

engajamento do público alvo. Sua elaboração seguiu etapas bem definidas, incluindo a concepção do produto, referencial teórico e metodológico e utilizou teorias como análise transacional, aplicação multissensorial e neurolinguística para garantir a eficácia na comunicação do conteúdo. Tendo como relevância o fornecimento de orientações claras e precisas para pais /tutores de criança com prescrição de cadeira de rodas; e poderá contribuir para a efetividade do seu uso na prática diária.

## CONCLUSÃO

De acordo com os dados demonstrados na literatura pode-se concluir que os recursos educacionais têm seu efeito potencializado por sua facilidade de propagação e surgem como ferramenta relevante no processo de ensino-aprendizagem no contexto da educação em saúde. Sobretudo porque instiga, no público alvo, o processo crítico, de cognição e a capacidade de participar ativamente da edificação do saber e do fazer no intuito de melhorar o cenário individual e coletivo.

Para etapas posteriores o e-book desenvolvido, precisará ser validado por um comitê de especialistas, seguindo critérios de qualidade, embasamento teórico e metodológico; considerando a importância social do tema; a fim de evidenciar a sua representatividade como ferramenta de ensino. Após sua validação o e-book estará disponível no repositório da EduCapes e contribuirá de forma significativa para a promoção da saúde e educação das famílias de crianças com deficiência.

## REFERÊNCIAS

- Lopes GB, Kato LS, Correia PRC. Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora. *Psicol Teor Prat.* 2002;4(2):67-72.
- Casey J, McKeown L, McDonald R, Martin S. Wheelchairs for children under 12 with physical impairments. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(2):CD010154. Doi: [10.1002/14651858.CD010154.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010154.pub2)
- Albuquerque e Souza AC, Borges ECM, Magalhães BC, Kososki E, Aramaki AL, Silva e Silva SG. Percepção dos responsáveis de crianças e adolescentes sobre prescrição da cadeira de rodas e satisfação com o equipamento. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2018;29(1):27-33. Doi: [10.11606/issn.2238-6149.v29i1p27-33](https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i1p27-33)
- Fernandes MV, Fernandes A O, Franco RC, Golin MO, Santos LA, Setter CM, et al. Adequações posturais em cadeira de rodas: prevenção de deformidades na paralisia cerebral. *Rev Neurocienc.* 2007;15(4):292-296. Doi: [10.34024/rnc.2007.v15.8675](https://doi.org/10.34024/rnc.2007.v15.8675)
- Department of Health. Disabled Children and Young People and those with Complex Health Needs, Department for Education and Skills. London: DH; 2004.
- Ramos CMC. Cadeira de rodas com design estrutural em tensegrity de Bambu [Tese]. Rio de Janeiro: PUC-Rio; 2016.
- Volpini M, Brandão MB, Pereira LAR, Mancini MC, Assis MG. Mobilidade sobre rodas: a percepção de pais de crianças com paralisia cerebral. *Cad Bras Ter Ocup.* 2013;21(3):471-478. Doi: [10.4322/cto.2013.049](https://doi.org/10.4322/cto.2013.049)
- Santos AI. Recursos educacionais abertos no Brasil: o estado da arte, desafios e perspectivas para o desenvolvimento e inovação. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil; 2013.
- Santos AA, Warren EMC. Método CTM3 como dispositivo de ensino, aprendizagem e comunicação em produtos educacionais. In: Santos AA. Educação em saúde: trabalhando com produtos educacionais. Maceió: Hawking; 2020. p.13-30. Doi: [10.29327/522658](https://doi.org/10.29327/522658)

## Relação entre gravidade do sentimento de solidão, dor psicológica e impacto na vida diária de mulheres com fibromialgia

Alexandre Otilio Pinto Junior<sup>1,2,3</sup>, Victor Felipe Rodrigues Rego<sup>4</sup>, Viviane Porangaba Sarmiento<sup>3</sup>, Lorella Marianne Chiappetta<sup>3</sup>, Valfrido Leão de Melo Neto<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Alagoas

<sup>2</sup>Grupo de Pesquisa dos Aspectos Biopsicossociais nos Ciclos da Vida (VITAL)

<sup>3</sup>Centro Especializado em Reabilitação (CER) PAM Salgado

<sup>4</sup>Centro Universitário CESMAC

**Palavras-chave:** Dor, Fibromialgia, Solidão, Angústia Psicológica

## INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma doença crônica caracterizada por dor difusa, fadiga e comprometimento cognitivo. A presença de comorbidades psiquiátricas na fibromialgia destaca sua influência na qualidade de vida, piorando o prognóstico da doença. Dentre essas alterações, pode-se destacar o sentimento de solidão e a dor psicológica.

