

Adaptação transcultural da Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales - Revised (TAPES-R): avaliação dos processos psicossociais envolvidos no ajuste à amputação e à prótese

Transcultural adaptation of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales - Revised (TAPES-R): evaluation of psychosocial processes involved in adjustment to amputation and prosthesis

 Denise Regina Matos^{1,2},  Juliana Fákir Naves^{1,2},  Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo²

RESUMO

A literatura aponta ausência de instrumentos específicos para avaliação clínica e pesquisa direcionada a pessoas com amputação, sendo a escala TAPES-R relevante para análise dos aspectos psicossociais nessa população. Esta escala foi desenvolvida para avaliar os processos envolvidos na adaptação à amputação de membros inferiores e à prótese. Este instrumento abrange 33 itens organizados em três domínios - ajustamento psicossocial, restrição de atividade e satisfação com prótese, além de questões relacionadas com a dor do membro fantasma e do membro residual. **Objetivo:** Realizar adaptação transcultural da escala TAPES-R para aplicação na população brasileira. **Método:** A adaptação transcultural foi realizada em cinco etapas: tradução, tradução reversa, síntese das avaliações, avaliação por comitê de especialistas e teste final na população. Foi realizada a comparação entre as versões original e traduzida em relação às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. A versão final foi aplicada em 116 sujeitos amputados de membros inferiores. **Resultados:** Houve clareza quanto à compreensão do instrumento pelos participantes, indicando que o mesmo esteja apropriado à realidade do público-alvo na população brasileira. Amputação acima de joelho e tempo de uso da prótese abaixo de 10 horas/dia estão associados a pior ajustamento e menor satisfação com a prótese. **Conclusão:** O uso da escala TAPES-R permitiu avaliar a percepção dos indivíduos acerca da experiência com a amputação e prótese, possibilitando o uso clínico para avaliação de resultados voltados para a reabilitação de pacientes com amputação de membro inferiores. Serão desenvolvidos novos estudos para a continuidade de validação do instrumento.

Palavras-chave: Amputação, Ajustamento Emocional, Membros Artificiais, Qualidade de Vida

ABSTRACT

The literature indicates the absence of specific instruments for clinical evaluation and research directed at people with amputation, with the TAPES-R scale being relevant for the analysis of psychosocial aspects in this population. This scale was developed to evaluate the processes involved in adapting to lower limb amputation and to the prosthesis. This instrument covers 33 items organized in three domains - psychosocial adjustment, activity restriction and prosthesis satisfaction, as well as issues related to phantom limb and residual limb pain. **Objective:** To perform transcultural adaptation of the TAPES-R scale for application in the Brazilian population. **Method:** Transcultural adaptation was carried out in five stages: translation, reverse translation, synthesis of the evaluations, evaluation by expert committee and final test in the population. The comparison between the original and translated versions was performed in relation to the semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalences. The final version was applied to 116 amputees of the lower limbs. **Results:** There was clarity regarding participants' understanding of the instrument, indicating that it is appropriate to the reality of the target audience in the Brazilian population. Amputation above the knee and time of use of the prosthesis below 10 hours / day are associated with worse fit and less satisfaction with the prosthesis. **Conclusion:** The use of the TAPES-R scale allowed the evaluation of the individuals' perception about the experience with the amputation and prosthesis, allowing the clinical use to evaluate the results for the rehabilitation of patients with lower limb amputation. Further studies will be developed for the continued validation of the instrument.

Keywords: Amputation, Emotional Adjustment, Artificial Limbs, Quality of Life

¹ Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
² Universidade de Brasília – UnB

Correspondência

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo
E-mail: araujotc@unb.br

Submetido: 08 Dezembro 2018
Aceito: 01 Fevereiro 2019

Como Citar

Matos DR, Naves JF, Araujo TCCF. Adaptação transcultural da Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales - Revised (TAPES-R): avaliação dos processos psicossociais envolvidos no ajuste à amputação e à prótese. *Acta Fisiatr.* 2018;25(3):124-130.

DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v25i3a162969



©2019 by Acta Fisiátrica
Este trabalho está licenciado com uma licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

INTRODUÇÃO

A amputação geralmente está relacionada a um sentimento de perda ou danos e pode acarretar mudanças em várias áreas da vida de uma pessoa. Envolve a retirada de um ou mais membros em função de uma diversidade de patologias, sejam elas congênitas ou adquiridas.¹

Em estimativa do The National Health Interview Survey (NHIS), em 1996, cerca de um milhão e duzentas mil pessoas apresentavam amputação de membros nos Estados Unidos, sendo que a cada ano, 185 mil novos casos sofrem uma amputação.² Há estimativa de que esse número chegue a 3.600.000 em 2050.³

No cenário brasileiro, as informações parecem ainda incipientes. Estimativa de 2001 aponta uma incidência de amputações de 13,9 por 100.000 habitantes/ano.⁴

As Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada indicam que, em 2011, 49.165 pessoas tiveram algum membro corporal amputado. Calcula-se que 85% das amputações sejam de membros inferiores, sendo o percentual registrado em 2011 de 94% dentre todas as amputações realizadas pelo SUS.⁵

Historicamente, a reabilitação do paciente submetido à amputação envolvia primordialmente a equipe médica e de fisioterapia, de modo que as questões psicológicas eram deixadas em segundo plano. Entretanto, o trabalho em equipe interdisciplinar no contexto hospitalar permitiu ampliar o conhecimento do fenômeno para além das esferas ortopédicas e físicas, na medida em que busca compreender e medir o impacto da prótese sobre a vida do indivíduo, e não somente na capacidade funcional.

No entanto, medir esse tipo de resultado ainda permanece um desafio pela ausência de instrumentos específicos, padronizados e universalmente reconhecidos, assim como não há um aconselhamento ou orientação na seleção, pois instrumentos com falhas já relatadas ainda são utilizados e sem definição de padrão ouro de medida nesse campo.⁶⁻⁹ Esses instrumentos são necessários para capturar a multiplicidade de fatores que influenciam a adaptação à amputação e a qualidade de vida desses pacientes, o que tornaria a avaliação mais fácil, abrangente e útil na prática clínica, além de permitir a tomada de decisão eficaz.²

No intuito de compreender melhor a experiência de amputação e adaptação a uma prótese de membro inferior, foi desenvolvido em 2011 o Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales - Revised (TAPES-R) por Gallagher e Maclachlan.

O uso deste instrumento para avaliar o ajustamento e a valorização do membro artificial na prática clínica é amplamente recomendado. Ele não só permite uma avaliação objetiva desses pontos, mas também indica à medida em que a qualidade de vida em indivíduos após a amputação pode ser melhorada.^{10,11} Porém, para o seu uso na prática clínica e contextos de pesquisa no Brasil, é necessário a adaptação transcultural.

OBJETIVO

Promover a adaptação transcultural da escala TAPES-R da versão original na língua inglesa para o português.

MÉTODO

Este instrumento baseia-se em uma avaliação multidimensional pelo auto relato. O tempo de administração é de aproximadamente 15 minutos (*A guide to the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales - Revised (TAPES-R)*, 2011).¹²

No total há 64 itens organizados em 4 seções. As três seções iniciais referem-se à: ajustamento psicossocial (ajustamento geral, ajuste social e ajustamento à limitação), restrição de atividades (restrição funcional, restrição social e restrição à atividade física) e satisfação com a prótese (satisfação funcional e satisfação estética).

A quarta seção explora a experiência da dor do membro fantasma, dor do membro residual e outras condições médicas não relacionadas com a amputação. Cada um desses aspectos é subdividido em questões relacionadas com a frequência da dor e sua possível descrição, duração de cada episódio e interferência no estilo de vida diário. Essa seção também incorpora dois itens em que é solicitado aos entrevistados avaliar sua saúde e capacidade física. Cada uma das seções pode ser utilizada individualmente.

A escala TAPES-R é pontuado manualmente, sendo recomendado seis pontuações individuais ao invés de uma pontuação geral: (1) ajuste geral, (2) ajuste social, (3) ajuste para limitação, sendo que pontuações altas nessas sub escalas são indicativas de bom ajuste; (4) restrição de atividade, em que uma pontuação alta é indicativa de restrição para as atividades; (5) satisfação estética e (6) satisfação funcional, em que os escores altos indicam satisfação com a prótese.

