

Avaliação da Qualidade de Vida em Amputados de Guerra e Factores Relacionados

Flávio André dos Santos Gaspar Ribeiro

Orientador

Dr. José Manuel Soares Malheiro Romão

Chefe de Serviço de Anestesiologia – Centro Hospitalar do Porto

Ano Lectivo 2010/2011

Resumo

Introdução

A amputação traumática de um membro pode afectar a qualidade de vida do indivíduo amputado. Contudo, sabe-se ainda muito pouco acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde em amputados de guerra e quais factores têm impacto sobre a mesma.

Objectivos

O objectivo principal deste estudo é avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde em amputados de guerra portugueses de longa duração e identificar possíveis factores que estarão relacionados com a mesma nestes indivíduos, nomeadamente a presença de sensação fantasma, dor no membro fantasma e dor no coto da amputação.

Metodologia

Foi utilizada neste estudo transversal uma amostra de 101 indivíduos amputados de guerra. Foram aplicados dois inquéritos: um com questões demográficas e clínicas acerca da amputação e o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) Health Survey* para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Resultados

Foram recebidos e validados 67 inquéritos. A pontuação média SF-36 foi de $61,83 \pm 15,48$ (27,73 - 90,56). Os resultados superiores foram encontrados nos subdomínios Função Social (67,12) e Saúde Mental (63,87). As pontuações mais baixas foram encontradas nos subdomínios Saúde Geral (49,38), Vitalidade (51,73) e Função Física (52,23). Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a presença de dor fantasma, de sensação fantasma, da intensidade da dor no coto e da intensidade da dor fantasma com a pontuação média do SF-36.

Conclusões

A qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes amputados de guerra de longa duração é afectada por vários factores, principalmente nos subdomínios relacionados com a saúde física. Esta é influenciada negativamente pela presença de dor no membro fantasma e pela presença de sensação no membro fantasma.

Abstract

Introduction

Traumatic amputation of a limb may affect quality of life of the amputee. However, very little information is known concerning health-related quality of life in war amputees and which factors may influence it.

Objectives

The main objective of this study is to assess health-related quality of life in Portuguese long-term war amputees and to identify possible related factors, namely the presence of phantom sensation, phantom limb pain and stump pain.

Methods

In this cross-sectional study a sample of 101 long term war amputees was studied. Two questionnaires were applied: one with questions regarding demographic and clinical characteristics of the amputation and the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) Health Survey to assess health-related quality of life.

Results

Sixty-seven questionnaires were received and validated. The average SF-36 score was 61.83 ± 15.48 (27.73 – 90.56). Scores were highest for Social Function (67.12) and Mental Health (63.87) domains and lowest for General Health (49.38), Vitality (51.73) and Physical Functioning (52.23) domains. Statistically significant relationships were found between the presence of phantom pain, phantom sensation, intensity of stump pain and phantom pain intensity with the SF-36 average score.

Conclusions

Health-related quality of life in patients with long term war amputation is affected by several factors, especially in domains related to physical health, namely the presence of phantom limb pain and the presence of phantom limb sensation.

Palavras-chave

Keywords

Amputação, guerra, qualidade de vida relacionada com a saúde, dor fantasma

Amputation, war-related, health-related quality of life, phantom limb pain

Introdução

A amputação de um membro é um acto médico de último recurso quando está em causa a vida de uma pessoa. Isto porque, para além do dano físico provocado, a amputação condiciona ainda transtornos psicológicos de grande magnitude e duração temporal (Bosmans et al, 2007).

A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) de um indivíduo define não só a sensação de bem-estar relacionada com a percepção que o mesmo tem da sua saúde mas também o seu desempenho funcional a vários níveis (Muldoon et al, 1998). Acerca desta percepção subjectiva, a debilidade física e a dor são duas das mais importantes variáveis que estão relacionadas com a QVRS nestes indivíduos (Bosmans et al, 2007). Ainda assim, a qualidade de vida no adulto é influenciada por uma panóplia de condições subjectivas e objectivas que, muitas vezes, não são facilmente mensuráveis (Diogo, 2003).

A perda súbita de um membro pode ter um impacto considerável e imediato na qualidade de vida da pessoa amputada. Esta questão é um factor que, no momento da amputação, é muitas vezes desvalorizada, dado que o imperativo médico da amputação se sobrepõe a tudo o resto, nomeadamente nas lesões traumáticas em contexto de guerra. Assim, e ao contrário das amputações em ambiente hospitalar, as amputações traumáticas em contexto de guerra têm uma etiologia muito diferente daquelas realizadas num ambiente controlado. As amputações em tempo de guerra são, na sua maioria causadas por minas terrestres, bombas e granadas (Ebrahimzadeh et al, 2006). Estas acometem normalmente indivíduos jovens e saudáveis, sendo normalmente resultado de trauma severo ao(s) membro(s) afectado(s). Como resultado, as consequências físicas, psicológicas e a qualidade de vida relacionada com saúde (QVRS) podem também ser diferentes das amputações realizadas por motivos médicos de outra natureza (Dougherty PJ, 2001).

