

Avaliação da reabilitação física e psicológica do paciente amputado por meio do trabalho multiprofissional

Evaluation of physical and pshychological rehabilitation in amputated patients by means of multiprofessional work

DOI:10.34117/bjdv8n8-150

Recebimento dos originais: 21/06/2022

Aceitação para publicação: 29/07/2022

Leonardo Pestillo de Oliveira

PhD

Instituição: Professor acadêmico pela Universidade Cesumar (UNICESUMAR)

Endereço: Avenida Guedner, 1610, Jardim Aclimação, CEP: 87050-390, Maringá – PR, Brasil

E-mail: leonardo.oliveira@unicesumar.edu.br

Sandra Cristina Catelan-Mainardes

Mestre

Instituição: Professora acadêmica pela Universidade Cesumar (UNICESUMAR)

Endereço: Avenida Guedner, 1610, Jardim Aclimação, CEP: 87050-390, Maringá – PR, Brasil

E-mail: sandra.mainardes@unicesumar.edu.br

Gustavo Henrique Gandolfo Souza

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade Cesumar (UNICESUMAR)

Endereço: Avenida Guedner, 1610, Jardim Aclimação, CEP: 87050390, Maringá – PR, Brasil

E-mail: gust_avo99@hotmail.com

Gabriel de Leão Esteves

Pós-graduado em Terapia Cognitiva Comportamental em Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)

Instituição: Universidade Cesumar (UNICESUMAR)

Endereço: Avenida Guedner, 1610, Jardim Aclimação, CEP: 87050390, Maringá – PR, Brasil

E-mail: gbr.esteves@gmail.com

Veridiana Catelan Mainardes

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Universidade Cesumar (UNICESUMAR)

Endereço: Avenida Guedner, 1610, Jardim Aclimação, CEP: 87050390, Maringá – PR, Brasil

E-mail: veridianacatelan@gmail.com

RESUMO

Introdução: O processo de amputação causa relevantes mudanças funcionais nos indivíduos amputados, além de causar complicações que interferem na reabilitação psicomotora e na qualidade de vida do paciente. Somado a isso, grande parcela dos amputados apresentam dor no membro fantasma a curto ou longo prazo, o que prejudica fases da reabilitação. **Objetivo:** Avaliar a reabilitação física e psicológica de pessoas amputadas através do trabalho multiprofissional visando à reinserção biopsicossocial do paciente. **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório e prospectivo de delineamento transversal quali-quantitativo, onde foram avaliados, pacientes amputados e profissionais de saúde na Associação Norte Paranaense de Reabilitação de Maringá/PR por meio de questionários específicos, baseados na Teoria Cognitivo-Comportamental e em estudos farmacológicos. Os resultados foram armazenados através do Excel 2016 e, posteriormente, analisados com base nos estudos mais atuais sobre o assunto pesquisado. **Resultados:** A principal causa de amputação dos pacientes foi a diabetes. Além disso, observou-se que o trabalho multiprofissional se mostrou importante para a recuperação física e psicológica dos pacientes. **Conclusão:** O presente estudo conclui que a abordagem multiprofissional é essencial para a reabilitação do paciente amputado a fim de promover uma melhora na qualidade de vida e promoção da saúde do paciente.

Palavras-chave: amputados, multiprofissional, dor no membro fantasma, reabilitação, promoção da saúde.

ABSTRACT

Introduction: The amputation process causes relevant functional changes in amputees, as well as causing complications that interfere with the patient's psychomotor rehabilitation and quality of life. In addition, a large proportion of the amputees present pain in the phantom limb in the short or long term, which impairs rehabilitation phases. **Objective:** To assess the physical and psychological rehabilitation of amputees through multiprofessional work aiming at the bio psychosocial reinsertion of the patient. **Methods:** This is an exploratory and prospective study with a qualitative and quantitative cross-sectional design, where amputated patients and health professionals were evaluated in the North Paranaense Rehabilitation Association of Maringá / PR using specific questionnaires based on Cognitive-Behavioral Theory and pharmacological studies. The results were stored through Excel 2016 and then analyzed based on the most current studies on the subject searched. **Results:** The main cause of amputation was diabetes. In addition, it was observed that the multiprofessional work proved important for the physical and psychological recovery of the patients. **Conclusion:** Thus the present study concludes that the multiprofessional approach is essential for the habilitation of the amputated patients in order to promote an improvement in the quality of life and promotion of the health of the patient.