Não há um número de corte para cada sub escala, sendo cada pontuação comparada com a média do grupo estudado ou de forma longitudinal. O estudo original apontou alta confiabilidade interna e evidências de validade do instrumento.

Esse estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição no ano de 2016, como parte de um projeto para avaliação de pacientes com amputação de membros inferiores, sob o número do Parecer: 1.500.841 e CAAE: 53482816.2.0000.0022.

PROCEDIMENTOS

O objetivo da adaptação cultural de um instrumento é o de disponibilizá-lo de uma forma relevante culturalmente, mas ainda assim manter as características do instrumento original. Vários estudos delineiam as etapas necessárias para a adaptação. Este estudo se baseou no preconizado pelo Guia para processos de adaptação transcultural de instrumentos de medida, de acordo com Beaton et al.¹³ Para esta adaptação cultural, contou-se com o consentimento escrito dos autores.

Etapa 1: Tradução

Foi realizada a tradução do idioma original, inglês, para a língua portuguesa, de forma literal, contextualizada culturalmente, realizada por dois tradutores independentes e qualificados no idioma da língua original do instrumento, sendo criadas duas versões em português.

Etapa 2: Síntese das traduções

Nesta etapa, realizou-se a síntese das duas traduções em português pelos pesquisadores e expert, criando-se assim um instrumento provisório na língua portuguesa e comparando com a versão original. Foram documentadas as modificações em cada questão.

Etapa 3: Tradução Reversa

Realizada a tradução da síntese ou instrumento provisório em português para o idioma original com ajustes em relação a divergências, obtendo-se versão traduzida consensual.

Conforme Beaton et al.¹³ são necessárias no mínimo duas traduções reversas. Os tradutores não tinham conhecimento do instrumento original. A tradução reversa é um tipo de verificação de validade, para garantir que a tradução está refletindo o mesmo conteúdo do item que a versão original.

Etapa 4: Revisão por um comitê de especialistas

Foi composto um comitê de profissionais de diferentes áreas para a análise do instrumento. Nesta análise, foi realizada a comparação das versões original e traduzida em relação às equivalências

semântica, idiomática, cultural e conceitual. Desta forma consolidando a versão preliminar ou pré-final do instrumento.

Etapa 5: Pré-teste

A fase final do processo de adaptação corresponde à testagem do instrumento no público-alvo a fim de avaliar a redação e verificar a compreensão, interpretação e relevância cultural da tradução. Esse pré-teste foi realizado com 30 pacientes. Ao final, os mesmos foram questionados sobre o preenchimento da escala, pontuando sobre o que pensam acerca de cada item ou pergunta do instrumento.

Criou-se então a versão final do instrumento. Foi realizada tradução reversa final para envio ao grupo desenvolvedor da escala TAPES-R para consentimento de uso.

RESULTADOS

Após o pré-teste, poucos ajustes foram necessários:

- Uma questão da 4ª seção foi reescrita em função dos questionamentos com os participantes, para maior clareza do item;
- Como forma de adaptação cultural, expressões como *"walking more than a mile"* ou *"walking half a mile"* foram substituídas pela unidade de medida quilômetro.
- Fez-se necessário alterar o termo *"working on hobbies"*, pois a palavra hobbies não foi de domínio entre todos os participantes, sendo a expressão substituída por realizar passatempos.
- A palavra "funcionalidade" foi usada para o termo *"usefulness"*.

A versão final do instrumento foi aplicada em 116 indivíduos com amputações de membros inferiores. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão adotados foram participantes com idade igual ou superior a 18 anos, com amputação de membros inferiores em período acima de seis meses e estar em uso de próteses. O tempo de preenchimento do instrumento foi em média de 15 minutos conforme preconiza os autores do instrumento original.

Os dados sociodemográficos e informações clínicas retiradas do prontuário eletrônico foram analisados quantitativamente para melhor caracterização do perfil da amostra. Foram descritos aspectos como idade, gênero, procedência, estado civil, escolaridade, engajamento em atividade laboral, causa, tipo e tempo da amputação.