Estão descritos diversos factores que poderão estar relacionados com o nível de qualidade de vida de indivíduos amputados, entre eles: o género, a idade, a presença de dor fantasma ou de dor no coto da amputação, o nível da amputação, e o facto de a amputação de membro ser bilateral (van der Schans C. et al, 2002). Outras variáveis descritas como tendo impacto na qualidade de vida incluem a capacidade de realizar actividades do dia-a-dia (Weiss et al, 1990) ou a satisfação sexual (Walters et al, 1998).

No entanto, quase toda a literatura nesta área inclui apenas o estudo de amputados por motivos médicos em tempo de paz, excluindo as amputações traumáticas em tempo de guerra.

Assim, existe ainda actualmente um número muito limitado de estudos que relacionam aspectos da amputação, sensação e dor fantasma e dor no coto com a QVRS em amputados. A bibliografia que incide no estudo da QVRS em amputados de guerra de longa duração é ainda mais limitada.

O objectivo principal do presente trabalho é avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde em amputados de guerra portugueses de longa duração utilizando o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) Health Survey* e identificar possíveis factores que estarão relacionados com a QVRS nestes indivíduos, nomeadamente a presença de sensação fantasma, dor no membro fantasma e dor no coto da amputação.

Sendo os amputados de guerra um grupo muito específico que é ainda objecto de pouco estudo no nosso país e, concluindo que estes factores têm efectivamente impacto na qualidade de vida destes indivíduos, poderá ser possível começar a oferecer aos mesmos tratamentos mais eficazes à luz do estado da arte médica no sentido de os melhor controlar, melhorando assim de forma sustentada a sua QVRS.

Materiais e Métodos

Materiais

O presente estudo foi realizado no intervalo temporal de Março a Junho de 2011 a partir de uma amostra de 101 indivíduos portugueses amputados de guerra. A amostra utilizada é proveniente de um estudo prévio acerca do Membro Fantasma em Amputados de Guerra e inclui apenas os indivíduos que forneceram o seu consentimento e endereço postal para posterior contacto no âmbito de outros estudos acerca da mesma temática. Por ter sido considerada uma amostra de conveniência não foram definidos critérios de exclusão para a mesma.

Foi elaborado e administrado um questionário com dados demográficos e clínicos baseado no estudo “*Phantom Pain and Sensation Among Veteran Amputees*” (Whartan et al, 1997). Foi também utilizado o questionário “*Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) Health Survey, versão 2*” traduzido e validado para a população portuguesa (Ferreira, 2000).

O questionário SF-36 avalia a QVRS através da análise independente de oito subdimensões: função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, saúde mental, desempenho emocional, função social, vitalidade. Contempla ainda uma subescala de transição em saúde que não é considerada um domínio específico mas que pretende quantificar a mudança na saúde em geral de quem responde (Ferreira, 2000).

As oito escalas são compostas por vários itens e são pontuadas através do método de Likert. Depois de recodificados os dados, todas as subdimensões possuem uma pontuação determinada no intervalo de 0 a 100, em que um número mais alto pressupõe um nível superior de qualidade de vida relacionada com saúde. A média aritmética das pontuações das várias subdimensões constitui a pontuação média do SF-36, consistindo este também num número entre 0 e 100.

Métodos

Os questionários para administração foram enviados por correio, juntamente com uma carta de apresentação e um envelope de resposta não identificado, garantindo deste modo o total anonimato dos dados recolhidos.

Relativamente ao questionário SF-36 foram ignorados os dados que continham menos de metade das respostas dentro de uma sub-dimensão, segundo as recomendações do seu autor (Ferreira, 2000). Quando mais de metade das respostas estavam presentes foi utilizado o valor médio das respostas assinaladas.

Análise estatística

Os dados recolhidos foram introduzidos e analisados no programa estatístico SPSS versão 17.

Para a análise dos dados referentes à caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra foi utilizada a estatística descritiva comum. Para a análise dos dados referentes às subdimensões da QVRS foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão).

Para comparação das pontuações obtidas no questionário de qualidade de vida foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. No caso de análise de regressão foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Em ambos os casos foi considerado um valor de prova de 5%.

Apesar de o teste não paramétrico não comparar directamente médias de duas amostras, estas foram mencionadas para mais fácil compreensão das realidades estudadas.

Resultados

Dos 101 inquéritos enviados foram devolvidos 69 (68,31%). Dois deles foram eliminados antes da análise estatística por preenchimento demasiadamente incompleto. Quanto aos motivos para ausência de resposta, 0,02% (n=2) dos inquéritos foram devolvidos por erro de morada e 0,01% (n=1) por falecimento. Acerca dos restantes, desconhece-se o motivo de não devolução.