Keywords: Amputees, Multiprofessional, Phantom limb pain, Rehabilitation, Health promotion.

1 INTRODUÇÃO

A amputação causa uma dramática mudança funcional, além de complicações que interferem na reabilitação física e psicológica do paciente e, também, em sua qualidade

de vida (SOUZA et al., 2016). Há, ainda, um importante impacto socioeconômico, como o aumento da abstenção laboral e altos gastos relacionados, desde o atendimento inicial até total reabilitação e reinserção do indivíduo na sociedade. Essa condição clínica está associada à expressiva morbimortalidade e incapacidade, fazendo-a um grande problema de saúde pública (BEIRÃO; MACHADO, 2013).

A amputação é considerada uma cirurgia reconstrutora, na qual separa do organismo de maneira parcial ou total, um membro ou parte do corpo, para fins terapêuticos, decorrentes de causas externas, como acidentes ou a condições de saúde agudas ou crônicas, infecções e diabetes mellitus respectivamente (VARGAS et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o paciente que passa por uma cirurgia reconstrutora, segue por determinadas fases durante o processo de reabilitação. Tais etapas iniciam-se ainda na fase pré-cirúrgica e cirúrgica onde o paciente passa por uma avaliação geral física e psicológica, avaliando a real necessidade da amputação. Na fase pós-cirúrgica imediata, o paciente é contra-referenciado para os serviços especializados, para controle de possíveis intercorrências, como deformidades e modelagem do coto, controle de edemas, além do surgimento da dor do membro fantasma. As últimas fases são a pré-protética e a protética onde o paciente é preparado para iniciar o uso da prótese assim como recebe orientações para o uso correto.

Perante uma incapacidade física, tal como uma amputação, o indivíduo pode desenvolver comportamentos agressivos, além de apresentar o isolamento social e a perda da autoestima (SEREN; TILIO, 2014). Esses comportamentos se tornam ainda mais frequentes quando o amputado não recebe o apoio familiar ou de amigos durante a sua reabilitação, bem como, uma abordagem terapêutica inadequada, causando prejuízos ainda maiores ao seu estado físico e psicológico (MARIANO et al., 2014).

A partir disto, após a amputação, tem início uma avaliação através de uma equipe multiprofissional, que conta com médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros, que objetivam a reabilitação do paciente amputado, a qual deve ser precoce e que tem como meta a recuperação funcional deste (BEIRÃO; MACHADO, 2013), proporcionando condições de readaptação profissional e reintegração social. Dessa forma, isso exige altas demandas dos serviços sociais e de profissionais especializados, assim como, a ação integrativa entre eles (LIMA; CHANLIAN; MASIERO, 2006).

A situação de incapacidade adquirida pode desafiar alguns dos pressupostos básicos sobre o próprio sujeito e o mundo em geral, uma vez que, a auto-imagem corporal e a autoestima do amputado é afetada (LIMA; CHANLIAN; MASIERO, 2006). Assim, a teoria Cognitivo-Comportamental (TCC), pode respaldar o indivíduo em refletir sobre seus pensamentos gerais e crenças disfuncionais, além de auxiliar no trabalho com a recuperação de amputados através de motivações a encarar os novos desafios. (REIS; SCWAB; NEUFELD, 2014).

Além da adaptação da nova imagem corporal, o amputado também precisa se reinserir socialmente, assim como, o processo de reabilitação envolve treinamento do paciente para marcha independente e para o uso de auxiliares de marcha (próteses ortopédicas). Assim, a presença de alterações, físicas e psicológicas, nas condições gerais dos amputados podem impossibilitar o progresso positivo de cada fase da reabilitação (LIMA; CHANLIAN; MASIERO, 2006).

Durante as fases de reabilitação muitas são as possíveis intercorrências, dentre elas a dor do membro fantasma, uma condição clínica comum entre os amputados, e que estabelece um prognóstico desfavorável. Descrita como a presença de uma sensação dolorosa na parte ausente do membro amputado que surge, normalmente, dentro de alguns dias após a amputação tendo um curso autolimitado, com a diminuição da frequência e da duração (LIMA; CHANLIAN; MASIERO, 2006).

