWLS)</i> | 23 |
| 8. | Análise de Dados..... | 23 |
| III. | Resultados | 24 |
| 1. | Testes de Hipóteses | 24 |
| 2. | Análises exploratórias | 30 |
| IV. | Discussão dos Resultados..... | 32 |
| 1. | Testes de hipóteses | 32 |
| 2. | Análises Exploratórias..... | 37 |
| V. | Limitações do Estudo | 40 |
| VI. | Conclusões e Implicações para a Prática..... | 41 |
| VII. | Referências | 41 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Correlações de Spearman/Pearson entre a Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Satisfação com a Vida e <i>Coping</i> | 25 |
| Tabela 2. Resultados do Teste Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia traumática, <i>Coping</i> e Satisfação com a Vida em função do Nível de Amputação. | 26 |
| Tabela 3. Resultados do Teste Kruskal-Wallis ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia traumática, <i>Coping</i> e Satisfação com a Vida em função do Nível Funcional Pós-Amputação.. | 27 |
| Tabela 4. Resultados do Teste Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia traumática, <i>Coping</i> e Satisfação com a Vida em função da Causa de Amputação. | 28 |
| Tabela 5. Resultados dos Testes Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia Traumática, <i>Coping</i> e Satisfação com a Vida em função da Dor fantasma e Dor no coto. | 29 |
| Tabela 6. Resultados dos Testes Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia Traumática, <i>Coping</i> e Satisfação com a Vida em função do Uso da Prótese..... | 30 |

I. Enquadramento Teórico

1. Características Médicas e Epidemiológicas da Amputação

A amputação refere-se a um procedimento cirúrgico que consiste na remoção de um membro ou outra parte do corpo humano (Dorland & Anderson, 2000). A incidência de amputações nos membros inferiores aumenta com a idade, com cerca de dois terços das amputações a ocorrerem em indivíduos com idade superior a 60 anos de idade (Atherton & Robertson, 2006).

Os níveis de amputação do membro inferior são o transmetatársico (pé), transtibial (abaixo do joelho), acima do joelho, transfemural (coxa) e hemipelvectomia (anca) (Cristian, 2006; Dillingham, Pezzin, & Shore, 2005), sendo a amputação transfemural e transtibial os níveis mais frequentes de amputação (Ephraim, Dillingham, Sector, Pezzin, & MacKenzie, 2003). O nível de amputação está relacionado com o processo de reabilitação dos pacientes amputados, pois um nível mais distal encontra-se associado a maior utilização da prótese (Raichle *et al.*, 2008), uma vez que a falta do joelho humano afeta a força e o equilíbrio muscular em torno do quadril no paciente amputado (Gottschalk, 1999).

A amputação dos membros inferiores pode resultar da doença vascular periférica, diabetes, trauma (e.g. acidentes de viação, queimaduras) tumores, infeções e deficiências congénitas (Atherton & Robertson, 2006; Kelly & Dowling, 2008). Os estudos mostram que a maior parte das amputações devem-se à doença vascular periférica (Ephraim *et al.*, 2003; Geertzen, Martina, & Rietman, 2001) e que cerca de 20% das amputações são causadas por acidentes, sendo também frequentes as amputações traumáticas em veteranos de guerra (Lacoux, Crombie, & Macrae, 2002). A amputação de etiologia traumática está associada a maior utilização da prótese (Raichle *et al.*, 2008), enquanto os indivíduos com amputação isquémica apresentam menor capacidade para realizar caminhadas (Sansam, Neumann, O'Connor, & Bhakta, 2009). No estudo de Dias (2006) constatou-se que os indivíduos com amputação traumática são mais jovens e os com amputação vascular são mais idosos.

De acordo com Cristian (2006), a reabilitação do paciente amputado engloba diferentes etapas, nomeadamente a cicatrização completa da ferida, fortalecimento dos músculos de todos os membros, redução do inchaço do membro residual e aumento da funcionalidade do indivíduo nas atividades quotidianas. Este processo inclui também a adaptação do paciente à prótese ou auxiliares de deambulação (e.g. canadianas, cadeira de rodas) (Pohjolainen, Alaranta, & Urkuinen, 1990). Os preditores negativos de uma boa reabilitação nos pacientes amputados são a existência de outras doenças, idade avançada, o nível da amputação, dor fantasma e problemas de pele no coto (membro residual resultante da amputação). Já os preditores positivos são a capacidade de realizar atividades antes da amputação, a entrada rápida num centro de reabilitação, boas condições socioeconómicas, estatuto social e boa saúde antes de amputação (Geertzen *et al.*, 2001).

A dor crónica é bastante prevalente em pessoas amputadas, independentemente do tempo da amputação (Ephraim, Wegener, MacKenzie, Dillingham, & Pezzin, 2005). A dor pré-amputação

ocorre geralmente nas amputações de causa isquémica, mais especificamente na doença vascular periférica e na neuropatia da diabetes (Aronow, 2010; Haanpää *et al.*, 2009). A dor no coto é uma dor nociceptiva aguda e que geralmente desaparece algumas semanas após a amputação, quando há a cicatrização da ferida. No entanto, esta pode perdurar após alguns meses ou anos, existindo evidências que ocorrem em 13-71% dos casos (Jackson & Simpson, 2004). Já a dor fantasma refere-se à percepção de que determinada parte do corpo é dolorosa após a sua remoção, sendo uma consequência frequente na amputação de membros (Manchikanti & Singh, 2004; Whyte & Niven, 2001). A dor fantasma habitualmente surge na primeira semana consequente à amputação. No entanto, esta pode desenvolver-se meses ou anos após a amputação (Jackson & Simpson, 2004). É menos provável ocorrer dor fantasma quando o indivíduo é muito jovem (Flor, 2002) e mais provável quando o indivíduo tinha dor antes da amputação (Quadros, 2010).

A dor no coto e a dor fantasma podem aparecer sem uma etiologia óbvia. No entanto, existem evidências que o aparecimento da dor no coto se deve a diversos fatores como patologias da pele, problemas circulatórios, infeções da pele ou tecido, osteófitos ou neuromas (Manchikanti & Singh, 2004), infeções, forma do coto, próteses mal colocadas (Thompson, 1998). Já os fatores de risco sugeridos para a dor fantasma são a dor pré-amputação, a dor no coto persistente e a amputação dos membros inferiores. A etiologia da dor fantasma também tem sido associada a fatores periféricos e centrais (Flor, 2002), pelo facto de uma lesão aguda no organismo (e.g. uma cirurgia ou trauma), que provoca dor, encontrar-se associada a mudanças de neuroplasticidade no sistema nervoso periférico e central (McGreevy, Bottros, & Raja, 2011). O estudo de Ehde e colaboradores (2000) constatou que a dor no coto é tão comum como a dor fantasma e a maior parte dos pacientes considerou que a dor fantasma não provoca incapacitação na realização de atividades. Já o estudo de Behr, Friedly, Molton, Morgenroth, Jensen e Smith (2009), com pacientes amputados, verificou que não se encontram diferenças significativas ao nível da dor fantasma e da dor no coto em função do tipo de amputação (transtibial, transfemural ou desarticulação do joelho).

Quanto à epidemiologia da amputação, os estudos sugerem a existência de cerca de 20 milhões de pacientes amputados em todo o mundo (Shinozaki, Hasegawa, & Yano, 1998). A incidência das amputações varia entre 12 a 44 por 100.000 pessoas, existindo um risco mais elevado nos indivíduos com diabetes *mellitus* (Ephraim *et al.*, 2003). De acordo com Ziegler-Graham, Mackenzie, Ephraim, Trivison e Brookmeyer (2008), estima-se que, em 2005, nos Estados Unidos da América existiam aproximadamente 1.6 milhões de pessoas que tinham um membro amputado. Segundo estes autores, prevê-se que em 2050 o número de pacientes amputados seja mais do dobro, isto é, à volta de 3.6 milhões de pessoas.

Relativamente à epidemiologia de pacientes amputados em Portugal, existem poucos dados sobre o número de amputações por serem habitualmente incluídas nas “deficiências motoras” (Oliveira, 2004). Nos dois únicos estudos publicados em Portugal verificou-se que a maior parte das amputações são de etiologia vascular, causas traumáticas, seguidas da insuficiência arterial crónica. Outras causas

também apontadas foram a patologia tumoral e, em menor proporção, as causas infecciosas e agênicas. Além disso, cerca de 90% das amputações foram do membro inferior e 80% dos pacientes amputados são do sexo masculino (Leão, Abreu, Padrão, & Lemos, 1995; Marques, Pereira, & Medeiros, 1994).

Os problemas dos pacientes com amputação continuam a ser uma área de investigação descuidada no nosso país e cabe à sociedade a reintegração destes indivíduos. Neste sentido, o presente trabalho pretendeu conhecer os pacientes amputados portugueses a nível psicológico, no sentido de contribuir para a criação de programas de intervenção, pois a compreensão dos danos psicológicos e emocionais consequentes da amputação podem contribuir para uma melhor intervenção psicológica (Cavanagh, Shin, Karamouz, & Rauch, 2006).

2. Variáveis Psicológicas

a. Dependência Funcional

A perda do membro inferior constitui um acontecimento catastrófico para os pacientes, limitando a sua mobilidade e independência (Pohjolainen *et al.*, 1990). Após a amputação, a maior parte dos indivíduos que utilizam a cadeira de rodas encontram obstáculos físicos e interpessoais na realização de atividades diárias (Diogo, 1997). A higiene corporal constitui uma atividade de maior restrição após a amputação, sendo que o estudo de Diogo e Campedelli (1992) verificou que a maior parte dos pacientes amputados necessitavam de ajuda para realizarem as atividades de higiene. Também a incontinência urinária torna-se mais agravante em idosos com amputação. Após a amputação, muitos idosos restringem as atividades realizadas em casa (de lazer e recreação), como ver televisão ou ouvir rádio (Diogo, 1997). O estudo de Zidarov, Swaine e Gauthier-Gagnon (2009) verificou que os pacientes amputados nos membros inferiores têm restrições ligeiras nas atividades que envolvem os cuidados pessoais, apresentando maiores restrições no desempenho de papéis sociais, como o emprego, atividades de recreação e envolvimento na comunidade. Este acontecimento acaba por causar alterações na vida diária, trabalho e interações sociais dos indivíduos (Diogo, 1997).

Para muitos pacientes com amputação, a sua reabilitação envolve a utilização de uma prótese que substitua a extremidade do membro amputado, pois esta permite restaurar em grande parte a capacidade funcional perdida com a amputação do membro (Hafner, Willingham, Buell, Allyn, & Smith, 2007). A prescrição de uma prótese incorreta afeta significativamente o conforto e a mobilidade do indivíduo amputado (Klute, Kallfelz, & Czerniecki, 2001). No estudo de Stepien, Cavenett, Taylor e Crotty (2007) verificou-se que os pacientes amputados com prótese andavam em média 6.000 passos por dia, sendo o recomendado 10.000 passos. Relativamente ao nível de amputação, o estudo de Traballesi e colaboradores (1998) constatou que os indivíduos com amputação unilateral abaixo do joelho e com idade inferior a 65 anos apresentavam maior capacidade funcional (e.g. andar) e independência. Também no estudo de Raichle e colaboradores (2008) verificou-se que os indivíduos com amputações mais proximais (acima do joelho) apresentavam menor uso da prótese.

No que concerne às diferenças entre sexos, a literatura indica que o sexo tem pouca influência na mobilidade do paciente amputado (Sansam *et al.*, 2009). No entanto, no estudo de Pezzin, Dillingham, MacKenzie, Ephraim e Rossbach (2004) verificou-se que o sexo feminino apresentava menos funcionalidade no uso da prótese e menor satisfação com ela em comparação com o sexo masculino. Existe ainda um desacordo entre os estudos relativamente à influência de outros problemas de saúde na capacidade de deambulação após a amputação (Sansam *et al.*, 2009).

b. Morbilidade Psicológica

A depressão tem sido relatada como frequente em indivíduos com amputação, apresentando sintomas como tristeza, choro fácil, isolamento, perda de apetite entre outros (Wald & Álvaro, 2004). As taxas de sintomatologia depressiva apontadas nos pacientes amputados são 2 a 4 vezes maiores do que na população em geral (Darnall *et al.*, 2005). O estudo de Price e Fisher (2007), com indivíduos com amputação do membro inferior e superior, constatou que os pacientes que perderam os membros devido a causas traumáticas ou imediatas apresentavam maior angústia emocional do que os indivíduos com amputação a longo prazo. Este estudo constatou, ainda, que o período de 6 a 24 meses após a amputação era crucial para desenvolver problemas emocionais. De facto, a sintomatologia depressiva é bastante comum na fase inicial do período pós-operatório e pode estar presente num período médio de 2 anos, apresentando uma diminuição com o tempo. Há estudos que mostram, ainda, que a depressão é duas vezes mais comum em pacientes amputados com diabetes em comparação com os não diabéticos (Ali, Stone, Peters, Davies, & Khunti, 2006; Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001). Quanto ao nível da amputação, o estudo de Williams e colaboradores (2011) constatou que o risco de incidência do diagnóstico de depressão tinha um aumento de 33% em veteranos diabéticos com uma amputação maior no membro inferior (e.g. transtibial), no entanto não se encontrou este resultado em indivíduos com amputações menores (e.g. tornozelo ou abaixo deste). Por sua vez, o estudo de Darnall e colaboradores (2005) constatou que ser divorciado ou separado apresentava um risco quase 2 vezes superior de sintomatologia depressiva em pacientes amputados em comparação com indivíduos casados ou com parceiro.

Na revisão bibliográfica realizada por Horgan e MacLachlan (2004), constatou-se que a ansiedade nos dois primeiros anos após a amputação é elevada, passando os níveis a ser idênticos ao da população geral após esse período. O estudo de Mosaku, Akinyoola, Fatoye e Adegbehingbe (2009), com 42 pacientes amputados na Nigéria, verificou uma alta taxa de ansiedade e depressão na amostra em relação ao grupo de controlo (outros doentes ortopédicos), sendo os pacientes mais jovens, com menor escolaridade e solteiros a terem maior probabilidade de apresentarem estes sintomas psicológicos. Já no estudo de Atherton e Robertson (2006), verificou-se que a prevalência de ansiedade e depressão eram, respetivamente, de 29.9% e 13.4%, apresentando menor prevalência em comparação com outras investigações, possivelmente devido ao uso da prótese. Horgan e MacLachlan (2004) e Mosaku e colaboradores (2009) referem que a causa e o nível de amputação, o tempo decorrido e possíveis complicações após a amputação não se encontravam associados à manifestação

deste tipo de sintomatologia. No entanto, os estudos de Mozumdar e Roy (2010) e Hawamdeh, Othman e Ibraihm (2008), demonstraram que os pacientes com amputação acima do joelho apresentavam menos depressão em comparação com os pacientes com amputação abaixo do joelho. Já o estudo de Williams e colaboradores (2011), verificou que as amputações mais proximais (acima do joelho) encontravam-se associadas a maiores níveis de depressão. Um estudo verificou, ainda, que os pacientes com amputação há mais tempo apresentavam níveis mais elevados de depressão (Mozumdar & Roy, 2010). Relativamente às causas da amputação, os estudos mostram que os indivíduos com amputação traumática evidenciavam níveis mais elevados de depressão (Pezzin & colaboradores, 2005; Price & Fisher, 2007). Apesar de a relação não ser clara na literatura, a depressão tem sido associado a níveis maiores de amputação, sendo que estes tipos de amputação estão associados a maior dependência funcional após a amputação (Raichle *et al.*, 2008). Horgan e MacLachlan (2004) verificaram que a depressão é relativamente elevada até dois anos pós-amputação, estando a depressão associada à restrição de atividades e vulnerabilidade. Assim, os pacientes amputados com maior restrição de atividades apresentam maiores níveis de depressão.

c. Sintomatologia Traumática

São poucos os estudos existentes sobre a prevalência de sintomatologia traumática nos pacientes amputados. Na literatura, o problema que se coloca é se a sintomatologia traumática se deve e à amputação em si ou ao acidente que levou à amputação (no caso de causa traumática) ou à combinação dos dois (Koren, Norman, Cohen, Berman, & Klein, 2005). Mas seja qual for a origem da sintomatologia traumática, a cirurgia de amputação é sempre uma experiência com características traumáticas que afeta definitivamente a vida das pessoas (de Godoy, Braile, Buzatto, Longo, & Fontes, 2002).