Caracterização demográfica e clínica da amostra

A caracterização demográfica da amostra está descrita na **Tabela I**.

Caracterização Demográfica		
Género	Masculino	100% (n=67)
	Feminino	0%
Idade	Média (desvio-padrão)	64,07 (4,8)
	[mínima-máxima]	[59-89]
Estado civil	Casado	92,5%
	Solteiro	4,5%
	Separado / divorciado	3%
Escolaridade	Ensino primário	9%
	Ensino básico	52%
	Ensino secundário	22,4%
	Ensino superior	14,9%
Distrito de residência	Lisboa	31,3%
	Porto	7,5%
	Braga	1,5%
	Vila Real	1,5%
	Bragança	1,5%
	Aveiro	4,5%
	Viseu	4,5%
	Guarda	4,5%
	Castelo Branco	3,0%

	Coimbra	7,5%
	Leiria	9,0%
	Santarém	3,0%
	Portalegre	3,0%
	Setúbal	3,0%
	Évora	3,0%
	Faro	6,0%
Situação laboral	Reformado	92,5%
	Empregado	6%
	Desempregado	1%

• Tabela I

Em 95,5% dos casos, a amputação foi realizada durante tempo de guerra. Os restantes 4,5% responderam terem sido amputados em tempo de paz, no entanto, durante treino militar e resultante de lesão traumática, pelo que foram também incluídos no estudo. A média de anos desde a amputação é de 41 anos, com um desvio padrão de 5,7 anos.

Acerca do local da amputação, 82,8% dos inquiridos (n=53) foram amputados de um membro inferior, 15,6% (n=10) de um membro superior e 1,6% (n=1) de membro inferior e superior. Dos amputados do membro inferior, 37,7% foram amputados acima do joelho. Relativamente a bilateralidade, 15,4% dos inquiridos referiram ter sido amputados de ambos os lados do corpo.

Aglutinando os locais de amputação, 3,1% ocorreram no pé, 41,5% no membro inferior abaixo do joelho, 23,1% no membro inferior acima do joelho, 3,1% na mão, 9,2% no membro superior abaixo do cotovelo, 3,1% no membro superior acima do cotovelo e 16,9% em mais do que um local. De referir que, do total da amostra, 4,5% dos inquiridos (n=3) não responderam à pergunta sobre local da amputação.

Quanto à presença de sensação fantasma, 92,4% referiram a sua presença e destes, 77% referiram ser uma sensação desconfortável. De uma escala de 0 a 10, a média de intensidade da sensação reportada foi de 6,74 (desvio padrão de 2,25). Todos os inquiridos responderam que a sensação actual começou na altura da amputação.

Acerca da presença de dor fantasma, 76,1% responderam ter esta sensação dolorosa habitualmente. A intensidade média foi de 7,29 numa escala de 0 a 10. Dos inquiridos que referiram ter dor fantasma habitualmente, 60,8% referiram não realizar qualquer tratamento médico para esta dor.

Sobre dor no coto da amputação, 43,3% referiram ter dor no coto actualmente, a intensidade média foi de 6,77. Dos indivíduos que referiram ter dor no coto, 65,5% mencionaram que não realizavam qualquer tratamento médico para esta dor.

Acerca do uso de prótese, 98,5% responderam que a usavam habitualmente numa média de 14,2 horas por dia.

Dados da QVRS na amostra estudada

Sobre o questionário de QVRS e, relativamente às taxas de resposta dos vários domínios, esta foi relativamente alta, situando-se acima dos 92%, com excepção dos subdomínios Desempenho Físico (83%) e Desempenho Emocional (88%), no entanto apenas foi possível calcular a pontuação média do SF-36 em 66% dos inquiridos validados (N=50) visto que esta apenas pode ser calculada quando todos os subdomínios contêm dados.

A pontuação média do SF-36 (desvio padrão) foi de 61,83 (15,48). O valor máximo foi de 90,56 e o mínimo de 27,73. As pontuações parciais e restantes parâmetros estatísticos dos vários subdomínios podem ser encontrados na **Tabela II**. Os resultados superiores foram encontrados nos subdomínios Função Social (67,12) e Saúde Mental (63,87). As pontuações mais baixas foram encontradas nos subdomínios Saúde Geral (49,38), Vitalidade (51,73) e Função Física (52,23).

		Função Física	Desempenho Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental	Mudança de Saúde	Pontuação Média
n	Válidos	67	56	61	65	65	65	59	62	67	50
	Missing	0	11	6	2	2	2	8	5	0	17
	Média	52,23	59,04	62,13	49,38	51,73	67,12	62,85	63,87	60,45	61,8370
	Desvio Padrão	24,836	31,418	25,433	20,926	19,025	29,028	29,252	21,774	13,864	15,48890
	Mínimo	5	0	23	5	19	13	0	20	25	27,73
	Máximo	100	100	100	95	100	100	100	100	100	90,56

• TABELA II – Estatística descritiva dos vários subdomínios do SF-36.