A prevalência da dor fantasma varia de 3,3% a 85% dos casos, essa discrepância entre os dados está relacionado à falta de informações sobre a dor fantasma no Sistema Único de Saúde (SUS), heterogeneidade nos estudos além do tema ser pouco abordado (SOUZA et al., 2016). Inicialmente, essa dor era considerada uma doença psiquiátrica, porém com os avanços das evidências do eixo neural, principalmente do córtex, observou-se que mecanismos periféricos e centrais estão entre as explicações que vem ganhando consenso (GRILO, 2012).

Portanto, este estudo busca avaliar o biopsicossocial dos amputados por meio do trabalho multiprofissional, refletindo sobre seu processo de recuperação e também no surgimento de possíveis doenças associadas a incapacidade funcional, o que pode prejudicar todo e qualquer tratamento de reabilitação. Além disso, pretende-se analisar a reabilitação do paciente com base na Teoria Cognitivo-Comportamental (TCC) e identificar por meio de uma revisão literária sistêmica, as atuais condutas terapêuticas no manejo do paciente com dor do membro fantasma.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e prospectivo de delineamento transversal qualitativo. A coleta de dados foi feita nas acomodações da Associação Norte-Paranaense de Reabilitação (ANPR) de Maringá-PR, a qual é especializada na reabilitação física e psicológica de pessoas com deficiência física e/ou cognitiva e dentre estes, há pacientes amputados, os quais foram o alvo do presente estudo. O período da coleta de dados foi de abril a maio de 2018.

Foi avaliado um total de 16 pacientes com amputação de um ou de ambos os membros inferiores, residentes na cidade de Maringá e região, na faixa etária de 18 a 85 anos, de ambos os sexos, que já vinham de um acompanhamento na ANPR, após serem encaminhados por uma unidade de saúde especializada. Da amostra total, foram excluídos 7 pacientes, sendo que 4 não compareceram as sessões de fisioterapia nos dias estabelecidos pela instituição e 3 não estavam inclusos na faixa etária avaliada.

Portanto fez parte da amostra um total de 9 pacientes, os quais foram submetidos a entrevistas semiestruturadas, abordados por três questionários diferentes: socioeconômico; *Short Form 6 Dimension* (SF-6F Brasil) e avaliação subjetiva relacionado à amputação. Esses foram baseados, respectivamente, em indagações de condições de vida do paciente, bem como a relação de suas necessidades com o processo de reabilitação física e psicológica; análise do estado de saúde dos amputados com base em 6 domínios (capacidade funcional, limitação global, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade); e análise quantitativa da saúde mental de indivíduos amputados, utilizando critérios abordados na teoria cognitivo-comportamental e na avaliação médica de amputados.

Também foram avaliados 10 profissionais da ANPR que acompanhavam, direta ou indiretamente, os pacientes amputados, que possuísem vínculo empregatício a mais de um ano na instituição, de ambos os sexos e com ensino técnico ou superior. Do total desta amostra foram excluídos 3 profissionais por não atuarem com os pacientes amputados.

Sendo assim, fizeram parte da amostra um total de 7 profissionais, dentre eles: 3 fisioterapeutas, 2 enfermeiras, 1 psicóloga e 1 técnico responsável pelas próteses dos amputados. Estes profissionais também foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, para avaliar de forma qualitativa o trabalho multiprofissional e interdisciplinar entre eles e seus conhecimentos e condutas frente às queixas do paciente relacionada a dor do membro fantasma.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas no Excel 2016 para o adequado armazenamento das informações, possibilitando o manejo de dados e integralidade das informações coletadas de acordo com as variáveis relevantes para estudo. As análises estatísticas foram realizadas de forma descritiva através do cálculo de algumas medidas como: média, desvio padrão (DP), frequência absoluta e relativa. Também analisou qualitativamente citações dos profissionais e dos pacientes.