Um estudo com veteranos do Vietname verificou que o risco de PTSD era 1.64 vezes maior em veteranos com amputações em comparação com os veteranos sem amputação (Martz & Cook, 2001). Cheung, Alvaro e Colotla (2003) verificaram num estudo que os pacientes com amputações dos membros superiores experienciavam mais sintomas de Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) do que os pacientes com amputação dos membros inferiores. Já um estudo de Reiber e colaboradores (2010) verificou que a PTSD ocorria até dois terços em veteranos com amputação da perna.

A amputação cirúrgica/terapêutica secundária na diabetes, complicações vasculares ou outras doenças não estavam associadas ao desenvolvimento de stresse pós-traumático e PTSD, pois apesar de alguns doentes poderem ficar desanimados ou chocados com a notícia da amputação, acabavam por aceitar bem a situação (Cavanagh *et al.*, 2006; Wald & Àlvaro, 2004). No estudo de Copuroglu, Ozcan, Yilmaz, Gorgulu, Abay e Yalniz (2010), com 22 pacientes com amputação traumática, verificou-se que durante o período pós-operatório precoce 22.7% dos pacientes necessitarem de apoio psiquiátrico para a Perturbação de Stresse Agudo. Verificou-se ainda, que após o sexto mês, 77.2% apresentavam PTSD. O tempo decorrido desde a amputação e a idade parecem ser preditores de sintomatologia traumática, pois pouco tempo decorrido após a amputação está associado a maiores

níveis de ansiedade e a maior sofrimento psicológicos pós-trauma (Copuroglu *et al.*, 2010) e a menor idade está associada a um ajustamento menos favorável à incapacidade física (Desmond & MacLachlan, 2006). A interpretação negativa das memórias traumáticas, ruminação sobre o acontecimento traumático e ira são preditores da permanência da sintomatologia traumática após 3 meses desde o início deste tipo de sintomatologia (Ehlers & Clark, 2000). A dor persistente e lesões físicas também parecem contribuir para a permanência de sintomatologia traumática (Burgess, Hibler, Keegan, & Everly, 1996).

A sintomatologia traumática tem sido associada à deterioração da saúde mental e a um funcionamento psicológico mais pobre (Mills, Teesson, Ross, & Peters, 2006). De facto, um estudo com pacientes com lesões cerebrais traumáticas evidenciou que o stresse pós-traumático se encontrava negativamente associado à satisfação com a vida (Stålnacke, 2007). Também um estudo, realizado com participantes que tinham sido expostos a ataques terroristas, verificou que a presença de PTSD encontrava-se associada a menor satisfação com a vida (Besser & Neria, 2009). No entanto, o estudo de Eglinton e Chung (2011), realizado com pacientes com fadiga crónica, constatou que a gravidade da sintomatologia traumática não se encontrava associada com o bem-estar psicológico.

Relativamente à relação do stresse pós-traumático e *coping*, o uso de estratégias de *coping* focadas na emoção, especialmente o evitamento, têm sido associado a piores resultados em indivíduos com trauma psicológico (Taft, Resick, Panuzio, Vogt, Mechanic &, 2007; Tiet, Rosen, Cavella, Moos, Finney, & Yesavage, 2006). Também no estudo de Rodrigues e Renshaw (2010), as estratégias de coping passivas e com foco na emoção foram associadas a maior gravidade dos sintomas de PTSD. A utilização de estratégias de coping de evitamento ou da negação em indivíduos com PTSD pode ser explicada, possivelmente, pelo facto de estas estratégias facilitarem a adaptação aos estímulos temidos e, assim, reduzirem os sintomas intrusivos típicos da PTSD (Bryant & Harvey, 1995).

d. *Coping*

O *coping* pode ser definido como os esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo realiza para gerir (reduzir, minimizar, tolerar) as exigências internas e externas da interação entre si e o seu meio (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

A literatura revista demonstra que existem diferentes estratégias de *coping* adotadas pelos indivíduos, nomeadamente o *coping* ativo (tomar medidas ativas para remover ou contornar determinado problema e seus efeitos), planear (pensar em como lidar com determinado problema), desinvestimento comportamental (colocar de lado outras atividades, para não ser distraído por outros acontecimentos), procura de apoio social, seja instrumental (procurar conselhos, informações ou assistência) ou emocional (procura de apoio moral, simpatia e compreensão), reinterpretação positiva (focalizada na emoção, destinada a gerir as emoções em vez de proporcionar angústia ao lidar com o problema), aceitação (resposta funcional de *coping* em que se aceita a realidade de uma situação ativadora de stresse e a pessoa tenta lidar com a situação), religião (fonte de apoio emocional, como forma de lidar com o problema ou de reinterpretação positiva), expressão de sentimentos (tentativa de

expressar qualquer angústia que se está a experimentar para ventilar esses sentimentos), negação (a pessoa recusa a acreditar que o problema existe e tenta agir como se este não fosse real), desligamento comportamental (significa redução do esforço para tentar lidar com o stresse), autodistração (ocorre quando o desligamento comportamental não é possível), uso de álcool e drogas (ingestão de substâncias a fim de evitar ou diminuir os efeitos de um problema) (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) e a autculpabilização (o indivíduo culpabiliza-se pela situação, independentemente de ter culpa ou não) (Livneh, Antonak, & Gerhardt, 2000).

As estratégias de *coping* orientadas para a emoção, como por exemplo a negação, podem ser menos adaptativas do que as estratégias orientadas para o problema (Folkman *et al.*, 1986). Tem sido reconhecido que as estratégias de *coping* influenciam o autoconceito corporal e a natureza do processo de adaptação à perda e incapacidade (Maes, Leventhal, & Ridder, 1996). Existem estudos que demonstram que os pacientes amputados conseguem retirar algo positivo da sua situação, identificando aspetos positivos, como por exemplo a independência obtida através do uso da prótese, a alteração na sua atitude perante a vida, melhoraria na capacidade de enfrentar os problemas, benefícios financeiros e a eliminação da dor (Dunn, 1996; Gallagher & MacLachlan, 2000). A utilização da reinterpretação positiva após a amputação encontra-se associada a avaliações de saúde e capacidade física mais favoráveis, baixos níveis de restrição nas atividades atléticas e a um maior ajustamento à situação de amputação (Gallagher & MacLachlan, 2000). No que concerne à procura de apoio, há estudos que referem que uma maior procura de apoio social encontra-se associada a um melhor funcionamento (Scharloo, *et al.*, 1998), a menores índices de sintomatologia depressiva e a uma maior adaptação social pós-amputação (Desmond & MacLachlan, 2006). As estratégias de *coping* passivas e com foco na emoção, como a negação e a catastrofização, têm sido associadas a um pior ajustamento psicossocial e positivamente associadas a sintomas de depressão e ansiedade, hostilidade exteriorizada e à falta de aceitação do problema em pacientes amputados (Desmond & MacLachlan, 2006; Livneh, Antonak, & Gerhardt, 1999; Hill, Niven, & Knussen, 1995).

Existem poucos estudos que analisem a relação do *coping* com as variáveis psicológicas estudadas em pacientes com amputação do membro inferior. No entanto, os estudos acerca do *coping* nas doenças crónicas em geral demonstram que adotar um estilo de *coping* ativo, expressivo e com pensamentos positivos resulta em maiores níveis de funcionamento e de bem-estar psicológico (Maes *et al.*, 1996), podendo assim estar associado a maior satisfação com a vida. Após uma amputação, as estratégias ativas/orientadas para a tarefa (e.g. a resolução de problemas e o controlo da perceção de incapacidade) conduzem a um ajustamento psicossocial positivo (Desmond & MacLachlan, 2006) e tem uma associação negativa com a depressão e a ira (Livneh *et al.*, 2000). Um estudo, realizado com pacientes que tiveram ataques cardíacos, constatou que a utilização do desinvestimento comportamental como estratégia de *coping* encontrava-se associada a níveis mais elevados de depressão (Trivedi *et al.*, 2009). É de referir ainda, que a negação pode ser benéfica em curtos períodos de tempo, mas se for prolongada pode ser prejudicial, uma vez que impede os indivíduos de

utilizar um *coping* mais ativo (Stanton, Danoff-Burg, & Huggins, 2002). A dependência funcional pode ser influenciada pelas estratégias de *coping* adotadas, pois o *coping* ativo (Fusetti, Senechaud, & Merlini, 2001; van de Weg & van der Windt, 2005; Hatfield, 2002) e o otimismo (Gallagher & MacLachlan, 2000) contribuem para o retomar das atividades em pacientes amputados. Já a catastrofização tem sido associada a uma menor capacidade funcional do paciente com amputação, pois a funcionalidade geralmente requer alguma participação ativa do indivíduo (Hill *et al.*, 1995).

e. Satisfação com a Vida

Shin e Johnsons (1978) definiram a satisfação com a vida como um processo de juízo pessoal que cada indivíduo faz acerca da sua qualidade de vida, através da avaliação dos aspetos positivos e negativos da sua vida. A avaliação da satisfação com a vida deve ser realizada tendo em conta todos os domínios da vida de uma pessoa (e.g. sentimentos acerca da comunidade onde vive, profissão, casamento e saúde) (Spiriduso, Francis, & MacRae, 2005).

O bem-estar subjetivo é um domínio referente ao bem-estar global e está diretamente relacionado com os sentimentos de satisfação dos indivíduos com eles próprios, com as suas famílias e com os seus empregos, sendo difícil separar bem-estar subjetivo e satisfação com a vida (Novo, 2003). De acordo com Diogo (2003), os indicadores subjetivos (como a satisfação com a vida, o bem-estar subjetivo e a felicidade) são mais úteis para mostrar como os indivíduos compreendem e experienciam as suas vidas.

O estudo de Diener e Suh (1997) verificou, numa amostra de 60.000 adultos, que a satisfação com a vida não diminui com a idade. Já a saúde encontra-se moderadamente correlacionada com o bem-estar subjetivo, pois pode constituir uma componente importante da qualidade de vida (Diener, s.d.), e quando os problemas de saúde são severos, interferindo no quotidiano da pessoa, podem contribuir para uma diminuição do bem-estar subjetivo. A satisfação com a vida pode ser predita pela interpretação subjetiva que o indivíduo tem acerca da sua saúde (Dias, 2006).

Relativamente à satisfação com a vida em pacientes amputados, são poucas as investigações existentes. No estudo de Dias (2006), os indivíduos com amputação do membro inferior mostraram estarem moderadamente satisfeitos com a vida e a amputação não parece ter sido um aspeto que interferiu na avaliação da satisfação global com a vida. Verificou-se, ainda, que a satisfação com a vida está associada com a saúde geral, e os indivíduos que percecionam melhor saúde referem maior satisfação com a vida. Neste estudo, a satisfação com a vida não é diferente em função da idade, causas da amputação, tempo decorrido após a amputação e níveis de amputação. Outros estudos referem que o efeito da amputação na satisfação com a vida é mediado pelas mudanças no estatuto ocupacional e pela ocorrência de complicações da amputação a curto prazo (Ostle, Magnus, Skjeldal, Garfelt, & Tambs, 2010).

No que concerne à relação entre a satisfação com a vida e dependência funcional, o estudo de Diogo (2003), com 40 idosos submetidos à amputação há pelo menos um ano, evidenciou que os pacientes amputados que afirmam estarem dependentes em atividades do dia-a-dia consideravam-se

satisfeitos com a sua capacidade física/independência. Constatou-se, ainda, que quanto maior a satisfação com a vida, maior a satisfação no domínio saúde e capacidade física. É de referir que o facto de o indivíduo amputado não poder realizar atividades específicas, ter perdido determinadas capacidades e apresentar um estatuto de doente contribui negativamente para o bem-estar subjetivo (Bosmans *et al.*, 2007). Também num estudo realizado com pacientes com lesão medular constatou-se que os pacientes com maior mobilidade apresentaram maior satisfação com a vida (Leeuwen *et al.*, 2012). Relativamente à relação entre morbilidade psicológica e satisfação com a vida, pouca ou nenhuma satisfação com a vida encontra-se relacionada com sintomas depressivos na população em geral (Headley, Kelley, & Wearing, 1993).

II. Metodologia

1. Objetivos Gerais

Este estudo teve por objetivo avaliar a relação entre a morbilidade psicológica, sintomatologia traumática, dependência funcional, *coping* e satisfação com a vida em pacientes amputados do membro inferior; avaliar a influência das variáveis clínicas e sociodemográficas nas variáveis psicológicas, contribuindo assim para a criação de programas de intervenção que respondam às necessidades de indivíduos com amputação.

2. Design

O estudo é transversal, quantitativo e correlacional, dado que são avaliadas as relações entre as diferentes variáveis num único momento.

3. Variáveis

- 1) Variáveis Sociodemográficas: Idade; Sexo; Escolaridade; Estado civil.
- 2) Variáveis Clínicas: Características da amputação (Nível de amputação; Nível funcional após a amputação; Causas de amputação); Dor pré-amputação (presença de dor no membro antes da amputação); Dor fantasma; Dor no coto; Presença de outros problemas de saúde (que não a causa da amputação); Uso da prótese.
- 3) Variáveis Psicológicas: Dependência Funcional; Morbilidade Psicológica; Sintomatologia Traumática; *Coping* com a Amputação e Satisfação com a Vida.

4. Hipóteses

- 1) Espera-se que:
 - a) A satisfação com a vida esteja positivamente associada com menor dependência funcional e com o uso do *coping* ativo, reinterpretação positiva e aceitação e negativamente associada com o *coping* de negação.
 - b) A morbilidade psicológica esteja positivamente associada com maior dependência funcional e *coping* de negação e de desinvestimento comportamental e negativamente associada com a satisfação com a vida.

- 2) Esperam-se encontrar diferenças ao nível da dependência funcional, *coping*, morbidade psicológica, sintomatologia traumática e satisfação com a vida em função de:
- a) Nível de amputação;
 - b) Nível funcional após a amputação;
 - c) Causas de amputação;
 - d) Dor fantasma/Dor no coto;
 - e) Uso de prótese.

Para além da análise das hipóteses principais foram realizadas análises exploratórias, avaliando as relações entre as variáveis sociodemográficas, as variáveis clínicas e as variáveis psicológicas.

5. Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 52 indivíduos com amputação de um membro inferior, sendo a amostra de conveniência, pois os indivíduos participaram voluntariamente no estudo. Os critérios de inclusão na investigação são os seguintes: (1) pacientes com amputação de um membro inferior; (2) idade superior a 18 anos; (3) capazes de responder aos questionários por escrito ou em forma de entrevista. Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) perturbações psicológicas ou psiquiátricas graves que interfiram com a capacidade de responder aos questionários (ex: processo demencial, esquizofrenia, psicoses); (2) dor aguda devido a lesão traumática que não da causa da amputação.

A maioria dos pacientes (78.8%) é do sexo masculino, sendo os outros 21.2% do sexo feminino. As idades dos pacientes variam entre 22 e 89 anos, com uma média de 63.0 e um desvio-padrão de 16.8. Quanto à escolaridade, 17.3% pacientes não têm escolaridade, 50% têm o 1º ciclo, 15.4% têm o 2º ciclo, 9.6% têm o 3º ciclo, 3.8% têm o ensino secundário e 3.8% possui o ensino superior. A maior parte dos pacientes, 63.5% são casados ou vivem em união de facto, 17.3% são solteiros e 19.2% são viúvos. No que concerne ao nível de amputação, 34.6% pacientes têm amputação abaixo do joelho, 30.8% têm amputação na coxa, 19.2% têm acima do joelho, 9.6% têm amputação no pé e 5.8% tem amputação na anca. No que diz respeito às causas da amputação, 71.2% da amostra apresenta amputação devido a causa isquémica, 23.1% devido a causa traumática, 3.8% devido a complicações de outras doenças e 1.9% devido a causa tumoral. 63.5% dos pacientes tiveram dor antes da amputação, enquanto 36.5% dos pacientes não tiveram dor pré-amputação. Quanto ao nível funcional, 50% dos pacientes não apresenta capacidade para marcha, 19.2% realizam marcha com barreira mínimas, 19.2% realizam marcha sem limites na comunidade e 11.5% apresentam apenas marcha em casa. Relativamente ao uso da prótese, 51.9% não usa prótese e 48.1% da amostra usa prótese.

6. Procedimento

A recolha da amostra foi realizada no Hospital de Braga (no Serviço de Reabilitação e Fisioterapia e no Serviço de Cirurgia Vascular) e no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. No Hospital de Braga, a identificação dos pacientes que preenchem os critérios foi realizada pelos médicos

responsáveis dos pacientes amputados. Os pacientes foram contactados por telefone e convidados a participarem no estudo. Posteriormente foi agendado um dia e uma hora para o preenchimento do consentimento informado e administração dos questionários. No Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, os pacientes que preenchiam os critérios foram convidados a participarem no estudo. A participação foi voluntária e o preenchimento dos instrumentos decorreu na própria instituição.

7. Instrumentos

a. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 22 itens, tendo sido desenvolvido para o estudo em questão, para estudar variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade e estado civil), variáveis clínicas (nível de amputação; nível funcional após a amputação; causas de amputação; presença de dor no membro amputado antes da amputação (dor pré-amputação); dor fantasma, dor no coto; presença de outros problemas de saúde e uso da prótese). A dor fantasma e a dor no coto foram incluídas no questionário sociodemográfico, pois os instrumentos encontrados demonstravam ser demasiado exaustivos e avaliam outras dimensões que não são de interesse para o presente estudo.

b. *Índice de Barthel (IB)*, Mahoney & Barthel (1965); Wade & Colin, (1988) (Versão Portuguesa de Sequeira, 2007)

Descrição da Versão Original

Este instrumento avalia o nível de dependência funcional do indivíduo para a realização de dez atividades básicas de vida: alimentar-se, higiene pessoal, uso da casa de banho, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, caminhar, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. As respostas dadas referem-se ao tempo gasto e ao total de ajuda necessário na realização destas tarefas por parte do paciente (Sequeira, 2007).

Cotação

As 10 atividades básicas da vida diária apresentam respostas que variam entre dois a quatro níveis de dependência, onde “0” refere-se à dependência total e “5”, “10” e “15” correspondem a diferentes níveis de independência. A pontuação de cada atividade é numérica e a pontuação final é de 0 a 100 pontos classificando 5 classes possíveis: 90-100 pontos – independente; 60-90 pontos – ligeiramente dependente; 40-55 pontos – moderadamente dependente; 20- 35 Pontos – severamente dependente; <20 pontos – totalmente dependente. Quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, variando de modo inversamente proporcional ao grau de dependência (Sequeira, 2007).

Características Psicométricas da Versão Original

No estudo de Haan, Limburg e Schuling (1993), este instrumento apresentou uma excelente consistência interna (alfa de *Cronbach* = 0,96). No que concerne à validade, a análise fatorial extraiu um fator que explica 81% da variância total.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

O estudo de Sequeira (2007), realizado com idosos, constatou que este instrumento apresenta uma consistência interna elevada ($\alpha=.89$), extraíndo 3 fatores: mobilidade (inclui os itens da alimentação, vestir, uso da casa de banho, subir e descer escadas, deambulação e deslocação da cama para a cadeira), higiene (inclui os itens do banho e higiene corporal) e controlo dos esfíncteres (inclui o controlo intestinal e vesical). O primeiro fator, intitulado mobilidade, apresentou uma consistência interna de .96, explicando 52.1% da variância total. O fator designado por higiene apresentou uma consistência interna de .84 e explicou 12.4% da variância total. Por último, o terceiro fator, intitulado de controlo de esfíncteres, apresentou uma consistência interna de .87, explicando 10.7% da variância total. Já no estudo de Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) foram extraídas duas componentes, sendo que a primeira componente (itens referentes à mobilidade/autocuidados) explicou 77,60% da variância e a segunda (itens referentes à eliminação) explicou 6,88% da variância. Relativamente à fidelidade neste estudo, o coeficiente de consistência interna do instrumento total foi de .96. A dimensão da mobilidade e autocuidados apresentou um alfa de .97 e a dimensão relativa à eliminação apresentou um alfa de .81.

Características Psicométricas no Presente Estudo

Para se efetuar a validade do instrumento recorreu-se à análise fatorial de componentes principais, seguida de rotação varimax, pois a validação portuguesa apenas inclui idosos. A análise fatorial a três fatores explicou 75,215% da variância total. Uma vez que a organização dos itens nos respetivos fatores é diferente da organização de Sequeira (2007), optou-se por testar a versão de Araújo e colaboradores (2007), ou seja, a análise a dois componentes, que explica 62,98% da variância total, onde a componente 1 (mobilidade/autocuidados) explica 44,24% da variância e a componente 2 (eliminação) explica 18,74% da variância total. Na presente amostra, os itens saturam de acordo com a versão destes autores. Assim, na componente mobilidade/autocuidados saturam os seguintes itens: 1,2,3,4,7,8,9,10 e na componente eliminação os itens 5 e 6. A fidelidade do instrumento foi calculada para os dois fatores. O coeficiente de fidelidade para o Índice de Barthel – Total é de .84, indicando uma elevada consistência interna dos itens. A componente Mobilidade/Autocuidados apresenta um coeficiente de fidelidade de .87 e a componente Eliminação apresenta um alfa de .74.

c. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, de Zigmond & Snaith (1983) (versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia, & Silva, 1999)

Descrição da Versão Original

O HADS foi construído com o objetivo de analisar de forma curta a ansiedade e depressão em doentes com patologias físicas e em tratamento ambulatorio, bem como populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997). O HADS é constituído por 14 itens e possui duas subescalas que avaliam a morbilidade psicológica: “Escala Depressão” (2,4,6,8,10,12,14) e a “Escala Ansiedade” (1,3,5,7,9,11). Os itens da subescala ansiedade refletem um estado de ansiedade generalizado e os itens da subescala depressão encontram-se associados a um estado de anedonia (Snaith, 2003).

Cotação

A forma de resposta deste instrumento varia de 0 (Baixo) a 3 pontos (Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. O indivíduo deve assinalar a opção que melhor se ajusta à sua situação nos últimos 7 dias. Os resultados finais são obtidos através do somatório dos itens de cada escala e variam de 0-21 pontos. Valores mais elevados indicam mais depressão e ansiedade, ou seja, mais morbidade psicológica. É de referir, que o valor 8 é o ponto de corte, sendo que valores inferiores são considerados como ausência de depressão e ansiedade (Snaith, 2003).

Características Psicométricas da Versão Original

O estudo de Mooney e colaboradores (1991), realizado com 586 pacientes com cancro, extraiu 2 fatores que explicavam 53% da variância. Relativamente à fidelidade, o alfa encontrado foi de .93 para a ansiedade e de .90 para a depressão. No estudo de Roberts, Bonnici, Mackinnon e Worcester (2001), o valor do coeficiente de consistência interna foi de .89 para a escala total (14 itens), demonstrando uma elevada consistência interna.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999). Um estudo levado a cabo por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007), com uma amostra portuguesa com diferentes doenças, obteve um alfa de .76 na subescala ansiedade e de .81 na subescala depressão. No que concerne à validade, foram obtidos dois fatores (ansiedade e depressão) que explicaram 46.63% da variância total.

Características Psicométricas no Presente Estudo

No que concerne à validade, não foi possível efetuar no presente estudo, dado o tamanho da amostra. Relativamente à fidelidade do instrumento, o coeficiente de fidelidade na morbidade psicológica (total) foi de .73, sendo que a subescala ansiedade apresentou um alfa de .69 e a subescala depressão um alfa de .58. Uma vez que a subescala depressão apresenta um alfa inferior a .70, esta subescala não foi usada no presente estudo, tendo sido utilizado o total (morbidade psicológica) nos testes de hipóteses e análises exploratórias.

d. *Revised Impact of Events Scale (IES-R)*, de Weiss & Marmar (1996) (Versão Portuguesa de Pereira & Figueiredo, 2008)

Descrição da Versão Original

Weiss e Marmar (1996) construíram a IES-R com o objetivo de avaliar o stresse pós-traumático referenciado no DSM-IV e é constituída por 22 itens que quantificam a frequência de sintomatologia pós-traumática experienciada pelo indivíduo. Este instrumento apresenta 3 subescalas: “Intrusão” composta por 8 itens (1,2,3,6,9,14,16,20), “Evitamento” composta por 8 itens (5,7,8,11,12,13,17,22) e “Hipervigilância” composta por 6 itens (4,10,15,18,19,21) (Beck *et al.*, 2008).

Cotação

Cada item apresenta 5 opções de escolha (“Nunca”, “Um pouco”, “Moderadamente”, “Muito”, e “Bastante”), sendo que cada item se refere à semana seguinte ao acontecimento traumático. A cotação

é feita numa escala de *Likert* de 5 pontos (1-5) (Beck *et al.*, 2008). A cotação das subescalas é realizada a partir da média da mesma e a cotação final é obtida através do somatório das médias das subescalas. Quanto maior for a cotação final, maior a presença de sintomatologia traumática.

Características Psicométricas da Versão Original

Quanto à validade, na versão original foram extraídos 3 fatores, sendo que o primeiro (Evitamento) explicou 44% da variância, o segundo (Intrusão) explicou 7% da variância e o terceiro componente (Hipervigilância) explicou 5% da variância total (Weiss & Marmar, 1997). Quanto à fidelidade, este mesmo estudo verificou uma boa consistência interna do instrumento, nomeadamente na Intrusão ($\alpha=.94$), Evitamento ($\alpha=.87$) e Hipervigilância ($\alpha=.91$).

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Na versão portuguesa, este instrumento revelou, em doentes oncológicos (Pereira & Figueiredo, 2008), uma boa consistência interna, sendo os alfas os seguintes: .90 para a escala total, .91 na subescala intrusão, .89 na subescala hipervigilância e .71 na subescala evitamento. Relativamente à validade, tal como o estudo original, revelou 3 subescalas, sendo que na hipervigilância explicou 42.975% da variância, na intrusão revelou 11.872% da variância e na subescala evitamento explicou 9.044% da variância, no seu conjunto a escala revelou 63.891% da variância total inicial.

Características Psicométricas no Presente Estudo

No que concerne à validade, não foi possível validar o instrumento no presente estudo, dado a amostra ser insuficiente. Quanto à fidelidade, o alfa total da escala foi de .88, o alfa da subescala intrusão de .86, o alfa da subescala evitamento de .79 e o da hipervigilância de .77, ou seja, o instrumento e as respetivas subescalas revelam boa consistência interna.

e. *Brief COPE Scale*, Carver (1997); (Versão Portuguesa de Ribeiro & Rodrigues, 2003)

Descrição da Versão Original

O Brief COPE tem como objetivo avaliar as estratégias de *coping* disposicional utilizadas, isto é, pretende que a pessoa descreva como se sente e reage perante acontecimentos stressantes (Carver *et al.*, 1989). Este instrumento é constituído por 28 itens e as suas subescalas são: *Coping* ativo (2,7) – iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o stressor; Planear (14,25) – Pensar sobre o modo de se confrontar com o stressor, planear os esforços de *coping* ativos; Utilização de Suporte Instrumental (10,23) – Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer; Utilização de Suporte Social Emocional (5,15) – Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém; Religião (22,27) – Aumento de participação em atividades religiosas, Reinterpretação Positiva (12,17) – Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável, Autoculpabilização (13,26) – Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu; Aceitação (20,24) – Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real; Expressão de Sentimentos (9,21) – Aumento da consciência do stresse emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos; Negação (3,8) – Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento

stresseante; Autodistração (1,19) – Desinvestimento mental do objetivo com que o stressor está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou autodistração; Desinvestimento Comportamental (6,16) – Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o stressor está a interferir; Uso de Substâncias (4,11) – Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do stressor; Humor (18,28) – Fazer piadas acerca do stressor. Antes de proceder ao preenchimento dos itens, é dito às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com determinado problema (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Cotação

É constituída por 28 itens e a resposta dada é numa escala de *Likert* de 4 pontos (de 0”” a “3”), que variam entre “Nunca faço isto” e “Faço sempre isto”. O resultado final é interpretado ao nível dos resultados em cada subescala, não existindo um resultado global (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Características Psicométricas da Versão Original

Relativamente à consistência interna, o estudo de Carver (1997) obteve os seguintes alfas nas diferentes subescalas: *Coping* ativo ($\alpha=.65$); Planear ($\alpha=.70$); Utilizar suporte instrumental ($\alpha=.81$); Utilizar suporte social emocional ($\alpha=.79$); Religião ($\alpha=.80$); Reinterpretação positiva ($\alpha=.74$); Autoculpabilização ($\alpha=.62$); Aceitação ($\alpha=.55$); Expressão de sentimentos ($\alpha=.84$), Negação ($\alpha=.72$); Autodistração ($\alpha=.67$); Desinvestimento comportamental ($\alpha=.78$); Uso de substâncias ($\alpha=.81$) e Humor ($\alpha=.83$), explicando 72.4% na variância.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

No estudo de Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), a análise de componentes principais seguida de uma rotação oblíqua, extraiu 9 fatores, que explicaram 67.47% da variância total. O primeiro fator agrupou as subescalas “Utilizar Suporte Instrumental” e “Utilizar Suporte Social Emocional”, o segundo incluía o “*Coping* ativo”, “Planear” e “Desinvestimento Comportamental”, o terceiro fator agrupou a “Negação” e a “Autoculpabilização” e as restantes subescalas foram extraídas cada uma como um fator (“Religião”, “Uso de Substâncias”, “Aceitação”, “Autodistração” e “Expressão de Sentimentos”). Relativamente à consistência interna, este estudo obteve os seguintes alfas nas diferentes subescalas: *Coping* ativo ($\alpha=.65$); Planear ($\alpha=.70$); Utilizar suporte instrumental ($\alpha=.81$); Utilizar suporte social emocional ($\alpha=.79$); Religião ($\alpha=.80$); Reinterpretação positiva ($\alpha=.74$); Autoculpabilização ($\alpha=.62$); Aceitação ($\alpha=.55$); Expressão de sentimentos ($\alpha=.84$), Negação ($\alpha=.72$); Autodistração ($\alpha=.67$); Desinvestimento comportamental ($\alpha=.78$); Uso de substâncias ($\alpha=.81$) e Humor ($\alpha=.83$).