Relação da QVRS com os factores estudados

Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre a idade dos inquiridos e nenhum subdomínio de QVRS analisado, ou com a pontuação média ($p=0,934$).

Não foi também encontrada correlação estatisticamente significativa entre o tempo desde a amputação e quaisquer dos subdomínios de QVRS ou com a pontuação média ($p=0,573$).

Relativamente à *presença de dor no coto* e à QVRS, os inquiridos sem dor no coto apresentaram uma pontuação média superior em 9,03 pontos relativamente àqueles que não relataram a sua presença, contudo esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,55$) - **Tabela III**. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas para os subdomínios Função Física ($p=0,048$) e Dor Corporal ($p<0,01$).

Subdomínios de QVRS	Dor no coto		Diferença	Valor de p
	Sim	Não		
Pontuação Média	56,42 (16,22)	65,45 (14,11)	9,03	0,055
Função Física	45,29 (25,37)	57,53 (23,41)	12,24	0,048
Desempenho Físico	53,41 (34,29)	62,68 (29,41)	9,27	0,306
Dor Corporal	46,44 (19,52)	73,79 (23,09)	26,85	<0,001
Saúde Geral	49,66 (22,48)	49,17 (19,91)	-0,49	0,874
Vitalidade	52,68 (20,01)	51,01 (18,48)	-1,67	0,650
Função Social	61,16 (31,79)	71,62 (26,29)	10,46	0,216
Desempenho Emocional	53,82 (30,29)	69,05 (27,23)	15,23	0,056
Saúde Mental	58,15 (23,38)	68,29 (19,67)	10,14	0,080

- **TABELA III** – Comparação dos valores médios (desvios-padrão) das pontuações dos vários subdomínios de QVRS em indivíduos com e sem dor no coto da amputação e respectivos valores de prova.

Analisando a correlação entre intensidade de dor no coto e a pontuação média é possível ver (**Figura 1**) que nos inquiridos que relataram ter dor no coto da amputação a pontuação média diminui à medida que a intensidade da dor no coto aumenta ($p=0,014$).

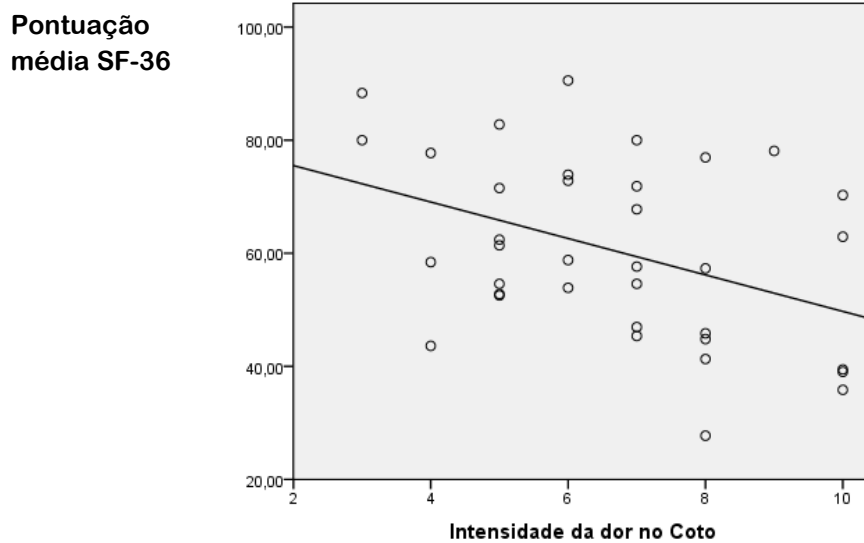


Figura 1 - Correlação entre intensidade dor no coto e pontuação média SF-36 ($p=0,014$)

Os inquiridos com *presença de dor fantasma* apresentaram uma pontuação média de 59,09, ao invés, aqueles que não relataram a presença de dor fantasma apresentaram uma pontuação média de 68,89, uma diferença média de 9,8 pontos ($p=0,029$). Todas as pontuações dos vários subdomínios do SF-36 foram inferiores nos inquiridos que reportaram ter dor fantasma (**Tabela IV**). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos subdomínios Saúde Mental ($p=0,031$), Desempenho Emocional ($p=0,018$), Função Física ($p=0,007$), Dor Corporal ($p=0,001$) e Saúde Geral ($p=0,026$).