O conceito de solidão pode ser definido como uma percepção cognitiva de que os relacionamentos sociais são insuficientes ou inadequados, o que resulta em uma sensação afetiva de vazio ou tristeza. A Dor Psicológica (DP) também pode ser encontrada na literatura como dor mental, sofrimento psíquico, dor psíquica, vazio ou perturbação interna, havendo na literatura relato de que a dor psicológica já fora descrita como pior do que qualquer dor física que um indivíduo já sentira.

## OBJETIVO

Analisar as relações entre sentimento de solidão, dor psicológica e depressão com os escores do impacto da Fibromialgia em mulheres.

## MÉTODO

Tipo de estudo, participantes, local da pesquisa e aspectos éticos. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo. Submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Escola Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas – HUPAA/UFAL (CAAE 68294223.3.0000.0155).

A amostra foi composta por mulheres diagnosticadas com Fibromialgia (n= 60). Os dados foram coletados na Associação de Fibromiálgicas de Alagoas (AFIBAL) e em ambulatórios de Dor, Fisiatria e Reumatologia do SUS, na cidade Maceió-AL.

Crítérios de inclusão: gênero feminino, maiores de 18 anos e que possuíssem o diagnóstico de FM. Os critérios de exclusão: portadores de dor oncológica ou de doenças autoimunes; sequelados neurológicos ou por traumas; quadros psicóticos e déficit intelectual clinicamente significativos.

#### Variáveis e instrumentos

- Perfil Sociodemográfico: questionário de própria autoria dos pesquisadores e a pela aplicação do ABEP, versão 2022.
- Diagnóstico de Fibromialgia: critérios do Colégio Americano de Reumatologia – ACR (2016).
- Intensidade da Dor: Escala Numérica da Dor – END. Entendida como dor física. Considera-se valores de 1-3 (dor leve); 4-6 (dor moderada); e 7-10 (dor intensa).
- Impacto da Fibromialgia: Questionário de Impacto da Fibromialgia – QIF. Sua pontuação quanto mais alto for o valor, pior será a qualidade de vida.
- Depressão: Inventário de Depressão de Beck – BDI II. O questionário resulta em escores que variam de 0 a 63, sendo 0-13 (depressão mínima/sem depressão); 14-19 (depressão leve); 20-28 (depressão moderada); e 29-63 (depressão grave).
- Solidão: avaliada através da versão brasileira da Escala de Solidão de UCLA. A UCLA-BR contém 20 afirmações que gera um escore total de 60 pontos: 0-22 (solidão mínima); 23-35 (solidão leve); 36-47 (solidão moderada); e 48-60 (solidão intensa).
- Dor Psicológica: Escala de Dor Psicológica (*Psychache Scale*) – EDP, numa versão para o português brasileiro feita pelos autores deste estudo. O escore varia entre 13 e 65 pontos, sendo que quanto mais alto o resultado maior será a dor psicológica. Escores  $\geq 32,4$  pontos foram relacionados com maior risco de tentativa de suicídio.

Os dados foram apresentados de forma descritiva – frequência em números absolutos, média, desvio padrão (DP) e percentual. A distribuição da amostra foi feita pelo Teste de *Shapiro-Wilk* com distribuição não normal (não paramétrica). As correlações através de *Spearman*. A análise estatística foi realizada pelo *software* estatístico SPSS® (versão 29), sendo adotado  $p \leq 0,05$  como significativo e IC 95%.

## RESULTADOS

A amostra contém 60 mulheres, todas com diagnóstico confirmado de Fibromialgia. A média de idade foi de 49,2 anos ( $\pm 8,2$ ; min. 29; máx. 71); a maioria das mulheres (56,7%) não possuíam parceiro(a), se autodeclararam não brancas (76,7%) e eram sedentárias (72%). A média ABEP do critério Brasil para classificação socioeconômica foi de 22,2 ( $\pm 9,9$ ; min. 07; máx. 57), estando 17 (28,3%) participantes classificadas como em vulnerabilidade social por se enquadrarem nas classes “D” e “E”. A média de estudo formal foi de 12,1 anos ( $\pm 3,9$ ; min. 03; máx. 22), entretanto quase 46% da amostra (39 mulheres) não concluíram o ensino médio.