Foi realizada uma pesquisa sistematizada da literatura de artigos que atenderam aos temas abordados no estudo, publicados nas bases de dados eletrônicas Pubmed, Uptodate e Lilacs de 2008 a 2018. Os descritores utilizados foram: reabilitação; amputados; trabalho multiprofissional; dor; membro fantasma; imagem corporal; teoria cognitiva-comportamental.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o Parecer nº 2606348 e todos os participantes foram orientados sobre os questionários, entrevistas e objetivos da pesquisa, antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS

Foram entrevistados 9 pacientes que preenchiam os critérios pré-estabelecidos na pesquisa e que concordaram em participar do estudo. Todos completaram o questionário socioeconômico, o SF- 6D e o questionário de avaliação subjetiva relacionado à amputação.

A idade média dos pacientes foi de 53,33 anos (DP = 13,521), sendo 88,89% destes, pertencentes ao sexo masculino. A maior parte dos indivíduos referia-se a cor da pele branca (77,78%) e o restante, a cor da pele preta (22,22%). Com relação a profissão atual ou antecedentes profissionais, 44,44% afirmaram trabalhar na agricultura ou campo, outros 44,44% eram trabalhadores autônomos e apenas 11,11% trabalharam em comércio ou banco. A maioria dos participantes era casada (66,67%), outros 22,22% eram viúvos e 11,11% solteiros. A média de escolaridade foi de 9,625 anos (DP = 3,637), sendo a maioria com ensino fundamental incompleto ou completo e apenas um dos indivíduos possuía o ensino superior completo.

A renda mensal familiar foi de até dois salários mínimos em 88,89% dos pacientes e o restante recebem de três a cinco salários mínimos. A média de filhos por entrevistado foi de 3,86 filhos (DP = 2,028), sendo que a maioria (55,56%) possuía mais de três filhos e apenas um indivíduo afirmou não ter filhos. A média de pessoas que moram com os

entrevistados foram de 3,11 pessoas (DP = 1,196), no entanto apenas um indivíduo mora sozinho.

Todos os participantes do estudo apresentavam um dos membros inferiores (MMII) amputados, sendo o tempo médio de amputação de 6,39 anos (DP = 9,229). Na maioria (44,44%) dos participantes do estudo, a causa da amputação, segundo o prontuário médico, foi devido à acidentes, 33,33% devido ao Diabetes Mellitus e 22,22% foi por infecções.

Com relação às mudanças no estilo de vida destes pacientes, 66,66% afirmaram presença mudanças nos hábitos de vida ou necessidade de se afastar do trabalho após a amputação. Quando os indivíduos foram questionados com relação à percepção de si mesmo e sobre a realização das atividades do dia-a-dia logo após a amputação, a maioria deles (55,55%) afirmou que houve uma mudança drástica nesse quesito ou sentiram-se completamente limitados. Já 33,33% deles sentiram-se limitados parcialmente para realizar as atividades diárias e apenas um dos participantes, afirmou não sentir nenhum tipo de limitação.

Por outro lado, após a chegada destes pacientes na ANPR e com o acompanhamento multiprofissional, dos 9 participantes do estudo, 8 deles declararam que houve mudanças positivas na percepção de si mesmas e em realizar as atividades do dia-a-dia, sendo que, sentiram-se mais capazes e dispostos a retomar seu estilo de vida. Apenas um dos indivíduos afirmou que não houve mudanças significativas, não apresentando grandes benefícios para os hábitos ou estilo de vida.

Em relação ao apoio da família ou amigos durante o processo terapêutico de reabilitação física e psicológica, 88,89% dos pacientes receberam apoio e afirmaram o quanto isto foi importante. Já em relação ao acompanhamento na ANPR, 66,67% dos indivíduos, afirmaram que toda a equipe multiprofissional foi importante no processo de reabilitação e 33,33% destacaram o papel do fisioterapeuta como o membro de destaque, pelo maior contato com este profissional.