Subdomínios de QVRS	Dor fantasma		Diferença	Valor de p
	Sim	Não		
Pontuação Média	59,09 (15,96)	68,90 (11,99)	9,81	0,029
Função Física	47,73 (25,32)	66,56 (17,00)	18,83	0,007
Desempenho Físico	55,78 (33,26)	67,19 (25,32)	11,41	0,221
Dor Corporal	56,28 (23,60)	81,79 (21,80)	25,51	0,001
Saúde Geral	46,60 (21,86)	58,67 (14,45)	12,07	0,026
Vitalidade	49,13 (18,64)	60,42 (18,25)	11,27	0,055
Função Social	63,75 (29,80)	78,33 (23,84)	14,58	0,102
Desempenho Emocional	57,17 (29,69)	78,13 (22,34)	20,96	0,018
Saúde Mental	60,74 (21,46)	73,67 (20,40)	12,93	0,031

- **TABELA IV** – Comparação dos valores médios das pontuações dos vários subdomínios de QVRS (desvios-padrão) em indivíduos com e sem dor no membro fantasma e respectivos valores de prova.

Analisando a correlação entre a intensidade da dor fantasma e pontuação média do SF-36, é possível ver (**Figura 2**) que esta última tendencialmente diminui à medida que a intensidade da dor fantasma aumenta ($p=0,037$).

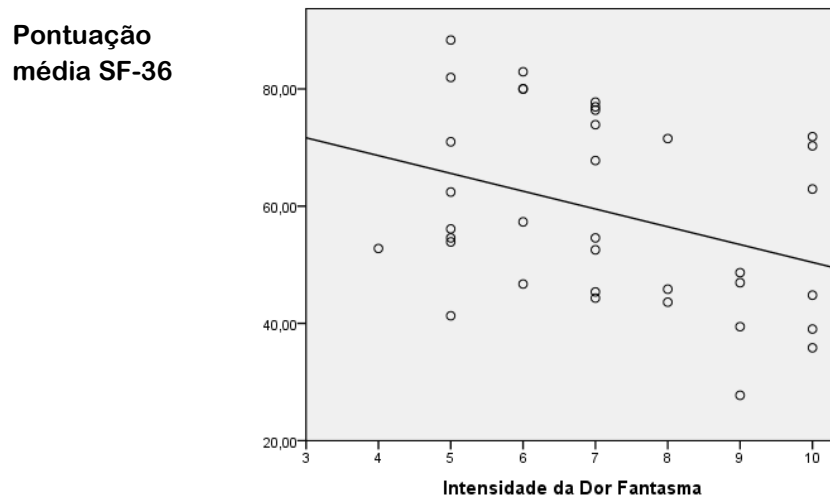


Figura 2 - Correlação entre intensidade dor fantasma e pontuação média SF-36 ($p=0,037$)

Acerca da *presença de sensação fantasma* e da sua relação com a QVRS, os resultados indicam que a pontuação média dos doentes que reportaram ter esta sensação no membro amputado foi de 59,87. Ao invés, os inquiridos que responderam que não possuíam sensação fantasma obtiveram uma pontuação média de 77,24 ($p=0,015$).

Todas as pontuações dos subdomínios obtidos foram inferiores nos inquiridos que relataram possuir esta sensação no membro amputado (**Tabela V**). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas nos subdomínios Saúde Mental ($p=0,025$), Função Física ($p=0,018$), Saúde Geral ($p=0,019$), Função Social ($p=0,033$) e Vitalidade ($p=0,007$).

Subdomínios de QVRS	Sensação fantasma		Diferença	Valor de p
	Sim	Não		
Pontuação Média	59,87 (15,12)	77,24 (10,90)	17,37	0,015
Função Física	49,99 (24,51)	78,00 (15,65)	28,01	0,018
Desempenho Físico	55,88 (31,09)	82,50 (22,27)	26,62	0,076
Dor Corporal	59,95 (25,11)	80,50 (22,53)	20,55	0,087
Saúde Geral	48,22 (21,15)	67,00 (4,47)	18,78	0,019
Vitalidade	49,89 (18,22)	75,00 (15,31)	25,11	0,007
Função Social	64,83 (29,13)	92,50 (16,77)	27,67	0,033
Desempenho Emocional	59,91 (28,82)	86,67 (20,92)	26,76	0,066
Saúde Mental	61,70 (21,60)	83,00 (10,95)	21,30	0,025

- **TABELA V** – Comparação dos valores médios (desvios-padrão) das pontuações dos vários subdomínios de QVRS em indivíduos com e sem sensação de membro fantasma e respectivos valores de prova.

Verifica-se que não existe correlação estatisticamente significativa entre o valor da intensidade da sensação fantasma e a pontuação média do SF-36 ($p=0,255$).

Acerca do *membro amputado*, a pontuação média para indivíduos com amputação do membro inferior foi de 69,97. No caso dos amputados de membro superior esta foi de 60,30 ($p=0,052$). No entanto, em todos os subdomínios analisados a QVRS foi inferior para os amputados de membro inferior, existindo no entanto significância estatística apenas para os subdomínios Função Física ($p=0,001$), Saúde Geral ($p=0,016$) e Saúde Mental ($p=0,044$).