A maioria das participantes (61,7%) relataram comorbidades não psiquiátricas, as mais frequentes foram Hipertensão Arterial (59,5%) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (35,1%), todas faziam tratamento regular das suas comorbidades. A quantidade média de fármacos para o tratamento da FM foi de 4,0 ( $\pm 2,5$ ; min. 0; máx. 10), sendo os mais utilizados: gabapentinóides (50%), Duloxetine

(31,7%), Amitriptilina (26,7%). Uma minoria das participantes (43,3%) fazia terapias complementares não farmacológicas para o tratamento da FM, sendo as mais comuns dentre essas terapias: fisioterapia (14; 53,8%), acupuntura (05; 19,2%), psicoterapia (18; 69,2%), e em menor proporção alongamento, massoterapia e hidroterapia.

O tempo médio de início dos sintomas de FM foi de 12,9 anos ( $\pm 8,7$ ; min. 0,5; máx. 40), com um importante atraso para o seu devido diagnóstico – 7,3 anos ( $\pm 6,0$ ; min. 0; máx. 22). As médias dos instrumentos aplicados foram as seguintes: UCLA-BR 31,5 ( $\pm 15,4$ ); EDP 43,6 ( $\pm 13,7$ ); QIF 86,9 ( $\pm 16,0$ ); END 7,6 ( $\pm 1,5$ ); BDI 27,3 ( $\pm 11,0$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Escores de Gravidade de sentimentos de Solidão, Dor Psicológica, Impacto da FM e Sintomas Depressivos em Mulheres com Fibromialgia (n= 60)

VARIÁVEL	n	%	MÉDIA $\pm$ DP (MIN; MÁX)
<b>Sentimento de Solidão (UCLA)</b>			
Solidão Mínima (0 – 22)	14	23,3	31,5 $\pm$ 15,4 (0; 60)
Solidão Leve (23 – 35)	21	35,0	
Solidão Moderada (36 – 47)	16	26,7	
Solidão Intensa (48 – 60)	09	15,0	
<b>Dor Psicológica (EDP)</b>			
13 – 35	18	30,0	43,6 $\pm$ 13,7 (13; 65)
36 – 50	23	38,3	
51 – 65	19	31,7	
<b>Impacto da FM (QIF)</b>			
50 – 70	13	21,7	86,9 $\pm$ 16,0 (52; 110)
71 – 90	18	30,0	
>90	29	48,3	
<b>Intensidade da Dor (END)</b>			
1-3 (dor leve)	01	1,7	7,6 $\pm$ 1,5 (3; 10)
4-6 (dor moderada)	10	16,7	
7-10 (dor intensa)	49	81,7	
<b>Depressão (BDI II)</b>			
0 – 13 (sem depressão)	06	10,0	27,3 $\pm$ 11,0 (6; 56)
14 – 19 (depressão leve)	06	10,0	
20 – 28 (depressão moderada)	23	38,3	
29 – 63 (depressão grave)	25	41,7	

n: número de participantes. %: percentual; DP: desvio padrão; MIN: valor mínimo encontrado; MÁX: valor máximo encontrado; UCLA: Escala Brasileira de Solidão (UCLA-BR); EDP: Escala de Dor Psicológica; QIF: Questionário de Impacto da Fibromialgia; END: Escala Numérica da Dor; BDI: Inventário de Depressão de Beck II

A situação socioeconômica apresentou correlações inversamente proporcionais de fraca intensidade com sintomas depressivos ( $r = -0,38$ ), solidão ( $r = -0,40$ ) e correlação desprezível com dor psicológica ( $r = -0,29$ ). O sentimento de solidão apresentou correlações diretamente proporcionais de moderada intensidade com sintomas depressivos ( $r = 0,58$ ) e dor psicológica ( $r = 0,58$ ), e de fraca intensidade com a intensidade da dor física ( $r = 0,31$ ) e com o impacto da FM ( $r = 0,46$ ). A dor psicológica apresentou correlações diretamente proporcionais de moderada intensidade com depressão ( $r = 0,57$ ) e com o impacto da FM ( $r = 0,54$ ), e desprezível com a intensidade da dor ( $r = 0,28$ ). As correlações de

Spearman entre as variáveis encontra-se agrupada na Tabela 2.