Os pacientes também foram questionados a avaliar o trabalho multiprofissional desempenhado na ANPR e todos os eles declararam que o trabalho é de boa qualidade e que corresponde às expectativas de todos os entrevistados:

“Fazem um ótimo trabalho” (Participante 1)

“Acredito que estão fazendo o melhor e gosto muito do trabalho” (Participante 5)

“Um ótimo trabalho, sem reclamações” (Participante 7)

Quanto a “dor do membro fantasma”, 55,56% dos pacientes afirmaram que não sentiram dor no membro amputado em nenhum momento após o procedimento e 44,44% alegaram ter sentido a dor no membro amputado em algum momento durante o processo de reabilitação. Destes, mais da metade (66,66%), disseram que a dor surgiu logo após a amputação e o restante afirmou que surgiu após um mês do procedimento cirúrgico. Com relação ao profissional da saúde que auxiliou no tratamento desta dor, os pacientes afirmaram que o médico generalista teve papel importante no processo terapêutico, no entanto, a maior parte deles, não atribuiu a nenhum profissional específico o tratamento desta queixa, por não procurar nenhum atendimento ou por falta de conhecimento sobre a condição.

Com relação ao questionário *Short Form 6-Dimension*: observou-se que todos os pacientes apresentaram uma boa capacidade funcional, apesar de que no domínio “Limitação Global” a maior parte destes referiram estar limitados no seu tipo de trabalho ou em outras atividades como consequência da sua atual condição física (amputação). Quanto aos outros domínios (“Capacidade Funcional”, “Aspectos sociais”, “Dor”, “Saúde Mental”, e “Vitalidade”) a maioria dos entrevistados não referiu não alterações significativas que interfeririam em sua qualidade de vida.

Além dos pacientes, foram entrevistados 7 profissionais da ANPR, dentre eles 2 enfermeiras, 3 fisioterapeutas, 1 psicóloga e 1 técnico de próteses ortopédicas. Todos preenchiam os critérios pré-estabelecidos na pesquisa e concordaram em participar do estudo.

O tempo médio de atuação na ANPR dos profissionais entrevistados foi de 2,75 anos (DP = 3,575). Nas entrevistas, as enfermeiras afirmaram possuir um contato direto com o paciente (duas vezes por semana) e quando questionadas sobre qual o papel delas no manejo dos pacientes amputados, afirmaram que atuam nos cuidados gerais. Cuidados como o controle da pressão arterial, orientações sobre o cuidado com o coto e com a prótese (caso o paciente faça uso), além disso, são responsáveis por avaliar presença de curativos ou lesões e em caso de intercorrências os encaminham para o médico da instituição.

Os fisioterapeutas também afirmaram contato direto com os pacientes (duas vezes na semana) e em relação aos cuidados com os amputados, estes definiram como: “*voltado para permitir uma maior autonomia para o paciente, prepará-lo para o uso da prótese, além dos cuidados com a qualidade da marcha*” (citação de um dos fisioterapeutas).

A psicóloga também declarou ter contato direto com os amputados (uma vez por semana) e seu papel na reabilitação é de “*propiciar o bom andamento dos atendimentos de fisioterapia e fonoterapia*”, além das orientações em geral.

Em relação à atuação multiprofissional, as enfermeiras, fisioterapeutas e a psicóloga declararam que discutem com a equipe, durante o primeiro atendimento, sobre quais linhas terapêuticas a serem seguidas, traçam as metas e condutas necessárias e posteriormente seguem com as intervenções adequadas a serem trabalhadas durante todo o período de reabilitação do amputado.

O técnico em prótese ortopédica relatou que possui um contato indireto com os amputados por meio de conversas com os profissionais que os atendem e seu papel na reabilitação do paciente é na “*confecção das próteses e o acompanhamento do paciente*”. Diferente dos demais profissionais, ele afirmou não participar dos primeiros atendimentos do paciente recém-chegado na ANPR, bem como, não faz um atendimento continuado durante a reabilitação do amputado. Em relação ao trabalho multiprofissional, disse que sempre segue com as intervenções que julga mais adequada aos pacientes, sem discutir com outros profissionais.

Outro ponto, relacionado ao trabalho multiprofissional, foi quanto a realização de reuniões em equipe para que se discutissem os pontos positivo/negativos e condutas no processo terapêutico dos amputados e, de acordo com todos os entrevistados, estas só ocorrem em casos específicos ou conforme às necessidades dos pacientes.