O sexo masculino corresponde a 57%, sendo que as participantes do sexo feminino apresentaram uma idade média menor sendo este valor estatisticamente significativo ($p = 0,016$).

A maioria é procedente do Distrito Federal (51,7%), seguido pelo estado de Goiás (15,5%), porém é composta por membros de todas as unidades da Federação. Os participantes solteiros correspondem a 51,7%; casados 41,4%; viúvos e separados 6,9%. A idade média da amostra foi de 36 anos, com tempo médio de amputação de 18 anos. A média diária do uso da prótese foi de 13 horas/dia.

As amputações acima do joelho correspondem à maioria com 68%, e no membro inferior esquerdo representam 58% e 6% são bilaterais. Relacionado a etiologia, as traumáticas correspondem a 37%, seja por acidente automobilístico, motocicleta ou máquinas agrícolas, seguidos de 31% relacionadas a tumores e 20% secundária a correção de deformidades congênitas. Pacientes amputados por causa congênita apresentam média de idade menor quando comparados às demais causas de amputação ($p > 0,001$).

Os participantes com escolaridade até o ensino médio representam 57,8%. Dos entrevistados, 68% possui vínculo empregatício formal ou informal, sendo constituído por diferentes profissões como artesão, servidores públicos, empresários, vendedores, atletas, dentre outras. Os que referem ser desempregados ou aposentados correspondem a 32% da amostra.

Os escores médios obtidos através da análise das escalas deste instrumento, foram: para o ajuste geral 3,3 (DP = 0,6), ajuste social 3,2 (DP = 0,7), e ajuste a limitação 2,9 (DP = 0,6) sendo que o valor máximo

possível para estes itens é 4,0; e, quanto maior a pontuação, maior é o indicativo de ajustamento positivo. Para a escala de restrição de atividades (ERA), o valor médio foi 0,7 (DP = 0,5), onde o maior escore é 2,0. Altas pontuações são indicativas de maior limitação nestas atividades específicas. No que diz respeito a satisfação com a prótese, este item é dividido em satisfação com a estética 6,3 (DP = 1,4) e a satisfação funcional foi 10,3 (DP = 2,4), numa escala em que o valor máximo possível é nove e 15, respectivamente. Para esses últimos itens, quanto maior a avaliação, maior é a satisfação envolvida.

Correlacionando o nível de amputação com a escala, os participantes com amputações acima do joelho apresentam relações estatisticamente significativas com o ajustamento geral ($p = 0,001$), ERA ($p = 0,001$) e satisfação funcional ($p < 0,001$).

Tal achado denota que este perfil de pacientes apresenta um pior ajustamento geral, maior dificuldade em atividades específicas e insatisfação com a atuação funcional da prótese quando comparados com amputações abaixo do joelho. Para as demais sub escalas, os valores não foram estatisticamente significativos.

Em relação à etiologia, pessoas com amputações em decorrência de tumores relatam uma pior satisfação funcional com a prótese ($p = 0,007$) de modo estatisticamente significativo. Tal fato pode estar relacionado a outros aspectos prioritários como a preocupação com o êxito no tratamento oncológico.

Com finalidade didática, o tempo diário de uso da prótese foi dividido em duas faixas: até 10 horas/dia e acima de 10 horas/dia. Os pacientes que usam a prótese por menos tempo referem pior ajuste à limitação ($p = 0,032$), maior restrição para atividades ($p = 0,011$) e menor satisfação funcional com a prótese ($p = 0,027$). Não se observou relação deste instrumento com a faixa etária e o sexo. Portanto, pacientes com amputação acima do joelho e tempo de uso da prótese abaixo de 10 horas/dia devem receber atenção especial nos programas de reabilitação e investigar as causas para tais resultados.