Características Psicométricas no Presente Estudo

No presente estudo não foi possível analisar a validade, pois a dimensão da amostra não foi suficiente. No que concerne à fidelidade do instrumento, os coeficientes de consistência interna para cada subescala do instrumento são os seguintes: *Coping* ativo ($\alpha=.77$); Planear ($\alpha=.63$); Utilizar suporte instrumental ($\alpha=.65$); Utilizar suporte social emocional ($\alpha=.21$); Religião ($\alpha=.81$); Reinterpretação positiva ($\alpha=.90$); Autoculpabilização ($\alpha=-.13$); Aceitação ($\alpha=.97$); Expressão de

sentimentos ($\alpha=.88$), Negação ($\alpha=.70$); Autodistração ($\alpha=.86$); Desinvestimento comportamental ($\alpha=.80$); Uso de substâncias ($\alpha=.80$) e Humor ($\alpha=.77$). As subescalas “Utilizar suporte emocional” e “Autoculpabilização” não foram utilizadas nos testes de hipóteses, pois apresentam um coeficiente de consistência interna baixo. Já as subescalas “Planear” e “Utilizar suporte instrumental” foram incluídas, pois os seus alfas são superiores a .60 e cada subescala é constituída por apenas dois itens (Nunnally, 1978).

**f. *Satisfaction With Life Scale (SWLS)*, Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985),
(Versão Portuguesa de Neto, Barros & Barros, 1990)**

Descrição da Versão Original

Esta escala constitui uma medida subjetiva acerca da satisfação com a vida e por isso, avalia o juízo crítico que cada indivíduo faz acerca da sua qualidade de vida, através de critérios próprios (Diener *et al.*, 1985). A SWLS é constituída por 5 itens.

Cotação

Os itens da SWLS são cotados numa escala de *Likert* de 5 pontos que varia entre “Discordo Muito” e “Concordo Muito”. A pontuação total varia entre 5 (baixa satisfação) e 25 (grande satisfação), sendo que quanto maior o resultado maior a satisfação com a vida (Diener *et al.*, 1985).

Características Psicométricas da Versão Original

No estudo de Diener e colaboradores (1985) a consistência interna da escala foi de .87, tendo emergido apenas um fator que explicou 66% da variância.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

A SWLS foi validada por Neto, Barros e Barros (1990), obtendo na consistência interna um alfa de .78 e extraíndo um fator que explicou 53.1% da variância.

Características Psicométricas no Presente Estudo

No que concerne à validade, a análise dos componentes principais, seguida de rotação Varimax, extraiu um fator que explica 54.9% da variância. Quanto à fidelidade, o instrumento revela uma boa consistência interna ($\alpha=.79$).

8. Análise de Dados

Para testar a 1ª hipótese, de forma a avaliar as relações entre as diferentes variáveis psicológicas, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson nas variáveis onde os pressupostos para a utilização de testes paramétricos estavam cumpridos e o Coeficiente de Correlação de Spearman nas variáveis que não cumpriam os pressupostos para a utilização de testes paramétricos. Na 2ª hipótese, com o objetivo de avaliar as diferenças entre as variáveis psicológicas em função do nível de amputação, nível funcional após a amputação, causas de amputação, dor fantasma e dor no coto e uso da prótese, utilizou-se testes Mann-Whitney, uma vez que não estavam cumpridos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos.

Nas análises exploratórias foram utilizados testes de diferenças nas variáveis nominais e categóricas e testes de correlação nas variáveis intervalares. Foram utilizados testes Mann-Whitney para avaliar as diferenças entre os grupos e os Coeficientes de Correlação de Pearson e Spearman para avaliar as relações entre as diferentes variáveis. Foi, ainda, utilizado o Coeficiente de Correlação bi-serial para correlacionar a idade e o tempo decorrido desde a amputação com o uso da prótese.

III. Resultados

1. Testes de Hipóteses

Hipótese 1

- 1) Espera-se encontrar:
 - a) A satisfação com a vida esteja positivamente associada com menor dependência funcional e com o uso do *coping* ativo, reinterpretação positiva e aceitação e negativamente associada com o *coping* de negação.
 - b) A morbidade psicológica esteja positivamente associada com maior dependência funcional e *coping* de negação e de desinvestimento comportamental e negativamente associada com a satisfação com a vida.

Os resultados encontrados demonstram uma associação positiva estatisticamente significativa entre a satisfação com a vida e a utilização das seguintes estratégias de *coping*: aceitação ($\rho=.322$, $p<.05$) e o *coping* ativo ($\rho=.337$, $p<.05$), sendo que os pacientes que aceitam melhor a amputação e utilizam mais o *coping* ativo apresentam maior satisfação com a vida. Encontrou-se uma relação positiva marginalmente significativa entre a satisfação com a vida e reinterpretação positiva ($\rho=.233$, $p<.10$), sendo que os pacientes que utilizam a reinterpretação tendem a apresentar mais satisfação com a vida. Verificou-se uma associação negativa marginalmente significativa entre a satisfação com a vida e a negação ($\rho= -.249$, $p<.10$) e morbidade psicológica ($r= -.272$, $p<.10$), isto é, os pacientes com mais satisfação com a vida apresentam menor uso da negação e morbidade psicológica. Encontrou-se, ainda, uma associação positiva marginalmente significativa entre a satisfação com a vida e dependência funcional ($\rho=.248$, $p<.10$), ou seja, pacientes com mais satisfação com a vida apresentam menor dependência. Não foram encontradas relações significativas entre as restantes variáveis.

Assim, a alínea a) da hipótese 1 foi confirmada e a alínea b) foi parcialmente confirmada, pois apenas se verificou uma associação entre a morbidade psicológica e a satisfação com a vida.

Tabela 1

Correlações de Spearman/Pearson entre a Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Satisfação com a Vida e Coping.

| <i>Medidas</i> | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>6</i> | <i>7</i> | <i>8</i> | <i>9</i> | <i>10</i> | <i>11</i> |
|----------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|----------|----------|----------|--------------|----------|--------------------------|--------------|
| 1. | — | -.157 | .248⁺ | .458*** | -.086 | .253 | .509*** | .521*** | -.220 | -.185 | .534*** |
| 2. | -.157 | — | -.272⁺ | -.187 | -.002 | .002 | -.049 | -.333* | -.061 | .122 | -.117 |
| 3. | .248⁺ | -.272⁺ | — | .233⁺ | .054 | .132 | .264 | .337* | -.092 | -.249⁺ | .322* |
| 4. | .458*** | -.187 | .233⁺ | — | .164 | .326 | .681*** | .615*** | -.126 | -.135 | .654*** |
| 5. | -.086 | -.002 | .054 | .164 | — | -.038 | .165 | .195 | .060 | .072 | .192 |
| 6. | .253 | .002 | .132 | .326* | -.038 | — | .407** | .501*** | .181 | .252 | .325* |
| 7. | .509*** | -.049 | .264 | .681*** | .165 | .407** | — | .740*** | -.098 | -.089 | .753*** |
| 8. | .521*** | -.333* | .337* | .615*** | .195 | .501*** | .740*** | — | -.047 | .011 | .696*** |
| 9. | -.220 | -.061 | -.092 | -.126 | .060 | .181 | -.098 | -.047 | — | .337* | -.090 |
| 10. | -.185 | .122 | -.249⁺ | -.135 | .072 | .252 | -.089 | .011 | .337* | — | -.175 |
| 11. | .534*** | -.084 | .322* | .654*** | .192 | .325* | .753*** | .696*** | -.090 | -.175 | — |

***p<.001 **p<.01 *p<.05 +p<.10

1. Dependência funcional; 2. Morbilidade psicológica; 3. Satisfação com a vida; 4. Reinterpretação positiva; 5. Religião; 6. Suporte instrumental; 7. Planear; 8. *Coping* ativo; 9. Desinvestimento comportamental; 10. Negação; 11. Aceitação.

Hipótese 2: Esperam diferenças ao nível da dependência funcional, *coping*, morbidade psicológica, sintomatologia traumática e satisfação com a vida em função de:

a. Nível de Amputação

Os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com amputação abaixo do joelho e os com amputação acima do joelho ao nível da satisfação com a vida (U=173.000, p<.01), sendo que os pacientes com amputação abaixo do joelho apresentam maior satisfação com a vida. Verificou-se, ainda, diferenças marginalmente significativas entre os níveis de amputação e a morbidade psicológica (U=232.000, p<.10), onde os pacientes com amputação acima do joelho tendem a apresentar maior morbidade psicológica que os restantes pacientes.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis.

Tabela 2

Resultados do Teste Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbidade Psicológica, Sintomatologia traumática, Coping e Satisfação com a Vida em função do Nível de Amputação.

| | Acima do joelho (n=23) Ordem média | Abaixo do joelho (n=29) Ordem média | U |
|--------------------------------------|--|---|----------------------------|
| Dependência F. | 25.07 | 28.30 | 292.000 |
| IB – Mobilidade/ Autocuidados | 24.71 | 28.76 | 281.500 |
| IB – Eliminação | 26.95 | 25.93 | 320.500 |
| Morbidade Psicológica | 30.00 | 22.09 | 232.000⁺ |
| Sintomatologia Traumática | 27.76 | 24.91 | 297,000 |
| Coping | | | |
| Reinterpretação positiva | 27.31 | 25.48 | 310.000 |
| Religião | 26.53 | 26.46 | 332.500 |
| Autodistração | 25.50 | 27.76 | 304.500 |
| Aceitação | 26.76 | 26.17 | 326.000 |
| Expressão sentimentos | 26.22 | 26.85 | 325.500 |
| Negação | 28.21 | 24.35 | 284.000 |
| Desinvestimento comportamental | 25.74 | 27.46 | 311.500 |
| Uso de substâncias | 26.41 | 26.61 | 331.000 |
| Humor | 26.09 | 27.02 | 321.500 |
| Coping ativo | 25.93 | 27.22 | 317.000 |
| Planear | 26.24 | 26.83 | 326.000 |
| Suporte instrumental | 26.50 | 26.50 | 333.500 |
| Satisfação com a Vida | 20.97 | 33.48 | 173.000** |

**p<.01 ⁺p<.10

b. Nível Funcional Após a Amputação

Encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de funcionalidade dos pacientes ao nível da dependência funcional ($\chi^2(2)=27.763$, p<.001), mobilidade/autocuidados ($\chi^2(2)=32.323$, p<.001) e aceitação ($\chi^2(2)=11.550$, p<.01). Testes com correção Bonferroni (.05/3=.017) revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os

pacientes com capacidade para marcha em casa/barreiras mínimas e os pacientes sem capacidade para marcha ao nível da dependência funcional (U=53.000, p=.000), mobilidade/autocuidados (U=28.500, p=.000) e aceitação (U=118.000, p=.010), sendo que os pacientes com capacidade para marcha evidenciam menor dependência funcional nas suas atividades diárias, mais mobilidade/autocuidados e uso da aceitação como estratégia de *coping*. Verificou-se, ainda, diferenças entre os pacientes com marcha sem limites na comunidade e que praticam atividades de alto impacto e os pacientes sem capacidade para marcha ao nível da dependência funcional (U=10.000, p=.000), mobilidade/autocuidados (U=7.500, p=.000) e aceitação (U=55.500, p=.007), sendo que os pacientes com marcha sem limites/atividades de alto impacto apresentam menor dependência funcional e mais mobilidade/autocuidados e uso da aceitação em comparação com os sem capacidade para marcha.

Não foram verificadas diferenças significativas ao nível das outras variáveis.

Tabela 3

Resultados do Teste Kruskal-Wallis ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia traumática, Coping e Satisfação com a Vida em função do Nível Funcional Pós-Amputação.

| | Sem capacidade para marcha (n=26) Ordem média | Marcha em casa/barreiras mínimas (n=16) Ordem média | Marcha sem limites/atividades de alto impacto (n=10) Ordem média | $\chi^2(2)$ |
|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| Dependência F. | 14.88 | 35.25 | 42.70 | 27.763*** |
| IB – Mobilidade/ Autocuidados | 27.17 | 26.25 | 25.15 | 32.323*** |
| IB – Eliminação | 27.50 | 23.38 | 28.90 | 1.723 |
| Morbilidade Psicológica | 15.92 | 33.56 | 42.70 | .136 |
| Sintomatologia Traumática | 22.87 | 27.56 | 34.25 | 4.190 |
| Coping | | | | |
| Reinterpretação positiva | 22.71 | 28.50 | 33.15 | 4.278 |
| Religião | 30.08 | 23.34 | 22.25 | 3.257 |
| Autodistração | 23.71 | 29.31 | 29.25 | 2.313 |
| Aceitação | 20.17 | 31.44 | 35.05 | 11.550** |
| Expressão sentimentos | 24.00 | 30.88 | 26.00 | 2.259 |
| Negação | 28.87 | 22.41 | 26.90 | 3.550 |
| Desinvestimento comportamental | 27.00 | 26.34 | 25.45 | .222 |
| Uso de substâncias | 26.52 | 25.50 | 28.05 | 1.570 |
| Humor | 23.17 | 31.53 | 27.10 | 4.233 |
| <i>Coping</i> ativo | 22.17 | 30.03 | 32.10 | 4.796 |
| Planear | 21.69 | 30.16 | 33.15 | 5.851 |
| Suporte instrumental | 24.88 | 28.03 | 28.25 | 1.684 |
| Satisfação com a Vida | 26.62 | 27.66 | 24.35 | .299 |

***p<.001 **p<.01

c. Causas da Amputação

Dado existir apenas 2 pacientes com amputação devido a complicações de outras doenças e 1 paciente com amputação devido a causa tumoral só foi possível avaliar o impacto da causa traumática e isquêmica. Assim, esta hipótese é testada com apenas 49 pacientes. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com amputação isquêmica e os pacientes com amputação traumática ao nível da dependência funcional ($U=105.000$, $p<.01$), mobilidade/autocuidados ($U=102,000$, $p<.01$) e o uso de autodistração ($U=124,000$, $p<.01$). Os pacientes com amputação traumática apresentam menos dependência funcional, mais mobilidade/autocuidados e mais uso da estratégia de *coping* autodistração em comparação com os pacientes com causa isquêmica.

Não se verificaram diferenças significativas ao nível das restantes variáveis.