Analisando a diferença entre a QVRS de amputados de membro inferior abaixo e acima do joelho constata-se que apenas existe uma diferença estatisticamente

significativa para o subdomínio Função Física ($p=0,08$), tendo neste subdomínio os amputados acima do joelho uma pontuação em média 20,31 pontos abaixo dos amputados abaixo do joelho.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas pontuações de QVRS quanto à *bilateralidade* da amputação.

Discussão

A amputação traumática de membro no campo de batalha é uma das mais debilitantes consequências do conflito armado para a saúde dos soldados afectados.

Assim, e considerando que 100 é a pontuação máxima atingível para cada subdimensão analisada, verificou-se que, tanto para cada uma individualmente, como para a pontuação média final, todas as pontuações obtidas ficaram relativamente distantes deste valor - a pontuação mais elevada foi obtida no subdomínio Função Social. No entanto, e comparando estes dados com outros estudos realizados em amputados de guerra os valores são, em geral, mais elevados do que os encontrados por outros autores. No estudo de Hamidreza et al (2009) por exemplo, à excepção do subdomínio Desempenho Emocional, em todos os outros foram apurados valores bastante superiores, com especial relevo para aqueles que analisam componentes físicas. Uma das principais razões para este facto prende-se, muito provavelmente, pelo elevado intervalo de tempo decorrido desde a amputação na amostra deste estudo (em média de 41 anos) comparado com uma média de 21,6 anos no trabalho citado que estudou amputados iranianos da guerra do Iraque.

O elevado intervalo de tempo desde o episódio da amputação condiciona uma adaptabilidade progressiva do indivíduo que lhe permite desempenhar as tarefas do dia-a-dia mais facilmente, nomeadamente com o processo de adaptação à prótese (Frank et al, 1984). No entanto, e analisando as diferentes pontuações obtidas, constata-se que aquelas que possuem valores mais baixos relacionam-se mais precisamente com os aspectos físicos do que emocionais ou sociais. Estes achados são contudo corroborados por outros estudos que também apontam que os aspectos relacionados com a componente mental não aparentam ficar tão afectados quando comparados com outros subdomínios em casos de amputação traumática de membro (Legro et al, 1999). O papel da rede de suporte familiar e social ou dos terapeutas pode também ser importante para que estes indivíduos, muitas vezes sujeitos a outros tipos de pressões psicológicas decorrentes da própria guerra, não sofram em tão grande escala de síndromes depressivos ou outros tipos de patologia que possam também interferir com a sua qualidade de vida. Uma das instituições que em Portugal presta este tipo de apoio há muitos anos, e que também poderá ter influência positiva nas pontuações obtidas nos

domínios psicológicos e sociais, é a Associação de Deficientes das Forças Armadas, da qual todos os inquiridos fazem parte.

É importante referir neste ponto que a comparação destes dados com resultados de outros trabalhos que estudam amputados de causa não traumática está provavelmente sujeita a interpretações erróneas, visto que as etiologias e o contexto da amputação não são também comparáveis em muitos aspectos.

A prevalência de dor no coto da amputação, sensação fantasma e dor fantasma é muito comum em amputados e está demonstrado que podem ter impacto significativo na QVRS nestes indivíduos (Smith et al, 1999), (Bosmans et al, 2007). No entanto, a presença destes sintomas varia consideravelmente entre vários estudos. Wartan et al (1997), num estudo com 500 amputados de guerra ingleses encontraram prevalências de dor no coto, sensação fantasma e dor fantasma de 56%, 67% e 55%, respectivamente. À excepção da dor no coto, no presente estudo foram encontradas prevalências muito mais elevadas com especial relevância para a sensação fantasma – prevalência de 92,4%. Estas diferenças podem ficar a dever-se a diferentes características demográficas, características da amputação ou a outras condições.

O achado de que a presença de dor no membro fantasma condiciona uma menor QVRS não tem sido corroborado por todos os estudos realizados até à data e que relacionam estes aspectos em amputados (Lerner, 1999). Em particular, McCartney et al (1999) defendem que a dor fantasma tem pouco impacto na QVRS, facto que não está de todo de acordo com as conclusões do presente estudo, pelo menos em amputações traumáticas em contexto de guerra. Pelo contrário, a dor fantasma é um factor que deve ser cada vez mais alvo de mais e melhores investigações com vista à sua total ou, pelo menos, parcial resolução. Este facto é corroborado ainda pela elevada percentagem de inquiridos (superior a 60%) que não realiza quaisquer tratamentos para a sua dor fantasma, ou dor no coto. Seria porventura interessante em estudos posteriores estudar o porquê destes achados.