DISCUSSÃO

A maioria das pesquisas relacionadas ao ajustamento à amputação negligencia o estudo de muitas áreas importantes da reabilitação, como a reação imediata à amputação, ajustamento durante e após o período de reabilitação, e a influência das variáveis psicossociais no processo e utilizam medidas pouco comparáveis.¹⁴

O uso da escala TAPES-R para avaliar o ajustamento e a adaptação ao membro artificial na prática clínica é fortemente recomendado. Resultados de estudos clínicos prospectivos demonstram a importância das variáveis psicossociais na predição do ajustamento positivo em pacientes com amputação de membros inferiores que foram avaliados através da TAPES-R, e a pouca influência de fatores demográficos e relacionados a amputação, como a etiologia.¹⁵

Sinha et al.¹¹ conduziu um estudo no qual comparou as escalas do TAPES-R com os componentes físico e mental do instrumento de avaliação de qualidade de vida, SF-36. Verificou-se correlação negativa entre as duas avaliações, de modo que quanto maior a restrição de atividades pelo TAPES-R, pior é a avaliação nos componentes físico e mental do SF-36, indicando pior qualidade de vida, sendo esta relação mais evidente com o componente físico.

Por outro lado, com o ajustamento psicossocial há uma correlação positiva uma vez que quanto melhor o ajustamento, melhor é a avaliação de qualidade de vida pelo SF-36, sendo mais forte a correlação com o componente mental. Portanto, aspectos relacionados ao ajuste à amputação e à prótese, avaliados pela escala TAPES-R, são determinantes cruciais na percepção de qualidade de vida sendo que a restrição funcional, o ajuste à limitação e o ajuste social foram os que mais contribuíram para a percepção de qualidade de vida, seja esta avaliação positiva ou negativa.¹¹

Em um outro estudo utilizando o TAPES-R com objetivo de avaliar a relação entre prática de atividade física e qualidade de vida, Deans et al.¹⁶ observaram que o critério restrição à atividade apresentava

uma correlação com os domínios da saúde física, psicológica e social mensurados pelo WHOQoL, de modo que quanto maior se percebe esta restrição, pior é a avaliação da qualidade de vida mensurado por este instrumento. Concluem assim que a restrição para as atividades afeta negativamente o domínio de saúde física do WHOQoL.

Outros estudos confirmam esta conclusão em que a restrição funcional está associada de forma significativa e negativa ao domínio da saúde física do instrumento de qualidade de vida, WHOQoL.^{15,17}

A aplicação da escala TAPES-R demonstra que, no domínio psicossocial, os usuários de prótese de membros inferiores apresentam maior dificuldade no ajustamento social quando comparado às demais subescalas (ajustamento geral e à limitação).

Adicionalmente, no domínio da satisfação com a prótese, não houve diferença significativa entre a satisfação estética e funcional entre os indivíduos avaliados. Porém, entre os níveis de amputação transfemural e transtibial, os subdomínios de ajuste geral, ajuste à limitação e satisfação funcional foram significativamente diferentes entre esses dois grupos, com as amputações transfemorais experimentando maior dificuldade.¹⁸

Horgan e MacLachlan¹⁴ avaliaram a ansiedade de pessoas com amputação e as possíveis causas deste fenômeno, utilizando a escala TAPES-R para mensurar fatores relacionados à amputação e a prótese.

Entre os 44 usuários de próteses de membros inferiores, verificou-se que, entre as mulheres, a ansiedade com a imagem corporal estava associada a níveis mais baixos de satisfação com a prótese, principalmente em relação aos aspectos estéticos e o peso.

Entre os homens, a ansiedade associa-se pela diminuição do tempo de uso, insatisfação com peso da prótese e com os aspectos funcionais, contudo não com os estéticos como relatados pelas mulheres.¹⁴ O peso da prótese também foi um aspecto negativo avaliado pelo TAPES-R nos estudos de Mathi et al.¹⁷ Os resultados do TAPES-R dessa pesquisa mostram uma variação de 2,9 a 3,3, o que caracteriza um ajustamento médio, semelhante ao encontrado nos estudos de Federica, Maria, Cerri e Perin¹⁹ que encontraram ajustamento psicossocial variando entre 2,6 a 4.