**Tabela 2.** Correlações de Spearman entre variáveis clínicas e sociodemográficas

Variável	1	2	3	4	5	6	7
ABEP (1)	-						
Tempo Sintomas (2)	,02	-					
Tempo Diagnóstico (3)	,25	,75**	-				
BDI (4)	-,38**	,01	-,12	-			
EDP (5)	-,29*	,21	,18	,57**	-		
UCLA (6)	-,40**	,15	,03	,58**	,58**	-	
END (7)	-,01	-,03	-,12	,27*	,28*	,31*	-
QIF (8)	-,09	,27*	,17	,68**	,54**	,46**	,27*

**ABEP:** questionário socioeconômico Critério Brasil 2022; **BDI:** Inventário de Depressão de Beck II; **EDP:** Escala de Dor Psicológica; **UCLA:** Escala Brasileira de Solidão (UCLA-BR); **END:** Escala Numérica da Dor; **QIF:** Questionário de Impacto da Fibromialgia; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

## DISCUSSÃO

As médias dos diversos instrumentos de avaliação como o BDI-II para sintomas depressivos, UCLA-BR para percepção da solidão e EDP para gravidade da dor psicológica, além do QIF para o impacto da fibromialgia na qualidade de vida das participantes, refletem a gravidade dos sintomas percebidos, demonstrando um impacto significativo da fibromialgia na funcionalidade e no bem-estar psicológico e qualidade de vida das participantes.

O sentimento de solidão demonstrou ter relação diretamente proporcional de moderada intensidade com dor psicológica ( $r = 0,58$ ) e com depressão ( $r = 0,58$ ), de fraca intensidade com o impacto da fibromialgia ( $r = 0,46$ ) e com dor física ( $r = 0,31$ ); além de relação moderada inversamente proporcional com o nível socioeconômico ( $r = -0,40$ ). Estudos anteriores também verificaram forte associação entre solidão e depressão, tanto a solidão piora ou leva à depressão, como a depressão pode levar ao isolamento e solidão. Em nosso estudo foi obtido um escore médio de 31,5 para o sentimento de solidão, o que implica em solidão leve, ainda assim clinicamente relevante. Além disso, mais de 41% das participantes apresentaram escores de solidão de moderada a intensa gravidade.

Foi possível perceber que quanto maior o sentimento de solidão maior intensidade da dor psicológica. Coortes disponíveis na literatura já abordam a relação entre a dor psicológica e o suicídio, além de relacioná-la com outras variáveis psicológicas e os comportamentos suicidas.

Barroso et al., apontaram a solidão como um fator de risco para a depressão, ideação e comportamento suicida, bem como para uma variedade de outros resultados psicológicos e fisiológicos negativos. A solidão tem sido cada vez mais reconhecida como um problema crítico de saúde pública, e até mesmo uma prioridade de saúde global, que requer apoio social e médico, posto que estudos passados já disponíveis na literatura descobriram que as pessoas solitárias eram mais propensas a relatar fatores relacionados com problemas de saúde física.

Wolf & Davis, avaliaram 220 pacientes com FM, através de diários eletrônicos respondidos quatro vezes ao dia, por 21 dias, e identificaram que níveis de solidão matinal mais elevados do que o normal, previram níveis mais elevados de cognições desadaptativas à tarde, que, por sua vez, previram níveis mais elevados de dor no final do dia, assim, a relação entre a solidão matinal e a dor no final do dia foi significativa.

A dor psicológica demonstrou ter relações semelhantes às de solidão, sendo de moderada intensidade com a depressão ( $p = 0,57$ ) e o impacto da FM ( $p = 0,54$ ) e de intensidade desprezível com dor física ( $p = 0,28$ ); além de relação inversamente proporcional desprezível com o status socioeconômico ( $p = -0,29$ ). Estudos em suicidologia contemporânea identificam o principal fator de risco para o suicídio não sendo representado pelo diagnóstico psiquiátrico, mas pelos níveis de dor psicológica (“*psychache*”), descrita como uma experiência subjetiva intolerável que a pessoa deseja pôr fim por à dor com qualquer meio disponível, incluindo morte física. No estudo de Ielmini et al., eles mostraram que níveis elevados de depressão e níveis elevados de dor mental estão correlacionados com uma maior probabilidade de ocorrer uma tentativa de suicídio a curto prazo. Mee et al. encontraram alta correlação entre EDP com medidas de autodestrutividade (incluindo suicídio). A EDP aborda principalmente a frequência e não a intensidade da dor psicológica, estando focada principalmente na dor psicológica atual.

## CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo evidenciaram relações significativas entre piores escores de depressão, solidão e dor psicológica com maior impacto da fibromialgia em mulheres com esta condição. Tais achados ressaltam a importância de considerar os fatores psicológicos na avaliação e manejo da fibromialgia, pois, medidas não farmacológicas que incentivem a maior socialização dos pacientes podem ter impacto positivo na sensação de bem-estar e qualidade de vida dessas pessoas.

## REFERÊNCIAS

- Barroso SM, Oliveira NR, Andrade VS. Solidão e Depressão: Relações com Características Pessoais e Hábitos de Vida em Universitários. *Psic: Teor e Pesq* 2019;35:e35427. Doi: [10.1590/0102.3772e35427](https://doi.org/10.1590/0102.3772e35427)
- Batista ASA, Maia JBS, Souza CG, Lins CAA, Souza MC. Depression, anxiety and kinesiophobia in women with fibromyalgia practitioners or not of dance. *BrJP*. 2020;3(4):318-21. Doi: [10.5935/2595-0118.20200184](https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200184)
- Bennett RM, Jones KD, Aebischer JH, St John AW, Friend R. Which symptoms best distinguish fibromyalgia patients from those with other chronic pain disorders? *J Eval Clin Pract*. 2022;28(2):225-234. Doi: [10.1111/jep.13615](https://doi.org/10.1111/jep.13615)
- Campos RC, Holden RR, Gomes M. Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. *Death Stud*. 2019;43(8):527-533. Doi: [10.1080/07481187.2018.1493002](https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1493002)
- Cuyul-Vásquez I, Contreras Fuentes M, Ordóñez Vega R, Neira Stegmaier P, Maragaño Campistó N, Rodríguez Alvarado A. Recomendaciones clínicas para la rehabilitación de personas con fibromialgia. Una revisión narrativa. *Rev Soc Esp Dolor*. 2021;28(4):194-210. Doi: [10.20986/revsed.2021.3932/2021](https://doi.org/10.20986/revsed.2021.3932/2021)

6. Gau SY, Hung TH, Chuang MF, Wei JC. Depressive Symptoms in Patients with Fibromyalgia: Current Evidence and Preventive Approaches. *J Clin Med*. 2023;12(12):3987. Doi: [10.3390/jcm12123987](https://doi.org/10.3390/jcm12123987)
7. Ielmini M, Lucca G, Trabucchi E, Aspesi GL, Bellini A, Caselli I, et al. Assessing Mental Pain as a Predictive Factor of Suicide Risk in a Clinical Sample of Patients with Psychiatric Disorders. *Behav Sci (Basel)*. 2022;12(4):111. Doi: [10.3390/bs12040111](https://doi.org/10.3390/bs12040111)
8. Ghavidel-Parsa B, Bidari A, Rahimi A, Gharibpoor F, Khosousi MJ. No effect of approved fibromyalgia drugs on the social pain (invalidation) contrary to physical pain: an open-label short-term randomized clinical trial. *Clin Rheumatol*. 2022;41(1):245-254. Doi: [10.1007/s10067-021-05890-6](https://doi.org/10.1007/s10067-021-05890-6)

## Relação entre nível de amputação e etiologia em amputados de membro inferior da ISCMSP

Lucas Eiti Nishizawa<sup>1</sup>, Cesar Takeshi Sumita<sup>1</sup>, Eduardo de Melo Carvalho Rocha<sup>1</sup>, Fabio Seiji Kuga<sup>1</sup>, Patricia Lumi Yokomizo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Irmãdade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Palavras-chave:** Amputados, Extremidade Inferior, Reabilitação

## INTRODUÇÃO

Com o avanço da medicina, a amputação deixou de ser considerada um tratamento terminal e passou a ser vista como uma intervenção para maximizar a função do membro a ser amputado e melhorar a qualidade de vida do paciente. No Brasil, entre 2011 e 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou mais de 100.000 cirurgias de amputação, com a maioria ocorrendo em pacientes com diabetes mellitus (DM) e afetando principalmente os membros inferiores.<sup>1,2</sup>

A amputação acarreta diversas dificuldades físicas e psicossociais, afetando a capacidade do indivíduo de realizar atividades diárias e laborais, além de impactar sua imagem corporal e socioeconômica.<sup>3</sup>

Estudos<sup>4,5</sup> indicam que a mobilidade dos pacientes com amputação devido a doenças vasculares é menor do que a de outros pacientes, e há uma correlação entre o nível de amputação e sua etiologia. Portanto, a pesquisa epidemiológica é crucial para entender o perfil dos pacientes, elaborar medidas preventivas e melhorar os resultados da reabilitação.