O facto de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre amputados do membro superior e amputados do membro inferior prende-se talvez com o facto de os condicionantes causados por esse acontecimento terem impactos muito diferentes. Assim, uma amputação de membro inferior causa sobretudo impacto ao nível da marcha do indivíduo enquanto que uma amputação de membro superior

interfere sobretudo com a sua capacidade de manuseamento de objectos. Com o constante desenvolvimento do material protésico, muitas destas capacidades podem ser recuperadas com o decorrer do tempo para benefício do indivíduo.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma das mais importantes é, porventura, o viés de selecção decorrente de vários factos. Em primeiro lugar foi utilizada uma amostra de conveniência e não uma selecção feita com base aleatória e critérios de exclusão e inclusão. Os inquiridos são de idade média relativamente avançada, não havendo representação proporcional dos vários escalões etários. São também 100% do sexo masculino e possuem um tempo desde a amputação relativamente elevado e com pouca variabilidade, decorrente do contexto em que essas amputações ocorreram (Guerra Colonial).

A utilização de prótese é outro possível viés, porque embora a selecção não tenha sido feita com base na utilização de prótese, era muito elevada a percentagem dos inquiridos que a utilizavam na altura do preenchimento do questionário.

Sabe-se que a qualidade de vida é um conceito muito subjectivo e que está dependente de muitos factores, nomeadamente da existência de co-morbilidades, que não foram analisadas em pormenor por este trabalho. Estas co-morbilidades poderão ter algum impacto nos resultados apurados, pelo que mais estudos são ainda necessários nesta área para aferir com maior nível de confiança a validade das conclusões deste trabalho.

Uma última limitação prende-se com a taxa de resposta de alguns questionários, nomeadamente nos subdomínios Desempenho Físico e Desempenho Emocional: taxas relativamente baixas, quando comparada com outros estudos que utilizaram este inquérito (van der Sachs et al, 2002). A idade avançada dos inquiridos pode ter sido um factor influenciador deste aspecto. O facto de o questionário SF-36 na sua versão portuguesa mencionar em várias questões o conceito de “trabalho” relacionado com actividades diárias pode também levar a interpretações erróneas por parte dos inquiridos, que, mesmo já não exercendo activamente uma profissão, interpretam essas questões como relativas apenas à sua vida profissional, omitindo deste modo a resposta a essas questões. Assim, sugere-se que numa posterior revisão desta ferramenta se tenha em conta este facto, como forma de poder aumentar a percentagem de respostas ao mesmo.

Como conclusão, a qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes amputados de guerra de longa duração é afectada negativamente por vários factores, principalmente nos subdomínios relacionados com a saúde física. Esta QVRS é influenciada, nomeadamente, pela presença de dor no membro fantasma e pela presença de sensação no membro fantasma. O nível de QVRS relaciona-se inversamente com a intensidade de dor no coto e com a intensidade da dor fantasma.

Assim, é necessário ter em conta todos estes aspectos quando é elaborado um plano de tratamento para estes doentes, em particular aqueles que apresentam os sintomas anteriormente descritos, visto que o seu óptimo controlo pode conduzir, no futuro, a melhorias significativas na sua QVRS.

Referências

- Bosmans, J. et al. (2007). Amputation, phantom pain and subjective well-being: a qualitative study. *International Journal of Rehabilitation Research* 30(1): 1-8.
- Demet K et al (2003). Health related quality of life and related factors in 539 persons with amputation of upper and lower limb. *Disability and Rehabilitation*. 25(9): 480–486.
- Diogo, D.M.J. (2003). Satisfação Global com a Vida em determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 13 (6): 395-399.
- Dougherty PJ (2001). Transtibial amputees from the Vietnam War. Twenty-eightyear follow-up. *J Bone Joint Surg Am*. 83:383–389.
- Ebrahimzadeh MH, Fattahi AS, Nejad AB (2006). Long-term follow-up of Iranian veteran upper extremity amputees from the Iran-Iraq war (1980–1988). *J Trauma*. 61:886–888.
- Ferreira P (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte II – Testes de validação. *Acta Med Port*. 13:119-127.
- Ferreira P (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36, Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Med Port*. 13:55-66.
- Hamidreza T, et al (2009). Quality of Life Among Veterans With War-Related Unilateral Lower Extremity Amputation: A Long-Term Survey in a Prosthesis Center in Iran. *J Orthop Trauma* 23:525–530.
- Legro, M. W. et al (1999). Issues of importance reported by persons with lower limb amputations and prostheses. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 36 (3).
- Muldoon T, Milligan K, Quinn P, Connolly DC, Nilsson K. (1998). Comparison between extradural infusion of ropivacaine or bupivacaine for the prevention of postoperative pain after total knee arthroplasty. *Br J Anaesth* 80(5):680–681.

Walters AS, Williamson GM (1998). Sexual satisfaction predicts quality of life: a study of adult amputees. *Sex Disab* 16(2):103–115.

Ware JE Jr, Kosinsky M, Keller SD (1994). SF-36 Physical and Mental: Health Summary Scales: A User's Manual. Health Assessment Lab. New England Medical Center. pp2-4. Boston: MA.

Wartan SW, Hamann W, Wedley JR, et al (1997). Phantom pain and sensation among British veteran amputees. *Br J Anaesth*.78:652–659.