CONCLUSÃO

Para a adaptação transcultural do instrumento Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales - Revised (TAPES-R) foram utilizadas as etapas recomendadas pela literatura. Houve clareza quanto à compreensão do instrumento pelos participantes, o que denota que o instrumento esteja apropriado para a realidade tanto do público-alvo quanto para a população brasileira. A fácil compreensão pode ser indício ainda de grau satisfatório quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

Estudos futuros na população brasileira podem examinar a capacidade da escala TAPES-R para monitorar o progresso de um paciente após intervenções de reabilitação, já que atualmente não há uma medida disponível específica para essa avaliação. Além disso, a definição de um número de corte poderá auxiliar na avaliação clínica mais precisa quanto aos aspectos psicossociais envolvidos nesse processo. Sugere-se o uso desse instrumento para a avaliação do ajustamento à amputação e à prótese, seguindo as tendências atuais em se avaliar os fatores psicossociais envolvidos na reabilitação de pessoas com amputação de membros.

REFERÊNCIAS

- Santos JR, Vargas MM, Melo CM. Nível de atividade física, qualidade de vida e rede de relações sociais de amputados. *Rev Bras Ciências Mov.* 2014;22(3):20-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v22i3.4786>
- Sinha R, Van Den Heuvel WJ. A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. *Disabil Rehabil.* 2011;33(11):883-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.514646>
- Ziegler-Graham K, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Travison TG, Brookmeyer R. Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005 to 2050. *Arch Phys Med Rehabil.* 2008;89(3):422-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.005>
- Spichler ER, Spichler D, Lessa I, Costa e Forti A, Franco LJ, LaPorte RE. Capture-recapture method to estimate lower extremity amputation rates in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2001;10(5):334-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892001001100007>
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Brasília; Ministério da Saúde; 2013.
- Callaghan BG, Sockalingam S, Treweek SP, Condie ME. A post-discharge functional outcome measure for lower limb amputees: test-retest reliability with trans-tibial amputees. *Prosthet Orthot Int.* 2002;26(2):113-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03093640208726633>
- Dunne S, Coffey L, Gallagher P, Desmond D. "If I can do it I will do it, if I can't, I can't": a study of adaptive self-regulatory strategies following lower limb amputation. *Disabil Rehabil.* 2014;36(23):1990-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2014.885993>
- Schaffalitzky E, Gallagher P, MacLachlan M, Wegener ST. Developing consensus on important factors associated with lower limb prosthetic prescription and use. *Disabil Rehabil.* 2012;34(24):2085-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.671885>
- Coffey L, Gallagher P, Desmond D, Ryall N, Wegener ST. Goal management tendencies predict trajectories of adjustment to lower limb amputation up to 15 months post rehabilitation discharge. *Arch Phys Med Rehabil.* 2014;95(10):1895-902. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.05.012>
- Gallagher P, MacLachlan M. Trinity amputation and prosthesis experience Scales - revised [text on the Internet] Dublin: Dublin Psychoprosthetics Group [cited 2018 Aug 5]. Available from: http://psychoprosthetics.ie/assets/TAPES_2011_Sept_2011.pdf
- Sinha R, van den Heuvel WJ, Arokiasamy P, van Dijk JP. Influence of adjustments to amputation and artificial limb on quality of life in patients following lower limb amputation. *Int J Rehabil Res.* 2014;37(1):74-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MRR.0000000000000038>
- Gallagher P, Desmond D, MacLachlan M. A guide to the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales - Revised (TAPES-R) [text on the Internet] Dublin: Dublin Psychoprosthetics Group [cited 2018 Aug 5]. Available from: http://psychoprosthetics.ie/assets/TAPES-R_Guide_October_2011.pdf
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000;25(24):3186-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Horgan O, MacLachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disabil Rehabil.* 2004;26(14-15):837-50. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>
- Unwin J, Kacpersek L, Clarke C. A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clin Rehabil.* 2009;23(11):1044-50. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215509339001>
- Deans SA, McFadyen AK, Rowe PJ. Physical activity and quality of life: A study of a lower-limb amputee population. *Prosthet Orthot Int.* 2008;32(2):186-200. DOI: <https://doi.org/10.1080/03093640802016514>
- Mathi E, Savla D, Sreeraj SR, Mishra S. Quality of life in transtibial amputees: an exploratory study using TAPES-R questionnaire. *Int J Heal Sci Res.* 2014;4(7):162-8.
- Randolph MG, Elbaum L, Wen PS, Brunt D, Larsen J, Kulwicki A, et al. Functional and psychosocial status of Haitians who became users of lower-limb prostheses as a result of the 2010 earthquake. *J Prosthetics Orthot.* 2014;26(4):177-82.
- Federica P, Cornaggia CM, Cerri CG, Perin C. Distortion of body image following lower limb amputation: implications for comprehensive rehabilitation. *Curr Adv Neurol Neurol Disord.* 2017;1(1):5-10. DOI: <https://doi.org/10.29199/cann.101015>