## OBJETIVO

Relacionar nível de amputação e etiologia com base no perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos no Centro de Reabilitação do Hospital da Santa Casa de São Paulo.

## MÉTODO

Foi conduzido um estudo observacional, transversal e retrospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com dados

de prontuários de 338 pacientes submetidos à amputação de membros inferiores no ambulatório do Serviço de Reabilitação da ISCMSP, entre janeiro de 2021 e dezembro de 2022. Os dados incluíram nível de amputação, etiologia e presença de DM.

As informações foram tabuladas e mantidas de forma segura na plataforma Google Sheets e Excel para análise. Análises descritivas (porcentagem) e associações entre variáveis qualitativas foram realizadas utilizando testes qui-quadrado, com um nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Após revisão dos registros médicos, encontramos 338 pacientes amputados, com idades entre 8 e 94 anos. Destes, 217 (64,21%) eram homens e 121 (35,79%) mulheres. Em relação às amputações unilaterais, observamos: 3 (0,98%) desarticulações de quadril, 135 (43,97%) transfemorais, 127 (41,36%) transtibiais, 5 (1,62%) desarticulações de joelho, 17 (5,53%) parciais de pé (1 Boyd; 6 chopart; 4 Lisfranc; 6 Transmetatarsais) e 20 (6,51%) amputações de artelhos.

Dos 338 pacientes, 202 (59,76%) tinham histórico de DM registrado, enquanto 136 (40,24%) não. Os 32 pacientes com amputações bilaterais foram excluídos da análise, e os diferentes tipos de amputação foram agrupados por etiologia (Tabela 1).

Desarticulações de quadril foram exclusivamente tumorais. Nas amputações transfemorais, predominaram causas vasculares (71,1%), seguidas por traumáticas (14,1%) e tumorais (11,1%). Para desarticulações de joelho, dois casos (40%) foram traumáticos, dois (40%) tumorais e um (20%) infeccioso. Nas amputações transtibiais, causas vasculares prevaleceram (70,8%), seguidas por traumáticas (13,4%) e tumorais (7,8%). Amputações parciais de pé foram principalmente vasculares (88,2%), com um caso (5,9%) traumático e um (5,9%) tumoral. Amputações de artelhos foram predominantemente vasculares (70%), com três casos (15%) tumorais e dois (10%) traumáticos.

A análise estatística das correlações entre os níveis de amputação e a etiologia vascular não encontrou evidências suficientes para afirmar uma associação estatisticamente significativa. Para a hipótese (H1) de relação entre amputações transfemorais e etiologia vascular, o teste qui-quadrado resultou em um valor de 0,132 e um valor p de 0,714. Da mesma forma, para a associação entre amputações transtibiais e causas vasculares, o teste qui-quadrado resultou em um valor de 0,069, com um valor p de 0,788. As amputações parciais de pé e de artelhos também não mostraram associações estatisticamente significativas com a etiologia vascular, com valores de p de 0,092 e 0,997, respectivamente (Tabela 2). Não foi possível avaliar as relações para os níveis de desarticulação de quadril e joelho devido à baixa amostragem.

Ao examinarmos as amputações causadas por problemas vasculares, dividimos os casos entre Doenças Arteriais Periféricas (DAP) e Pé Diabético. Das 215 amputações devido a problemas vasculares, 164 (76,27%) foram atribuídas a DAP, enquanto 51 (23,72%) foram resultado de Pé Diabético.

As amputações transfemorais apresentaram maior incidência de DAP, com 92 casos (95,8%), em comparação com apenas 4 casos (4,2%) de DM. No nível transtibial, a maioria das amputações, 53 casos (58,9%), foi atribuída a DAP, enquanto 37 casos (41,1%) estavam relacionados ao DM. Nas amputações parciais de pé, 9 casos (60%) foram causados por DAP e 6 casos (40%) por DM. Quanto às amputações de artelhos, 10 casos