Tabela 4

Resultados do Teste Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia traumática, Coping e Satisfação com a Vida em função da Causa de Amputação.

| | Causa Isquémica (n= 37) Ordem média | Causa Traumática (n=12) Ordem média | U |
|--------------------------------------|---|---|------------------|
| Dependência F. | 21.84 | 34.75 | 105.000** |
| IB – Mobilidade/ Autocuidados | 21.76 | 35.00 | 102.000** |
| IB – Eliminação | 24.97 | 25.08 | 221.000 |
| Morbilidade Psicológica | 24.91 | 25.29 | 218.500 |
| Sintomatologia Traumática | | | |
| Coping | | | |
| Reinterpretação positiva | 24.20 | 27.46 | 192.500 |
| Religião | 25.92 | 22.17 | 188.000 |
| Autodistração | 22.35 | 33.17 | 124.000** |
| Aceitação | 24.49 | 26.58 | 203.000 |
| Expressão sentimentos | 24.49 | 26.58 | 194.500 |
| Negação | 25.43 | 23.67 | 206.000 |
| Desinvestimento comportamental | 25.34 | 23.96 | 209.500 |
| Uso de substâncias | 25.16 | 24.50 | 216.000 |
| Humor | 23.49 | 29.67 | 166.000 |
| <i>Coping</i> ativo | 24.57 | 26.33 | 206.000 |
| Planear | 24.38 | 26.92 | 199.000 |
| Suporte instrumental | 24.45 | 26.71 | 201.500 |
| Satisfação com a Vida | 26.00 | 21.92 | 185.000 |

** $p<.01$

d. Dor Fantasma/Dor no Coto

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com e sem dor no coto ao nível do uso da autodistração ($U= 235.000$, $p<.05$), sendo que os pacientes com dor no coto usam mais a autodistração como estratégia de *coping* do que os pacientes sem dor no coto.

Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com e sem dor fantasma ao nível do uso de substâncias ($U=272.000$, $p\leq.05$), sendo que os pacientes com dor fantasma usam mais substâncias como estratégia de *coping* do que os pacientes sem dor fantasma.

Não foram encontradas diferenças significativas ao nível nas outras variáveis.

Tabela 5

Resultados dos Testes Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia traumática, Coping e Satisfação com a Vida em função da Dor fantasma e Dor no coto.

| | Dor fantasma | | U | Dor no coto | | U |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| | Não (n=18) Ordem média | Sim (n=34) Ordem média | | Não (n=25) Ordem média | Sim (n=27) Ordem média | |
| Dependência F. | 23.08 | 28.31 | 244.500 | 23.28 | 29.48 | 257.000 |
| IB – Mobilidade/ Autocuidados | 24.22 | 27.71 | 265.000 | 23.18 | 29.57 | 254.500 |
| IB – Eliminação | 24.11 | 27.76 | 263.000 | 26.82 | 26.20 | 329.500 |
| Morbilidade Psicológica | 25.64 | 26.96 | 290.500 | 25.74 | 27.20 | 318.500 |
| Sintomatologia Traumática | 23.61 | 28.03 | 254.000 | 23.52 | 29.26 | 263.000 |
| Coping | | | | | | |
| Reinterpretação positiva | 27.88 | 23.89 | 259.000 | 25.44 | 27.48 | 311.000 |
| Religião | 30.69 | 24.28 | 230.500 | 27.98 | 25.13 | 300.500 |
| Autodistração | 27.14 | 26.16 | 294.500 | 22.40 | 36.30 | 235.000* |
| Aceitação | 26.44 | 26.61 | 304.000 | 25.58 | 27.35 | 314.500 |
| Expressão sentimentos | 29.17 | 25.09 | 258.000 | 26.30 | 26.69 | 332.500 |
| Negação | 27.32 | 24.94 | 278.000 | 25.96 | 27.00 | 324.000 |
| Desinvestimento comportamental | 27.50 | 25.97 | 288.000 | 26.06 | 26.99 | 326.500 |
| Uso de substâncias | 25.50 | 28.39 | 272.000* | 26.56 | 26.44 | 336.000 |
| Humor | 27.37 | 24.86 | 276.500 | 24.20 | 28.63 | 280.000 |
| <i>Coping</i> ativo | 25.89 | 26.82 | 295.000 | 24.02 | 28.80 | 275.500 |
| Planear | 25.72 | 27.97 | 279.500 | 24.50 | 28.35 | 287.500 |
| Suporte instrumental | 27.47 | 25.99 | 288.500 | 24.16 | 28.67 | 279.000 |
| Satisfação com a Vida | 29.22 | 25.06 | 257.000 | 25.46 | 27.46 | 311.500 |

* $p\leq.05$

e. Uso de Prótese

Os resultados revelam que existem diferenças significativas entre os pacientes que usam e não usam a prótese ao nível da dependência funcional ($U= 85.000$, $p<.001$). Assim, os pacientes que usam a prótese são os que apresentam menos dependência funcional na realização das atividades diárias. Obteve-se diferenças estatisticamente significativas entre pacientes amputados com e sem prótese ao nível da mobilidade/autocuidados ($U=58.000$, $p<.001$). Assim, os pacientes que usam a prótese apresentam menos dependência funcional ao nível da mobilidade/autocuidados em comparação com os pacientes que não usam prótese. Ao nível do *coping*, também se constatou

diferenças significativas em função do uso da prótese, nomeadamente no uso da aceitação (U=216.000, p<.05), do humor (U=242.000, p<.05), do *coping* ativo (U=232.000, p<.05) e do planear (U=219.000, p<.05), sendo que os pacientes que usam prótese fazem mais uso deste tipo de estratégias .

Não foram encontradas diferenças ao nível das restantes variáveis.

Tabela 6

Resultados dos Testes Mann-Whitney ao nível da Dependência Funcional, Morbilidade Psicológica, Sintomatologia traumática, Coping e Satisfação com a Vida em função do Uso da Prótese.

| | Não usa prótese (n=27) Ordem média | Usa prótese (n=25) Ordem média | U |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|------------------|
| Dependência F. | 17.15 | 36.60 | 85.000*** |
| IB – Mobilidade/ Autocuidados | 16.15 | 37.68 | 58.000*** |
| IB – Eliminação | 27.72 | 25.18 | 304.500 |
| Morbilidade Psicológica | 27.37 | 25.56 | 314.000 |
| Sintomatologia Traumática | 23.31 | 29.94 | 251.500 |
| Coping | | | |
| Reinterpretação positiva | 23.17 | 30.10 | 247.500 |
| Religião | 29.37 | 23.40 | 260.000 |
| Autodistração | 23.44 | 29.80 | 255.000 |
| Aceitação | 22.00 | 31.36 | 216.000* |
| Expressão sentimentos | 23,54 | 29.70 | 257.500 |
| Negação | 28.57 | 24.26 | 281.500 |
| Desinvestimento comportamental | 26.85 | 26.12 | 328.000 |
| Uso de substâncias | 26.48 | 26.52 | 337.000 |
| Humor | 22.96 | 30.32 | 242.000* |
| <i>Coping</i> ativo | 22.59 | 30.72 | 232.000* |
| Planear | 22.11 | 31.24 | 219.000* |
| Suporte instrumental | 24.81 | 28.32 | 292.000 |
| Satisfação com a Vida | 28.35 | 24.50 | 287.000 |

***p<.001 *p<.05

2. Análises Exploratórias

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função do Sexo.

Os resultados demonstram existir diferenças significativas entre os pacientes do sexo masculino e feminino ao nível da utilização do *coping* : religião (U=134.000, p<.05) e negação (U=126.000, p<.01). Assim, o sexo feminino usa mais estes tipos de *coping* em comparação com o sexo masculino. Verificam-se, ainda, diferenças significativas entre o sexo feminino e o sexo masculino ao nível da funcionalidade após a amputação (U=140.500, p<.05), sendo que o sexo masculino apresenta mais capacidade para marcha em comparação com o sexo feminino.

Não foram verificadas diferenças significativas entre os dois grupos ao nível das outras variáveis.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Variáveis Clínicas em Função do Estado Civil.

Para esta análise, dividiu-se a amostra em 2 grupos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes casados (n=33) e os pacientes não casados (n=19) ao nível do *coping*, nomeadamente ao nível da utilização do suporte instrumental (U=247.000, p<.05) e ao nível do uso da expressão de sentimentos (U=208.500, p<.05), sendo que os pacientes não casados utilizam mais suporte instrumental e os pacientes amputados casados apresentam maior uso da expressão de sentimentos em comparação com o outro grupo.

Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos ao nível das outras variáveis.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função da Escolaridade.

Para esta análise, a amostra foi dividida em 3 grupos, pois o número de pacientes amputados nos 6 grupos era insuficiente para proceder-se à análise de comparação entre os grupos. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes níveis de escolaridade ao nível da dependência funcional ($\chi^2(2)=12.207$, p<.01), da aceitação ($\chi^2(2)=6.125$, p<.05) e da utilização do planejar ($\chi^2(2)=6.171$, p<.05). Testes com correção Bonferroni (.05/3=.017) revelaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da dependência funcional (U=15.000, p=.002) entre os pacientes com outros níveis de escolaridade (n=15) e os pacientes sem escolaridade (n=9), sendo que os primeiros apresentam menor dependência funcional em comparação com os sem escolaridade. Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível da dependência funcional (U=94.000, p=.006) entre os pacientes com 1º ciclo (n=26) e os pacientes com outros níveis de escolaridade, onde os primeiros apresentam maior dependência funcional em comparação com os pacientes com outros níveis de escolaridade.

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos ao nível das outras variáveis.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função da Presença de Outros Problemas de Saúde.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com e sem outros problemas de saúde ao nível do uso do humor como estratégia de *coping* (U=175.000, p<.05), sendo que os pacientes sem outros problemas de saúde utilizam mais esta estratégia em comparação com os pacientes com outros problemas de saúde. Observam-se, ainda, diferenças marginalmente significativas ao nível da dependência funcional (U=162.000, p<.10), sendo que os pacientes amputados sem outros problemas de saúde apresentam menor dependência total em comparação com os que têm problemas de saúde.

Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos ao nível das outras variáveis.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função da Dor Pré-amputação.

Verificam-se diferenças entre os pacientes com dor e sem dor no membro antes da amputação ao nível da dor no coto (U=145.500, p<.001) e no *coping*, ao nível do uso do desinvestimento

comportamental ($U=250.000$, $p<.01$), sendo que os pacientes com dor pré-amputação apresentam mais dor no coto e uso do desinvestimento comportamental em comparação com os pacientes sem dor no membro antes da amputação.

Não foram verificadas diferenças significativas ao nível das outras variáveis.

Relação entre a Idade e as Variáveis Psicológicas e Clínicas.

Os presentes resultados demonstram uma relação negativa estatisticamente significativa entre a idade e o sintomatologia traumática ($\rho = -.344$, $p<.05$), a dependência funcional ($\rho = -.513$, $p<.001$), mobilidade/autocuidados ($\rho = -.520$, $p<.001$), dor no coto ($\rho = -.287$, $p<.01$), dor fantasma ($\rho = -.338$, $p<.05$), o uso da reinterpretação positiva ($\rho = -.350$, $p<.05$), aceitação ($\rho = -.344$, $p<.05$), planear ($\rho = -.354$, $p<.01$), suporte instrumental ($\rho = -.300$, $p<.05$) e humor ($\rho = -.389$, $p<.01$), em termos de coping. Assim, quanto maior é a idade maior é a dependência funcional e menor é a mobilidade/autocuidados, o sintomatologia traumática, a dor no coto, a dor fantasma e o uso das seguintes estratégias de *coping* face à amputação: suporte instrumental, reinterpretação positiva, aceitação, humor e planear. Constatou-se, ainda, uma associação positiva estatisticamente significativa entre a idade e uso da prótese ($rpb = -.334$, $p<.05$), sendo que quanto maior é a idade dos pacientes menor é o uso da prótese. Constatou-se, ainda, uma associação estatisticamente negativa ($rpb = -.633$, $p<.001$), em que os pacientes com maior idade apresentam amputação isquêmica e os pacientes com amputação traumática apresentam menor idade. Por último, verificou-se uma relação positiva estatisticamente positiva entre a idade e a dor pré-amputação ($\rho = .374$, $p<.01$), ou seja, quanto maior é a idade dos pacientes maior é a presença de dor pré-amputação.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas ao nível das restantes variáveis.

Relação entre o Tempo Decorrido desde a Amputação e as Variáveis Psicológicas e Clínicas.

Verificou-se uma associação positiva estatisticamente significativa entre o tempo decorrido desde a amputação e a dependência funcional ($\rho = .550$, $p<.001$), mobilidade/autocuidados ($\rho = .621$, $p<.001$) e no uso da aceitação ($\rho = .331$, $p<.05$), *coping* ativo ($\rho = .358$, $p<.01$) e planear ($\rho = .394$, $p<.01$) em termos de *coping*, isto é, os pacientes com amputação no membro inferior há mais tempo apresentam menor dependência, mais mobilidade/autocuidados e uso das seguintes estratégias de *coping*: aceitação, *coping* ativo e planear.

Não se verificaram relações significativas nas outras variáveis.

IV. Discussão dos Resultados

1. Testes de hipóteses

Hipótese 1

Os dados do presente estudo indicam que os pacientes amputados que utilizam estratégias de *coping* de aceitação, de *coping* ativo, reinterpretação positiva apresentam mais satisfação com a vida. Estes resultados estão de acordo com Desmond e MacLachlan (2006), que afirmam que a utilização

de estratégias de *coping* ativas/orientadas para a tarefa conduzem a um ajustamento psicossocial positivo. Quanto ao uso da reinterpretação positiva da amputação, no estudo de Gallegher e MacLachlan (2000), esta estratégia encontrava-se associada a avaliações de saúde mais favoráveis, baixos níveis de restrição nas atividades e maior ajustamento à sua situação. De facto, a literatura demonstra que a adoção de um *coping* ativo e com pensamentos positivos resultam em maiores níveis de funcionamento e bem-estar psicológico (Maes *et al.*, 1996). Também se constatou nos resultados deste estudo que o uso da negação está associado a uma menor satisfação com a vida. Este resultado é confirmado pela literatura que refere que as estratégias de *coping* passivas e com foco na emoção, como a negação e a catastrofização, estão associadas a um pior ajustamento psicossocial e positivamente associadas a sintomas de depressão e ansiedade, hostilidade exteriorizada e à falta de aceitação do problema (Desmond & MacLachlan, 2006; Livneh *et al.*, 1999; Hill *et al.*, 1995).

No presente estudo, os pacientes com menor dependência funcional apresentam maior satisfação com a vida. Os pacientes amputados do membro inferior com mobilidade e capacidade locomotora com a prótese podem apresentar uma melhor adaptação ao seu contexto de vida, bem como obter melhor realização no seus papéis sociais (Zidarov *et al.*, 2009). Também no estudo de Bosmans e colaboradores (2007), os pacientes amputados com realização de atividades ou tendo papéis significativos na sociedade apresentavam maior satisfação com a vida. Contudo, no estudo de Diogo (2003), os pacientes com amputação apresentaram valores elevados na satisfação com a vida, independentemente da sua capacidade física. Ainda assim, no estudo deste autor os indivíduos que eram independentes funcionalmente apresentavam também mais satisfação com a vida. Já a mobilidade diminuída por ser responsável pelo isolamento social em pacientes amputados, tendo um impacto negativo na qualidade de vida global do paciente (Pell, Donnan, Fowkes, & Ruckley, 1993) e podendo, desta forma, afetar negativamente a satisfação com a vida. O facto de o paciente amputado dependente não poder realizar determinadas atividades, de ter perdido determinadas capacidades e de apresentar estatuto de paciente contribui para um menor bem-estar subjetivo (Bosmans *et al.*, 2007).