Este é um questionário utilizado para investigar os diferentes aspectos sobre ter uma prótese. Por favor, responda cada item da forma mais honesta possível. Não há respostas certas ou erradas. Suas respostas permanecerão confidenciais.

Data: _____

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: _____
3. Masculino () Feminino ()
4. Há quanto tempo você tem sua amputação? _____ anos _____ meses (data da 1ª cirurgia)
5. Há quanto tempo você usa prótese? _____ anos _____ meses
6. Há quanto tempo você tem a prótese atual? _____ anos _____ meses
7. Que tipo de prótese que você usa?
 Abaixo do joelho ()
 Desarticulação de joelho ()
 Acima do joelho ()
 Abaixo-cotovelo ()
 Desarticulação de cotovelo ()
 Acima do cotovelo ()
 Outro (por favor, especifique) _____
8. Qual foi a causa da sua amputação?
 Doença vascular periférica ()
 Diabetes ()
 Câncer ()
 Acidente/Trauma ()
 Outro (por favor, especifique) _____

PARTE 1

Abaixo está escrito uma série de afirmativas a respeito do uso da prótese. Por favor, leia cada afirmativa com cuidado e marque em cada uma delas o quanto você concorda ou discorda.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente / Fortemente	Não Aplicável
1. Eu me adaptei à prótese					
2. Conforme o tempo passa, eu me adapto mais à minha prótese					
3. Eu sinto que eu tenho lidado com sucesso com este aspecto na minha vida					
4. Embora eu use prótese, eu sinto que minha vida é plena					
5. Eu me acostumei a usar a prótese					
6. Eu não me importo se alguém olha para minha prótese					
7. Eu acho fácil falar a respeito da minha prótese					
8. Eu não me importo com as pessoas perguntando sobre minha prótese					
9. Eu acho fácil conversar sobre a perda do membro (amputação)					
10. Eu não me importo se alguém percebe que eu estou mancando					
11. A prótese interfere na minha habilidade de trabalhar					
12. Ter uma prótese me faz mais dependente de outros do que eu gostaria de ser					
13. Ter uma prótese limita o tipo de trabalho que eu posso fazer					
14. Ser um amputado significa que eu não posso fazer o que eu quero					
15. Ter uma prótese limita a quantidade de trabalho que eu posso fazer					

As perguntas seguintes são sobre as atividades que você pode fazer durante o seu dia a dia. Ter uma prótese o limita nessas atividades? Se sim, quanto? Por favor, marque no local apropriado.

	Sim, limita muito	Sim, limita um pouco	Não, não limita
a. Realizar atividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes extenuantes			
b. Subir vários lances de escada			
c. Correr para pegar o ônibus			
d. Esportes e recreação			
e. Subir um degrau de escada			
f. Andar mais de um 1 quilômetro			
g. Andar meio quilômetro			
h. Andar 100 metros			
i. Realizar passatempos			
j. Ir ao trabalho			

Por favor, marque a alternativa que representa o grau em que você está satisfeito ou insatisfeito com cada um dos diferentes aspectos de sua prótese conforme mencionados abaixo:

	Não satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
i. Cor			
ii. Formato			
iii. Aparência			
iv. Peso			
v. Funcionalidade			
vi. Confiabilidade			
vii. Ajuste/adaptação			
viii. Conforto			

As perguntas seguintes são sobre as atividades que você pode fazer durante o seu dia a dia. Ter uma prótese o limita nessas atividades? Se sim, quanto? Por favor, marque no local apropriado.