Weiss GN, Gorton A, Read RC, Neal LA (1990). Outcomes of lower extremity amputations. *JAGS* 38:877–883.

van der Schans CP, Geertzen JH, Schoppen T, et al. (2002). Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. *J Pain Symptom Manage*. 24:429–436.

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. José Romão por todo o apoio que me prestou ao longo deste ano e que foi fundamental para a realização deste trabalho.

Agradeço também à Pfizer, patrocinadora deste estudo.

Anexos

1 - Questionário aplicado sobre dados demográficos e clínicos

Este inquérito é anónimo. Por favor, não o identifique.

Sensação Fantasma: sensação de possuir o membro amputado.

Dor Fantasma: sensação dolorosa referente a uma parte do corpo perdida.

Dor no Coto: sensação dolorosa localizada na parte do corpo remanescente, do membro que sofreu a amputação.

Tendo em vista estes conceitos, preencha o seguinte questionário, seleccionando a resposta que melhor se adapta à sua situação.

1. Idade: _____

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Estado Civil: Casado ☐ Solteiro ☐
Separado/ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Outros ☐

4. Grau de Escolaridade: 4ª classe incompleta ou menos ☐
4ª classe ao 9º ano incompleto (antigo 5º ano) ☐
9º ano ao 12º ano (5º ano ao 7º ano antigos) ☐
Licenciatura ☐

5. Distrito onde reside: _____

6. Qual a sua situação actual?
Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐

Se está reformado,

a) Há quanto tempo se reformou? _____

b) Reformou-se por invalidez? Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual a causa? _____

7. Acerca da sua amputação:

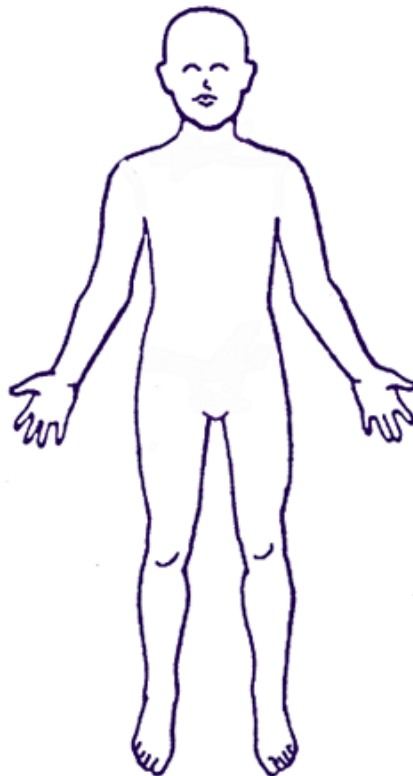
a) Data(s) da(s) amputação/amputações: _____

b) Razão para amputação: Lesão durante a guerra ou ataque de inimigo

☐

Lesão durante o tempo de paz ☐

c) Assinale com uma linha o local a partir do qual o(s) membro(s) foi/foram removido(s).



8. Tem ou teve alguma **SENSAÇÃO** de presença do membro que foi removido?

Sim ☐

Não ☐

Se sim,

a) Desde há quanto tempo tem esta Sensação? _____

b) É uma Sensação desconfortável? Sim ☐ Não ☐

c) Classifique numa escala de 0-10, a intensidade desta Sensação:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem					Máxima que se					
Sensação					pode imaginar					

9. Quanto à presença de **DOR FANTASMA**:

a) Após a amputação, alguma vez teve Dor no membro amputado?

Sim ☐

Não ☐

(Se a sua resposta foi Não, por favor passe para a pergunta 10)

b) Há quanto tempo tem a Dor? _____

c) Com que frequência tem a Dor?

Algumas vezes por hora ☐

Algumas vezes por dia ☐

Algumas vezes por mês ☐

Algumas vezes por ano ☐

Sempre ☐

d) Quanto tempo dura?

Segundos ☐

Horas ☐

Dias ☐

Contínua ☐

Semanas ☐

Meses ☐

Variável ☐

e) Como classifica a Dor quanto à sua intensidade habitual?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Sem
Dor

A pior dor que
se pode imaginar

f) Que tratamentos/medicamentos está a fazer para a sua dor?

g) Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Nenhum alívio

Alívio completo

10. Acerca da **DOR NO COTO**, alguma vez lhe doeu o coto? Sim ☐ Não ☐

Se sim,

a) Na última semana, teve dor no coto?

Sim ☐ Não ☐

b) Como classificaria a sua intensidade numa escala de 0-10?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Sem
Dor

A pior dor que
se pode imaginar

c) Alguma vez fez tratamento para a dor no coto?

Sim ☐ Não ☐

d) Se sim, que tratamentos/medicamentos está a fazer para a dor no coto?

11. Usa Prótese? Sim ☐ Não ☐

Se sim, a) Usa-a regularmente? Sim ☐ Não ☐

b) Quantas horas por dia? _____

Se não, porquê? _____