Os resultados demonstram, ainda, que os pacientes com mais morbidade psicológica apresentam menor satisfação com a vida. Este resultado é corroborado pelo estudo de Stålnacke (2011), com pacientes com dor crónica, que constatou que os indivíduos com mais ansiedade, depressão e sintomatologia traumática apresentavam menor satisfação com a vida. De facto, é pouco provável o indivíduo apresentar depressão e satisfação com a vida ao mesmo tempo. A satisfação com a vida é um dos indicadores subjetivos de como o indivíduo compreende e experiencia a sua vida (Diogo, 2003), pelo que os pacientes com sintomatologia depressiva tendem a apresentar pensamentos negativos e avaliar as suas experiências como mais negativas (Beck, 2009), apresentando assim baixa satisfação com a sua vida.

Hipótese 2

a. Nível de Amputação

Os dados indicam que os pacientes com amputação no membro inferior abaixo do joelho apresentam maior satisfação com a vida. Este resultado é corroborado pelo estudo de Penn-Barwell (2011), que demonstrou que os indivíduos com uma amputação abaixo do joelho apresentam maior qualidade de vida do que os com amputação acima do joelho. Este resultado pode ser explicado pelo facto de os pacientes do estudo com maior satisfação com a vida apresentarem também menor dependência. A literatura refere que o nível de amputação é um indicador de reabilitação (Kelly & Dowling, 2008), sendo que os pacientes amputados abaixo do joelho apresentam melhores resultados na marcha (Perkins, De`Ath, Sharp, & Tai, 2012) e maior a capacidade de mobilidade (Sansam *et al.*, 2009), talvez porque o gasto energético a caminhar seja menor na amputação abaixo do joelho (Gottschalk, 1999). Assim, torna-se claro que os pacientes com amputação abaixo do joelho apresentem maior satisfação com a vida. Este resultado também pode ser explicado pelo facto de os pacientes do estudo com amputação abaixo do joelho apresentarem menos morbidade psicológica que os pacientes amputados acima do joelho. Como foi visto anteriormente, baixa satisfação com a vida encontrou-se associada à presença elevada de ansiedade, depressão e sintomatologia traumática num estudo realizado com pacientes com dor crónica (Stålnacke, 2011).

O estudo de Williams e colaboradores (2011), verificou que as amputações mais proximais (acima do joelho) encontram-se associadas a maiores níveis de depressão. No entanto, este resultado é contraditório a outros estudos, que verificaram que os pacientes com amputação acima do joelho apresentam menor níveis de depressão em relação aos com amputação abaixo do joelho (Hawamdeh *et al.*, 2008; Mozumdar & Roy, 2010). No presente estudo os dados indicam que os pacientes com amputação acima do joelho tendem a apresentar mais morbidade psicológica (ansiedade e depressão) que os pacientes com amputação abaixo do joelho. Este resultado pode ser explicado, pelo facto de os indivíduos com amputações mais proximais (acima do joelho) apresentarem menor uso da prótese (Raichle *et al.*, 2008), menor mobilidade e maior restrição de atividades (Hafner *et al.*, 2007), que se encontram associadas a maiores níveis de depressão (Horgan & MacLachlan, 2004). De facto, na amputação acima do joelho (e.g. transfemural) há a perda do joelho humano, pelo que os pacientes com este tipo de amputação ficam com maior dificuldades de mobilidade, pois a sua força e equilíbrio muscular é afetada (Gottschalk, 1999).

b. Nível Funcional Após a Amputação

Os dados do presente estudo demonstram que os pacientes com capacidade para marcha em casa ou com barreiras mínimas e com capacidade para marcha sem limites na comunidade ou realização de atividades de alto impacto apresentam maior mobilidade/autocuidados e menor dependência nas suas atividades diárias em comparação com pacientes amputados sem capacidade

para marcha. Manter a locomoção após a amputação é um fator determinante na preservação da independência (Klute, Berge, Orendurff, Williams, & Czerniecki, 2006), pelo que o processo de reabilitação na amputação inclui a adaptação à prótese ou a auxiliares de locomoção (canadianas, cadeira de rodas) (Pohjolainen *et al.*, 1990). No entanto, a maior parte dos indivíduos que utilizam a cadeira de rodas encontram obstáculos físicos e interpessoais (Diogo, 1997), acabando por apresentar maior dependência funcional. Assim, este resultado do estudo torna-se intuitivo e vai de encontro à literatura, pois a deambulação permite realizar mais facilmente as atividades diárias, diminuindo a dependência do paciente com amputação.

Os dados do estudo indicam também que os pacientes com capacidade para marcha em casa ou com barreira mínimas e os pacientes com capacidade para marcha sem limites na comunidade ou realização de atividades de alto impacto apresentam maior uso da aceitação como estratégia de *coping*. Este resultado pode ser explicado pelo facto de a restauração da marcha e da independência após a amputação promoverem melhor ajustamento psicossocial e, por sua vez, aceitação da amputação. As estratégias de *coping* ativas (Fusetti *et al.*, 2001; Hatfield, 2002; Desmond & MacLachan, 2006) e uma personalidade otimista (Gallagher & MacLachlan, 2000) influenciam o retomar de atividades em pacientes com amputação. Já a utilização da catastrofização, uma estratégia de *coping* passiva e oposta às referidas em cima, encontra-se associada a uma menor capacidade funcional do paciente com amputação, pois a funcionalidade geralmente requer alguma participação ativa do paciente, por exemplo o paciente tem que participar ativamente (caminhar com a prótese) para a sua mobilidade melhorar (Hill *et al.*, 1995), exigindo estratégias de *coping* ativas. É de referir, ainda, que a perda do membro inferior é um acontecimento não alterável, pelo que a literatura refere que a aceitação pode ser particularmente importante nos casos em que o problema não pode ser facilmente modificado (Carver *et al.*, 1989). As estratégias de *coping* passivas e focadas na emoção, como a negação e o evitamento, encontram-se associadas à falta de aceitação da doença e, por sua vez, a pior ajustamento à amputação (Desmond, 2007; Livneh *et al.*, 1999).

c. Causas de Amputação

Relativamente a esta hipótese, os resultados obtidos demonstram que os pacientes com amputação traumática apresentam menor dependência funcional e maior mobilidade/autocuidados. Este resultado vai de encontro à literatura, pois esta sugere que os pacientes submetidos a amputação de membros inferiores devido a causas isquémica apresentam menor capacidade para realizar caminhadas em comparação com as causas traumáticas (Sansam *et al.*, 2009). Também o estudo de Raichle e colaboradores (2008) constatou que os pacientes com amputação traumática usavam mais a prótese em comparação com outras causas de amputação. Este resultado pode ser explicado pelo facto de no presente estudo a amputação traumática estar associada a pacientes mais jovens. De acordo com a literatura revista, os pacientes amputados mais jovens apresentam menor dependência e maior capacidade funcional (Leeuwen *et al.*, 2012; Trallesi *et al.*, 1998). Também no estudo de

Munin e colaboradores (2001), os pacientes com menos idade apresentavam melhor capacidade de deambulação com a prótese na fase da reabilitação. Já a causa isquémica ocorre mais em pacientes mais velhos, que geralmente apresentam outros problemas de saúde, podendo a reabilitação destes ser comprometida (Larsson, Johannesson, Andersson, & Atroshi, 2009).

Os resultados desta hipótese indicam ainda que os pacientes com amputação traumática apresentam maior uso da autodistração como estratégia de *coping* em comparação com os pacientes com causa isquémica. O uso da autodistração pode ser explicado pelo facto de os pacientes do estudo com amputação traumática apresentarem mais dor fantasma e dor no coto em comparação com pacientes amputados devido a causa isquémica. Este resultado é corroborado por um estudo, realizado com paciente com dor lombar crónica, que constatou que a dor lombar crónica diminuía com a utilização da distração por parte dos pacientes (van der Hulst, Vollenbroek-Hutten, Schreurs, Rietman, & Hermens, 2010).

d. Dor Fantasma e Dor no Coto

No presente estudo verifica-se que os pacientes com dor no coto apresentam maior uso da autodistração em comparação com os pacientes sem dor no coto. Tal como observado no estudo de van der Hulst e colaboradores (2010), este resultado pode ser explicado pelo facto de a autodistração ser utilizada para minimizar a sensibilidade à dor. Os resultados desta análise também indicam que os pacientes com dor fantasma apresentam maior uso de substâncias em comparação com os pacientes sem dor fantasma. Este resultado pode ser explicado pelo facto de no tratamento da dor fantasma serem utilizados fármacos (Casale, 2009; Flor, 2002), ou seja, os pacientes com dor fantasma reportam maior uso da medicação. Também no estudo de Quadros (2010), a maior parte da amostra (63.5%) iniciou medicação para a dor fantasma no período após a amputação. A literatura evidencia também que alguns dos pacientes com dor crónica abusam de substâncias (Morasco & Dobscha, 2008), para provavelmente gerirem melhor a dor (Bell & Salmon, 2009).

e. Uso de Prótese

Relativamente aos resultados desta hipótese, verificou-se que os pacientes com amputação no membro inferior que usam a prótese apresentam menos dependência na realização das atividades diárias, bem como menor dependência ao nível da mobilidade/autocuidados. Para muitos pacientes com amputação, a sua reabilitação envolve a utilização de uma prótese que substitua a extremidade do membro perdida, pois o elemento protético permite restabelecer em grande parte a capacidade funcional perdida com a amputação do membro (Hafner *et al.*, 2007). A independência do sujeito requer a capacidade de deambulação na comunidade (Klute *et al.*, 2006), pelo que os pacientes amputados que usam a prótese apresentam menor dependência. A maior parte dos pacientes amputados que utilizam a cadeira de rodas encontram obstáculos físicos e interpessoais na realização de atividades diárias, acabando por delegar a outros as suas atividades (Diogo, 1997). Assim, estes

resultados são corroborados pelo estudo de Leeuwen e colaboradores (2012), que verificaram que os pacientes que tinham capacidade para marcha apresentavam maior satisfação com a vida. De facto, a capacidade para realizar atividades diárias são indutoras de bem-estar nos pacientes amputados (Bosmans *et al.*, 2007). Este resultado também pode ser explicado pela idade, pois a idade tem sido um dos preditores mais significativos da funcionalidade e dependência do paciente com amputação, sendo que os pacientes com idade inferior a 65 anos têm maior probabilidade de conseguir a autonomia de mobilidade do que pacientes mais velhos (Traballesi *et al.*, 1998), daí que os pacientes com menos idade apresentem maior utilização da prótese.

Os resultados desta hipótese demonstraram, ainda, que os pacientes que usam prótese utilizam mais estratégias de *coping* de aceitação, humor, *coping* ativo e planear. Isto é corroborado por outros estudos, que indicam que as estratégias de *coping* ativas (Fusetti *et al.*, 2001; Hatfield, 2002; Desmond & MacLachan, 2006) e uma personalidade otimista (Gallagher & MacLachlan, 2000) influenciam o retomar de atividades em pacientes com amputação. Já a utilização da catastrofização, uma estratégia de *coping* passiva e oposta às referidas em cima, encontra-se associada a uma menor capacidade funcional do paciente com amputação, pois a funcionalidade geralmente requer alguma participação ativa do paciente, por exemplo o paciente tem que participar ativamente (caminhar com a prótese) para a sua mobilidade melhorar (Hill *et al.*, 1995), exigindo estratégias de *coping* ativas.

2. Análises Exploratórias

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função do Sexo.

No presente estudo, constata-se que o sexo feminino usa mais *coping* de religião e negação em comparação com o sexo masculino. Este resultado não vai de encontro a um estudo com sobreviventes de cancro colo-retal, em que o sexo masculino evidenciou maiores níveis de angústia e de apoio espiritual e religioso em comparação com o sexo feminino (Goldzweig *et al.*, 2009). No entanto, o estudo de Meisenhelder (2003), realizado com pacientes com idades superiores a 65 anos, verificou que as pacientes do sexo feminino rezam mais que os pacientes do sexo masculino. O mesmo parece acontecer neste estudo, pois o sexo feminino também usa mais a negação como estratégia de *coping*, ou seja, encontram conforto na religião face à não aceitação da amputação. A negação da amputação por parte das mulheres pode dever-se à dificuldade de aceitação por causa da sua imagem corporal. De facto, um estudo, com uma amostra de sobreviventes de queimaduras graves, demonstrou que o sexo feminino apresenta maior insatisfação com a imagem corporal em comparação com o sexo masculino (Thombs *et al.*, 2008).

Os resultados indicam, ainda, que o sexo masculino apresenta maior capacidade para marcha em comparação com o sexo feminino. Este resultado é contraditório ao referenciado por Sansam e colaboradores (2009), que afirmam que o sexo é pouco significativo na influência da capacidade para a marcha após a amputação. No entanto, o estudo de Pezzin e colaboradores (2004) constatou que o sexo feminino apresenta um resultado mais pobre no uso da prótese e menos satisfação com ela, o

que pode estar associado a menor capacidade para a marcha. O facto de o sexo feminino utilizar a negação como estratégia de *coping* face à amputação pode contribuir para um nível funcional inferior, pois como foi referido anteriormente, estratégias de *coping* passivas e focadas na emoção encontram-se associadas a um pior ajustamento à amputação (Desmond & MacLachlan, 2006).

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Variáveis Clínicas em Função do Estado Civil.

Os dados indicam que os pacientes não casados utilizam mais suporte instrumental e os pacientes amputados casados apresentam maior uso da expressão de sentimentos em comparação com o outro grupo. Este resultado pode ser explicado pelo estudo de Goldzweig e colaboradores (2009), que constatou que os pacientes não casados não beneficiam tanto de apoio familiar como os pacientes casados. Assim, os pacientes não casados optam por procurar mais aconselhamento, assistência ou informações e os pacientes casados parecem utilizar mais a expressão de sentimentos, pois há uma relação conjugal estruturada e de maior intimidade.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função da Escolaridade.

Os resultados indicam que os pacientes com níveis de escolaridade superiores ao 1º ciclo apresentam menor dependência funcional em comparação com os pacientes sem escolaridade. Verificou-se também que os pacientes com o 1º ciclo apresentam maior dependência em comparação com os pacientes com níveis de escolaridade superiores ao 1º ciclo. Este resultado é corroborado pelo estudo de Gjonça, Tabassum e Breeze (2009), realizado com paciente com mais de 50 anos, que constatou que os pacientes com maior educação apresentavam menor incapacidade física. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os pacientes com maiores níveis de escolaridade terem maior capacidade para utilizar os recursos existentes (Darnall *et al.*, 2005). De facto, as pessoas com maior nível de educação tendem a apresentar maior estatuto socioeconómico, pelo que dispõem de mais recursos materiais e de maior capacidade para utilizarem os recursos à disposição de forma a evitarem a incapacidade física (Gjonça *et al.*, 2009). Assim, os pacientes com mais escolaridade podem ter maior facilidade em aceder a recursos que permitam a realização de atividades após a amputação, como por exemplo financiar tratamentos de fisioterapia e melhores equipamentos (e.g. próteses) para a sua reabilitação.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função da Presença de Outros Problemas de Saúde.