	Sim, limita muito	Sim, limita um pouco	Não, não limita
a. Realizar atividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes extenuantes			
b. Subir vários lances de escada			
c. Correr para pegar o ônibus			
d. Esportes e recreação			
e. Subir um degrau de escada			
f. Andar mais de um 1 quilômetro			
g. Andar meio quilômetro			
h. Andar 100 metros			
i. Realizar passatempos			
j. Ir ao trabalho			

Por favor, marque a alternativa que representa o grau em que você está satisfeito ou insatisfeito com cada um dos diferentes aspectos de sua prótese conforme mencionados abaixo:

	Não satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
i. Cor			
ii. Formato			
iii. Aparência			
iv. Pes nem um pouco satisfeito			
v. Funcionalidade			
vi. Confiabilidade			
vii. Ajuste/adaptação			
viii. Conforto			

Por favor, circule o número (0-10) que melhor descreve o quão satisfeito você está com sua prótese?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nem um pouco satisfeito										Totalmente satisfeito

PARTE 2

Assinale a alternativa mais apropriada em cada um dos itens abaixo:

- Em média, quantas horas por dia você usa sua prótese _____
- Em geral, você diria que sua saúde é:
Muito ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito boa ()
- Em geral, você diria que sua capacidade física é:
Muito ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito boa ()
- Em relação à sua cirurgia, responda:
A) Você experimenta dor no coto (dor na parte que resta do membro amputado)
Não () - (se não, vá para a questão 5)
Sim () - (se sim, responda itens b, c, d, e)

-
- B)** Durante a última semana, quantas vezes você teve dor no coto? _____
- C)** Em média, quanto tempo durou cada episódio de dor? _____
- D)** Indique o nível médio de dor no coto experimentado durante a última semana, conforme a escala abaixo:
Intolerável () Horrível () Estressante () Desconfortável () Fraca ()
- E)** Quanto a sua dor no coto parece interferir na sua rotina de vida durante a última semana (por exemplo: trabalho, lazer e atividades da família)?
Extremamente () Muito () Moderadamente () Um pouco () Nada ()
- 5)** Em relação à sua cirurgia, responda:
- A)** Você experimenta dor no membro fantasma (dor na parte amputada do membro)?
Não () – (se não, vá para a questão 6)
Sim () – (se sim, responda itens b, c, d, e)
- B)** Na última semana, quantas vezes você experimentou dor no membro fantasma (dor na parte amputada do membro)? _____
- C)** Em média, quanto tempo durou cada episódio de dor? _____
- D)** Por favor, indique o nível médio de dor no membro fantasma (dor na parte amputada do membro) vivenciado durante a última semana, conforme a escala abaixo:
Intolerável () Horrível () Estressante () Desconfortável () Fraca ()
- E)** Quanto a sua dor no membro fantasma (dor na parte amputada do membro) interferiu na sua rotina de vida durante a última semana? (por exemplo: trabalho, lazer e atividades familiares)
Extremamente () Muito () Moderadamente () Um pouco () Nada ()
- 6)** **A)** Você possui outros problemas de saúde sem ser a dor no coto ou dor no membro fantasma.
Não ()
Sim () – (se sim, responda as demais questões abaixo)
- B)** Por favor, especifique quais problemas você tem atualmente:

- C)** Na última semana, quantas vezes você sofreu desses problemas? _____
- D)** Em média, quanto tempo durou esses problemas? _____
- E)** Indique o nível de dor vivenciado em decorrência desses outros problemas de saúde durante a última semana, conforme a escala abaixo:
Intolerável () Horrível () Estressante () Desconfortável () Fraca ()
- F)** Quanto esses outros problemas de saúde interferirem na sua rotina durante a última semana? (por exemplo: trabalho, lazer e atividades familiares)
Extremamente () Muito () Moderadamente () Um pouco () Nada ()
- G)** Você sente alguma outra dor não mencionada anteriormente?
Não ()
Sim () – se sim, por favor especifique

- 7)** Você preencheu este questionário: Sozinho () Com ajuda ()
- 8)** Data de conclusão: _____