Neste estudo verifica-se que os pacientes amputados sem outros problemas de saúde apresentam menor dependência funcional em comparação com os pacientes com outros problemas de saúde. Na literatura existe um desacordo quanto à influência de outros problemas de saúde na marcha (Sansam *et al.*, 2009). No entanto, parece que neste estudo um estado de saúde mais pobre encontra-se associado a maior dependência na realização das atividades diárias. Os resultados podem ser explicados no presente estudo pelo facto da média das idades da amostra ser de 63 anos, pelo que

nesta idade geralmente existem mais problemas de saúde e, conseqüentemente, há maior dificuldade em utilizar a prótese, devido à falta de equilíbrio (Schoppen *et al.*, 2003). Verifica-se também que os pacientes sem outros problemas de saúde utilizam mais estratégias de *coping* de humor em comparação com os pacientes com outros problemas de saúde. Este resultado é consistente com o referenciado por Ben-Zur, Gilbar e Lev (2001), que afirmam que o uso do humor tem sido associado aos pacientes que apresentam uma melhor capacidade funcional na doença crônica. Por outro lado, os pacientes com outros problemas de saúde ao terem uma percepção de saúde mais pobre, faz sentido não usarem o humor como estratégia de *coping* face à amputação.

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Clínicas em Função da Dor Pré-amputação.

Os dados indicam que pacientes com dor pré-amputação apresentam mais dor no coto e maior uso do desinvestimento comportamental em termos de *coping* em comparação com os pacientes sem dor no membro antes da amputação. Este resultado é confirmado pelo estudo de Nikolajsen, Ilkjær, Krøner, Christensen e Jensen (1997), que constataram que a dor pré-amputação estava associada à dor no coto e à dor fantasma. No entanto, a literatura tem demonstrado que a dor pré-amputação é um fator de risco essencialmente para a dor fantasma, enquanto a dor no coto deve-se mais a problemas relacionados com infeções e ajustamento da prótese (Perkins *et al.*, 2012). Relativamente ao uso do desinvestimento comportamental com estratégia de *coping* em pacientes com dor pré-amputação, este pode ser explicado no presente estudo pelo facto de os pacientes com dor pré-amputação apresentarem mais dor no coto, pois esta última tem sido associada na literatura a maiores níveis de restrição de atividades (Desmond, Gallegher, Henderson-Slater, & Chatfield, 2008).

Relação entre a Idade e as Variáveis Psicológicas e Clínicas.

A literatura revista refere que a amputação de membros inferiores devido à doença vascular periférica ou à diabetes (causas isquémicas) é geralmente realizada em pacientes mais idosos (Larsson *et al.*, 2009; Sansam *et al.*, 2009). Os resultados do presente estudo vão nesse sentido, indicando que a amputação isquémica está mais presente nos pacientes maior idade e a traumática está mais presente nos pacientes com menor idade.

Os dados indicam que os pacientes com maior idade apresentam maior dependência e menor mobilidade/autocuidados. Isto é corroborado pelo estudo de Traballesi e colaboradores (1998), que constatou que a idade é um preditor significativo na mobilidade e funcionalidade do paciente com amputação, sendo que no seu estudo os pacientes com mais jovens tinham maior probabilidade de terem autonomia na mobilidade do que pacientes mais velhos. Assim, torna-se óbvio que na presente amostra se tenha constatado que quanto maior é a idade dos pacientes menor é o uso da prótese.

Os dados também indicam que os pacientes com maior idade apresentam menos sintomatologia traumática. Este resultado pode ser explicado pelo facto de neste estudo os pacientes com maior idade apresentarem mais amputações isquémicas, pelo que a presença de sintomatologia traumática

não é tão elevada, pois a amputação devido à diabetes e de complicações vasculares ou de outras doenças não está normalmente associada ao desenvolvimento de stress pós-traumático ou PTSD (Cavanagh *et al.*, 2006; Wald & Àlvaro, 2004).

Constata-se ainda que os pacientes com mais idade apresentam menor dor no coto e dor fantasma. Este resultado pode ser explicado pelo facto de os pacientes com maior idade apresentarem mais amputações isquémicas, que se encontram associadas a menor dor na presente amostra. É de referir ainda, que os pacientes mais velhos apresentam menor uso estratégias de *coping* ativas e focadas no problema e a utilização de estratégias de *coping* passivas e menos adaptativas estão associadas a maior presença dor fantasma (Pucher *et al.*, 1999). Neste estudo os pacientes com mais idade apresentam maior dor pré-amputação. Tal como visto anteriormente, as amputações isquémicas ocorrem mais em pacientes mais velhos. Assim, este resultado pode ser explicado pelo facto de os pacientes com maior idade apresentam amputação com causa isquémica e, conseqüentemente, maior dor pré-amputação.

Por último, os pacientes mais velhos apresentam menor uso das seguintes estratégias de *coping* face à amputação: suporte instrumental, reinterpretação positiva, aceitação, humor e planear. Neste estudo os pacientes mais velhos apresentarem mais dependência funcional e menor mobilidade/autocuidados. Assim, este resultado parece estar de acordo com o que foi analisado anteriormente, pois uma personalidade otimista (Gallagher & MacLachlan, 2000) e uso de estratégias de *coping* ativas (Desmond & MacLachan, 2006; Fuseti *et al.*, 2001; Hatfield, 2002) influenciam positivamente o retomar de atividades em pacientes com amputação.

Relação entre o Tempo Decorrido desde a Amputação e as Variáveis Psicológicas e Clínicas.

Os resultados indicam que os pacientes com amputação no membro inferior há mais tempo apresentam menor dependência, mais mobilidade/autocuidados. Este resultado pode ser explicado pelo facto de com o decorrer do tempo, os pacientes apresentarem maior ajustamento à amputação e menor morbidade psicológica (Copuroglu *et al.*, 2010; Horgan & MacLachlan, 2004). Assim, os pacientes parecem estar mais adaptados à amputação e, conseqüentemente, conseguem realizar mais atividades. Estes pacientes apresentam, ainda, maior uso das seguintes estratégias de *coping*: aceitação, *coping* ativo e planear. Este resultado vem na linha dos resultados anteriores, pois os pacientes com menor dependência e maior mobilidade/autocuidados apresentam o uso de estratégias de *coping* mais ativas. Também o estudo de Jensen e colaboradores (2002) verificou níveis mais elevados de catastrofização no primeiro mês após a amputação dos membros inferiores.

V. Limitações do Estudo

A principal limitação prende-se com a amostra, visto esta ser constituída por apenas 52 pacientes e de ter sido recolhida somente na zona norte do país. O tamanho da amostra não permitiu a validação do HADS, IES-R e do Brief COPE na amostra do presente estudo. É de referir, ainda, a

não utilização de algumas subescalas dos instrumentos, como a subescala “*Depressão*” (HADS) e as subescalas “*Utilizar suporte emocional*” e “*Auto-culpabilização*” (Brief Cope), devido aos alfas serem muito baixos. Assim, os resultados devem ser interpretados com algum cuidado. Por outro lado o uso de instrumentos de autorrelato também constitui uma limitação, dado estarem sujeitos a desejabilidade social

VI. Conclusões e Implicações para a Prática

Constata-se no presente estudo que os pacientes com amputação do membro inferior com maior satisfação com a vida apresentam menor dependência funcional, menor uso da negação como estratégia de *coping* e menos morbidade psicológica. Em contrapartida, utilizam mais a aceitação, reinterpretação positiva e *coping* ativo como estratégias de *coping*.

No presente estudo verificou-se que o nível de amputação tem impacto nas variáveis psicológicas, pois os pacientes amputados com amputação abaixo do joelho apresentam mais satisfação com a vida e os pacientes amputados acima do joelho apresentam mais morbidade psicológica. Também se constatou que os pacientes amputados com capacidade para marcha apresentam menor dependência funcional e maior uso da aceitação como estratégias de *coping* em comparação com os pacientes sem capacidade para marcha. Na mesma linha, os pacientes amputados que usam a prótese apresentam menor dependência funcional e maior uso de estratégias de *coping* de aceitação, humor, *coping* ativo e planear. Ao nível das causas da amputação, verificou-se que os pacientes amputados devido a causas traumáticas apresentam menor dependência e maior uso da autodistração como estratégia de *coping*. Relativamente à dor, constatou-se no presente estudo que os pacientes com perda do membro inferior com dor apresentam estratégias de *coping* passivas, como o uso da autodistração e uso de substâncias.

Por último, verificou-se que o nível de escolaridade, a presença de outros problemas de saúde, a idade e o tempo decorrido desde a amputação têm influência na dependência funcional dos pacientes amputados.

De acordo com os resultados, é importante que a intervenção psicológica na reabilitação do paciente com amputação do membro inferior inclua estratégias de *coping* mais adaptativas e a diminuição da morbidade psicológica e da dependência funcional no sentido de promover o ajustamento psicológico à amputação do membro inferior.

VII. Referências

- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23, 1165-1173. doi: 10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.

- Aronow, W. S. (2010). Office management of peripheral arterial disease. *The American Journal of Medicine*, 123, 790-792. doi:10.1016/j.amjmed.2010.03.017
- Atherton, R., & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28(19), 1201-1209. doi: 10.1080/09638280600551674
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression. Causes and treatment* (2^a ed.). USA: Pennsylvania Univers.
- Beck, J. G., Grant, DeMond M. J., Read, P., Clapp, J. D., Coffey, ... Palyo, S. A. (2008). The impact of event scale-revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal Anxiety Disorders*, 22(2), 187-198. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.007
- Behr, J., Friedly, J., Molton, I., Morgenroth, D., Jensen, M., & Smith, D. (2009). Pain and pain-related interference in adults with lower-limb amputation: Comparison of knee-disarticulation, transtibial, and transfemoral surgical sites. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 46(7), 963-972. doi: 10.1682/JRRD.2008.07.0085
- Bell, K., & Salmon, A. (2009). Pain, physical dependence and pseudoaddiction: Redefining addiction for 'nice' people? *International Journal of Drug Policy*, 20, 170-178. doi:10.1016/j.drugpo.2008.06.002
- Ben-Zur, H., Gilbar, O., & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: Patient, spouse and dyad models. *Psychosomatic Medicine*, 63, 32-39. doi: 10.1080/09638280600551674
- Besser, A, & Neria, Y. (2009). PTSD symptoms, satisfaction with life, and prejudicial attitudes toward the adversary among israeli civilians exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 268-275. doi: 10.1002/jts.20420
- Bosmans, J. C., Suurmeijer, T. P, Hulsink, M., Schansd, C. P., Geertzena, J. H., & Dijkstra, P. U. (2007). Amputation, phantom pain and subjective well-being: a qualitative study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30(1), 1-8. doi: 0.1097/MRR.0b013e328012c953
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 631-635.
- Burgess, E. S., Hibler, R., Keegan, D., & Everly, G. S. (1996). Symptoms of posttraumatic stress disorder in worker's compensation patients attending a work rehabilitation program. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 2, 29-39.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J.(1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Casale, R., Alaa, R., Mallick, M., & Ring, H. (2009). Phantom limb related phenomena and their rehabilitation after lower limb amputation. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45, 559-566.

- Cavanagh, S., Shin, L., Karamouz, N., & Rauch, S. (2006). Psychiatric and emotional sequelae of surgical amputation. *Psychosomatics*, *47*, 459-464. doi: 10.1176/appi.psy.47.6.459
- Cheung, E., Alvaro, R., & Colotla, V.A. (2003). Psychological distress in workers with traumatic upper- or lower-limb amputations following industrial injuries. *Rehabilitation Psychology*, *48*(2), 109-112. doi: :10.1037/0090-5550.48.2.109
- Copuroglu, C., Ozcan, M., Yilmaz, B., Gorgulu, Y., Abay, E., & Yalniz, E. (2010). Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation. *Acta Orthopaedica Belgica*, *76*, 90-93.
- Cristian, A. (2006). *Lower limb amputation. A guide to living a quality of life*. Canada: Demos Medical Publishing.
- Darnall, B., Ephraim, P., Wegener, S., Dillingham, T., Pezzin, L., Rossbach, L., & MacKenzie, E. (2005). Depressive symptoms and mental health service utilization among persons with limb loss: Results of a national survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *86*, 650-658. doi:10.1016/j.apmr.2004.10.028
- de Godoy, J. M. P., Braile, D. M., Buzatto, S. H. G., Longo, O., & Fontes, O. A. (2002). Quality of life after amputation. *Psychology and Health Medicine*, *4*(7), 397-400.
- Desmond, D. M. (2007). Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*, 15-21. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.07.027
- Desmond, D., Gallegher, P., Henderson-Slater, D., & Chatfield, R. (2008). Pain and psychosocial adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Journal of Prosthetics & Orthotics*, *32*(2), 244-252. doi: 10.1080/03093640802067046
- Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006). Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. *Journal of Pain and Symptom Management*, *31*(4), 362-368. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.08.014
- Dias, M. A. (2006). *Qualidade de vida relacionada com a saúde e satisfação com a vida: Um estudo em indivíduos amputados do membro inferior* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto: Porto.
- Diener (s.d.). *Frequently Answered Questions. About Subjective Well-being. Happiness life satisfaction*. Retirado de <http://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/faq.html>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71-75.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, *40*, 189-216.
- Dillingham, T. R., Pezzin, L. E., & Shore, A. D. (2005). Reamputation, mortality, and health care costs among persons with dysvascular lower-limb amputations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *86*, 480-486. doi:10.1016/j.apmr.2004.06.072

- Diogo, M. J. (1997). A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 5(1), 59-64.
- Diogo, M. J. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica/ Journal of Public Health*, 13(6), 305-399. doi: 10.1590/S1020-49892003000500008.
- Diogo, M. J., & Campedelli, M. C. (1992). O idoso submetido à amputação de membros inferiores e as alterações nas atividades da vida diária. *Revista Paulista de Enfermagem*, 11(2), 92-99.
- Dorland, W. A. N., & Anderson, D. M. (2000). *Dorland's illustrated medical dictionary* (29^a ed.). Philadelphia: Saunders Company.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabilitation and Psychology*, 41, 285-302.
- Eglinton, R., & Chung, M. C. (2011). The relationship between posttraumatic stress disorder, illness cognitions, defence styles, fatigue severity and psychological well-being in chronic fatigue syndrome. *Psychiatry Research*, 188, 245-252. doi: 10.1016/j.psychres.2011.04.012
- Ehde, D., Czerniecki, J., Smith, D., Campbell, K., Edwards, T., Jensen, M., & Robinson, L. (2000). Chronic phantom sensations, phantom pain, residual limb pain, and other regional pain after lower limb amputation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 1039-1044.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Ephraim, P. L., Dillingham, T. R., Sector, M., Pezzin, L. E., & MacKenzie, E. J. (2003). Epidemiology of limb loss and congenital limb deficiency: a review of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 84(5), 747-761. doi: 10.1016/S0003-9993(02)04932-8.
- Ephraim, P., Wegener, S., MacKenzie, E., Dillingham T., & Pezzin, L. (2005). Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: Results of a national Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1910-1919. doi: 10.1016/j.apmr.2005.03.031
- Flor, H. (2002). Phantom-limb pain: characteristics, causes, and treatment. *Neurology*, 1, 182-189. doi: 10.1016/S1474-4422(02)00074-1
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Fusetti, C., Senechaud, C., & Merlini, M. (2001). Quality of life of vascular disease patients following amputation. *Annales de Chirurgie*, 126(5), 434-439.
- Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics International*, 24, 196-204. doi: 10.1080/03093640008726548
- Geertzen, J. H., Martina, J. D., & Rietman, H. S. (2001). Lower limb amputation part 2: rehabilitation – a 10 year literature review. *Prosthetics and Orthotics International Journal*, 25, 14-20. doi: 10.1080/03093640108726563

- Gjonça, E., Tabassum, F., & Breeze, E. (2009). Socioeconomic differences in physical disability at older age. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(11), 928-935. doi: 10.1136/jech.2008.082776
- Goldzweig, G., Andritsch, E., Hubert, A., Walach, N., Perry, S., Brenner, B., & Baider, L. (2009). How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18, 866-874. doi: 10.1002/pon.1499
- Gottschalk, F. (1999). Transfemoral amputation. Biomechanics and surgery. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 361, 15-22.
- Haan, D. R., Limburg, M., & Schuling, J. (1993). Clinimetric evaluation of the Barthel index : a measure of limitations in daily activities. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137(18), 917-921.
- Haanpää, M. L., Backonja, M. M., Bennett, M. I., Bouhassira, D., Cruccu, G., Hansson, P. T., ... Baron, R. (2009). Assessment of neuropathic pain in primary care. *American Journal of Medicine*, 122(10), 13-21. doi: 10.1016/S0003-3944(01)00541-7
- Hafner, B. J., Willingham, L. L., Buell, N.C., Allyn, K. J., & Smith, D. G. (2007). Evaluation of function, performance, and preference as transfemoral amputees transition from mechanical to microprocessor control of the prosthetic knee. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 88, 207-217. doi:10.1016/j.apmr.2006.10.030
- Hatfield, A. G. (2002). Beyond the 10-m time: a pilot study of timed walks in lower limb amputees. *Clinical Rehabilitation*, 16(2):210-214. doi: 10.1191/0269215502cr484oa
- Hawamdeh, Z. M., Othman, Y. S., & Ibrahim, A. I. (2008). Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(3), 627-633. doi: 10.2147/NDT.S2541
- Headley, B. W., Kelley, J., & Wearing, A. J. (1993) Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research*, 29, 63-82.
- Hill, A., Niven, C. A., & Knussen, C. (1995). The role of coping in adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 62, 79-86.
- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and Rehabilitation*, 26(14/15), 837-850. doi: 10.1080/09638280410001708869
- Jackson, M. A., & Simpson, K. H. (2004). Pain after amputation. *Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 4(1), 20-23. doi: 10.1093/bjaceaccp/mkh007
- Jensen, M. P., Ehde, D. M., Hoffman, A. J., Patterson, D. R., Czerniecki, J., & Robinson, L. R. (2002). Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom limb pain. *Pain*, 95, 133-42. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00390-6
- Kelly, M., & Dowling, M. (2008). Patient rehabilitation following lower limb amputation. *Nursing Standard*, 22(49), 35-40.

- Klute, G. K., Berge, J. S., Orendurff, M. S., Williams, R. M., & Czerniecki, J. M. (2006). Prosthetic intervention effects on activity of lower-extremity amputees. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 87, 717-722. doi:10.1016/j.apmr.2006.02.007
- Klute, G., Kallfelz, C., & Czerniecki, J. (2001). Mechanical properties of prosthetic limbs: adapting to the patient. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 38, 299-307.
- Koren, D., Norman, D., Cohen, A., Berman, J., & Klein, E. (2005). Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched-comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *American Journal of Psychiatry*, 162, 276–282. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.276
- Lacoux, P. A., Crombie, I. K., & Macrae, W. A. (2002). Pain in traumatic upper limb amputees in Sierra Leone. *Pain*, 99, 309-312. doi: 10.1016/S0304-3959(02)00154-9
- Larsson, B., Johannesson, A., Andersson, I., & Atroshi I. (2009). The locomotor capabilities index; validity and reliability of the Swedish version in adults with lower limb amputation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(44). doi:10.1186/1477-7525-7-44
- Leão, L., Abreu, S., Padrão, P., & Lemos, P. (1995). Caracterização dos amputados da consulta externa do serviço de medicina física e reabilitação dos HUC. *Medicina Física e Reabilitação de Coimbra*, 3-5.
- Leeuwen, C. M., Post, M. W., Westers, P., van der Woude, L., Groot, S., Sluis, T., ... Lindeman, E. (2012). Relationships between activities, personal factors, mental health, and life satisfaction in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 93(1), 82-89. doi: 10.1016/j.apmr.2011.07.203
- Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (1999). Psychosocial adaptation to amputation: The role of sociodemographic variables, disability related factors and coping strategies. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22(1), 21-31.
- Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (2000). Multidimensional investigation of the structure of coping among people with amputations. *Psychosomatics*, 41(3), 235-244. doi: 10.1176/appi.psy.41.3.235
- Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner, & N. Endler. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 221–251). New York: Wiley.
- Manchikanti, L., & Singh, V. (2004). Managing phantom pain. *Pain Physician*, 7, 365-375.
- Marques, E., Pereira, J., & Medeiros, L. (1994). Consulta de amputados - H.S.S.C. -Estudo retrospectivo de quatro anos. *Arquivos de Fisiatria*, 1, 143-148.
- Martz, E., & Cook, D. W. (2001). Physical impairments as risk factors for the development of posttraumatic stress disorder. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, 217-221.
- McGreevy, K., Bottros, M., & Raja, S. (2011). Preventing chronic pain following acute pain: Risk factors, preventive strategies, and their efficacy. *European Journal of Pain Supplements*, 5, 365-376. doi:10.1016/j.eujps.2011.08.013

- Meisenhelder, J. B. (2003). Gender differences in religiosity and functional health in the elderly. *Geriatric Nursing, 24*(6), 343-347. doi: 10.1016/j.gerinurse.2003.10.005
- Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., & Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal Psychiatry, 163*, 651-658. doi: 0.1176/appi.ajp.163.4.652
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., ... Bliss, B. (1991). The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *The British Journal of Psychiatry, 158*, 255-259.
- Morasco, B. J., & Dobscha, S. K. (2008). Prescription medication misuse and substance use disorder in VA primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry, 30*, 93-99. doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.12.004
- Mosaku, K., Akinyoola, A., Fatoye, F., & Adegbehingbe, O. (2009). Psychological reactions to amputation in a sample of Nigerian amputees. *General Hospital Psychiatry, 31*, 20-24. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.08.004
- Mozumdar, A., & Roy, S. K. (2010). Depression in adult males with lower extremity amputation and its bio-social correlates. *Health, 2*(8), 878-889. doi: 10.4236/health.2010.28131
- Munin, M. C., Guzman, M. C. E., Boninger, M. L., Fitzgerald, S. G., Penrod, L. E., & Singh, J. (2001). Predictive factors for successful early prosthetic ambulation among lower-limb amputees. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 38*(4), 379-384.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a Vida. In: Almeida, L., Santiago, R., Silva, P., Oliveira, L., Caetano, O., & Marques, J. (Eds.). *A acção educativa: análise psico-social*. Leiria: E.S.E.L./APPORT.
- Nikolajsen, L., Ilkjær, S., Krøner, K., Christensen, J.C., & Jensen, T. S. (1997). The influence of preamputation pain on postamputation stump and phantom pain. *Pain, 72*, 393-405.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2^a ed.). New York: McGraw Hill.
- Oliveira, R. A. (2004). O sujeito e o corpo perante a incapacidade física. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 6*(1), 63-67.
- Ostle, K., Magnus, P., Skjeldal, O. H., Garfelt, B., & Tambs, K. (2010). Mental health and satisfaction with life among upper limb amputees: A Norwegian population-based survey comparing adult acquired major upper limb amputees with a control group. *Disability and Rehabilitation, 33*(17-18), 1594-1604. doi: 33(17-18), 1594-1604
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*(1), 3-15.

- Pais-Ribeiro, J.L., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225-237.
- Pell, J. P., Donnan, P. T., Fowkes, F. G., & Ruckley, C. V. (1993). Quality of life following lower limb amputation for peripheral arterial disease. *European Journal of Vascular Surgery, 7*, 448-451.
- Penn-Barwell, J. G. (2011). Outcomes in lower limb amputation following trauma: A systematic review and meta-analysis. *Injury: International Journal of the Care of the Injured, 42*, 1474-1479. doi:10.1016/j.injury.2011.07.005
- Pereira, M., & Figueiredo, A. (2008). Depressão, ansiedade e stress pós traumático em doentes com cancro colo-rectal. Validação do Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e Impact of Events Scale (IES) numa amostra de doentes oncológicos. *Onco News, 5*, 11-19.
- Perkins, Z. B., De'Ath, H. D., Sharp, G., & Tai, N. R. M. (2012). Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. *British Journal of Surgery, 99*(1), 75-86. doi: 10.1002/bjs.7766
- Pezzin, L. E., Dillingham, T. R., MacKenzie, E. J., Ephraim, P., & Rossbach, P. (2004). Use and satisfaction with prosthetic limb devices and related services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*, 723-729. doi:10.1016/j.apmr.2003.06.002
- Pohjolainen, T., Alaranta, H., & Urkuinen, M. (1990). Prosthetic use and functional and social outcome following major lower limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International, 14*, 75-79.
- Price, E., & Fisher, K. (2007). Further study of the emotional needs of amputees. *Journal of Prosthetics and Orthotics, 19*(4), 106-108. doi: 10.1097/JPO.0b013e3181571108
- Pucher, I., Kicking, W., & Frischenchlag, O. (1999). Coping with amputation and phantom limb pain. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(4), 379-383.
- Quadros, L. (2010). *A prevalência e a repercussão psicológica e funcional da dor e sensação fantasma na amputação do membro inferior por isquémia avançada*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Raichle, K. A., Hanley, M. A., Molton, I., Kadel, N. J., Campbell, K., Phelps, E., ... Smith, D. (2008). Prosthesis use in persons with lower- and upper-limb amputation. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 45*(7), 961-972. doi: 10.1682/JRRD.2007.09.0151
- Reiber, G. E., McFarland, L.V., Hubbard, S., Maynard, C., Blough, D. K., Gambel, J.M., & Smith, D. G. (2010). Servicemembers and veterans with major traumatic limb loss from Vietnam war and OIF/OEF conflicts: survey methods, participants, and summary findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 47*, 275-297. doi: 10.1682/JRRD.2010.01.0009
- Roberts, S. B., Bonnici, D. M., Mackinnon, A. J., & Worcester, M. C. (2001). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among female cardiac patients. *British Journal of Health Psychology, 6*(4), 373-383.

- Rodrigues, C. S., & Renshaw, K. D. (2010). Associations of coping processes with posttraumatic stress disorder symptoms in national guard/reserve service members deployed during the OEF-OIF era. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 694-699. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.013
- Sansam, K., Neumann, V., O'Connor, R., & Bhakta, B. (2009). Predicting walking ability following lower limb amputation: A systematic review of the literature. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41*, 593-603. doi: 10.2340/16501977-0393
- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes J., Willems, L., Bergman, W., & Rooikmans (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 44*, 573-585.
- Schoppen, T., Boonstra, A., Groothoff, J. W., van Sonderen, E., Göeken, L. N., & Eisma, W. H. (2001). Factors Related to Successful Job Reintegration of People With a Lower Limb Amputation *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 82*, 1425-1431.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Shin, D. C., & Johnsons, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment on the quality of life. *Social Indicators Research, 5*, 475-492.
- Shinozaki, T., Hasegawa, T., & Yano, E. (1998). Ankle-arm index as an indicator of atherosclerosis: its application as a screening method. *Journal of Clinical Epidemiology, 15*, 1263-1269.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of life, 1*(29), 1-29. doi: 10.1186/1477-7525-1-29
- Spiriduso, W. W., Francis, K. L., & MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging*. Illinois: Human Kinetics Publishers.
- Stålnacke, B. (2007). Community integration, social support and life satisfaction in relation to symptoms 3 years after mild traumatic brain injury. *Brain Injury, 21*(9), 933-942.
- Stålnacke, B. (2011). Life satisfaction in patients with chronic pain-relation to pain intensity, disability, and psychological factors. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 7*, 683-689. doi: 10.2147/NDT.S25321
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology, 11*, 93-102.
- Stepien, M., Cavenett, S., Taylor, L., & Crotty, M. (2007). Activity levels among lower-limb amputees: Self-report versus step activity monitor. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 88*, 896-890. doi: 10.1016/j.apmr.2007.03.016
- Taft, C. T., Resick, P. A., Panuzio, J., Vogt, D. S., & Mechannic, M. B. (2007). Examining the correlates of engagement and disengagement coping among help-seeking battered women. *Violence and Victims, 22*(1), 3-17.

- Thombs, B. D., Notes, L. D., Lawrence, J. W., Magyar-Russella, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. (2008). From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 205-212.
- Thompson, H. (1998). Pain after amputation. *British Journal of Anaesthesia, 80*, 411-416.
- Tiet, Q. Q., Rosen, C., Cavella, S., Moos, R. H., Finney, J. W., & Yesavage, J. (2006). Coping, symptoms, and functioning outcomes of patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 799-811. doi: 10.1002/jts.20185
- Traballesi, M., Brunelli, S., Pratesi, L., Pulcini, M., Angioni, C., & Paolucci, S. (1998). Prognostic factors in rehabilitation of above knee amputees for vascular diseases. *Disability and Rehabilitation, 20*(10), 380-384.
- Trivedi, R. B., Blumenthal, J. A., O'Connor, C., Adams, K., Hinderliter, A., Sueta-Dupree, C., Sherwood, A. (2009). Coping Styles in Heart Failure Patients with Depressive Symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(4), 339-346. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.05.014.
- van der Hulst, M., Vollenbroek-Utten, M. M., Schreurs, K. M., Rietmen, J. S., & Hermens, H. J. (2010). Relationships between coping strategies and lumbar muscle activity in subjects with chronic low back pain. *European Journal of Pain, 14*(6), 640-647. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.10.011
- van de Weg, F. B., & van der Windt, D. A. (2005). A questionnaire survey of the effect of different interface types on patient satisfaction and perceived problems among trans-tibial amputees. *Prosthetics and Orthotics International, 29*(3), 231-239. doi: 10.1080/03093640500199679
- Wald, J., & Álvaro, R. (2004). Psychological factors in work-related amputation: considerations for rehabilitation counselors. *Journal of Rehabilitation, 70*(4), 6-15. doi:10.1053/apmr.2001.26074
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale-revised. In Wilson, J.P., & Keane, T.M. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Williams, L., Miller, D., Fincke, G., Lafrance, J., Etzioni, R., Maynard, C., ... Reiber, G. (2011). Depression and incident lower limb amputations in veterans with diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications, 25*, 175-182. doi:10.1016/j.jdiacomp.2010.07.002
- Whyte, A., & Niven, C. (2001). Psychological distress in amputees with phantom limb pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 22*(5), 938-946. doi:10.1016/S0885-3924(01)00352-9
- Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. (2009). Life habits and prosthetic profile of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 90*, 1953-1959. doi: 10.1016/j.apmr.2009.06.011
- Ziegler-Graham, K., MacKenzie, E. J., Ephraim, P. L., Trivison, T. G., & Brookmeyer, R. (2008). Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 89*, 422-429. doi:10.1016/j.apmr.2007.11.005