Outra questão levantada nas entrevistas, foi relacionada a “*dor do membro fantasma*”. Todos os profissionais afirmaram saber o que era essa condição clínica, bem como, alegaram que alguns pacientes da ANPR já se queixaram deste quadro clínico. Na conduta desta modalidade de dor, os fisioterapeutas e as enfermeiras afirmaram que atuam no cuidado da queixa de forma direta, por meio do diálogo ou com intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Já a psicóloga, afirmou não intervir nesse tipo de queixa dos pacientes, por não fazer parte de sua função. O técnico em prótese ortopédica afirmou que procura intervir indiretamente discutindo o caso com o profissional que cuide deste tipo de queixa e, geralmente, é o médico generalista.

4 DISCUSSÃO

4.1 A AUTOIMAGEM NO SUJEITO AMPUTADO

A amputação tem por definição, a retirada de um membro seja por acidente ou método cirúrgico. Sendo assim, a função do ato clínico é controlar a dor sentida pelo

paciente ou manipular a doença existente no membro. Os mais frequentes acontecimentos para tal procedimento são: acidentes, doenças vasculares e diabetes, podendo haver complicações por tabagismo ou idade avançada. Baseando-se nos dados verificados, 33,33% dos entrevistados obtiveram o membro amputado por diabetes mellitus, sendo confirmado com uma das causas gerais do ato cirúrgico. (REIS; SCHWAB; NEUFELD, 2014).

Maturana (2004) afirma que a autoimagem do sujeito é alterada após a amputação, pois há modificação na visão cognitiva de si mesmo. Sendo assim, conforme os resultados apresentados, 55% dos entrevistados asseguraram uma mudança drástica nesse quesito ou grande limitação. Silva e Queiroz (2009) promulgam a importância da reabilitação do sujeito à sociedade, permitindo a retomada de atividades diversas por meio da prótese. Tal fato é reforçado pelos 88,8% dos entrevistados na ANPR, demonstrando a importância do trabalho multiprofissional com esses indivíduos, havendo sentimento de disposição e capacidade para os afazeres rotineiros dentro de suas possibilidades. Portanto, é de extrema relevância também, a aceitação do quadro atual do paciente para que o próprio consiga relacionar consigo mesmo e com o meio em sua volta. (LIMA; LEÃO, 2004).

a. Dor Fantasma

A amputação pode retratar outra problemática: a dor do membro fantasma. Segundo Ehde et al. (2000) essa dor está inserida em cerca de 80% dos pacientes, no entanto, ao confrontar os dados com a pesquisa presente, 55,56% afirmaram não sentir a contração, enquanto 44,44% disseram notar. Desses últimos citados, mais da metade (66,66%) alegaram sentir a dor logo após a amputação. Acentuando tal preceito, todos os profissionais da ANPR afirmaram que em algum momento do processo, os sujeitos relatam já ter sentido a dor do membro fantasma. Essa disparidade do quadro clínico denota-se possivelmente pela falta de informação dos pacientes entre dor somática e a do membro fantasma.

b. Teoria cognitivo- comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) propaga por objetivo auxiliar o indivíduo na reflexão sobre si mesmo e seus pensamentos, estados fisiológicos e todas as esferas envolventes na vida cotidiana. Dessa maneira, identifica possíveis soluções aos casos e aplica enfrentamentos aos desafios (BECK, 1997). Esses conceitos podem ser vistos nas afirmações da psicóloga entrevistada da ANPR, na qual reúne a equipe para

discutir casos novos e/ou quando necessário, auxilia nos atendimentos de fisioterapia e fonoterapia, bem como acompanha a evolução dos casos clínicos.

c. A Amputação como um problema de saúde pública

É salutar pensar no paciente amputado dentro de um aspecto social. Sendo assim, ao verificar os dados da presente pesquisa, notam-se dados comparativos com outras análises existentes. Lima et al. (2016) denotam o público masculino como reincidente no tema, 78,7% dos entrevistados. Já no presente estudo, mantém tal dado: 88,8% dos indivíduos são do sexo masculino. Esse alto índice deve-se, inclusive, pelo descuido do homem em relação a sua saúde, uso de drogas principalmente das lícitas e sedentarismo. (TRILICO et al., 2015)

Ainda sobre o critério social, outro importante fator é a renda per capita. Conforme consta Lima et al. (2016) existe certa predominância de salário mínimo como renda mensal familiar nesses pacientes. Esta publicação registrou 88,8% dos pacientes com até 2 salários mínimos, ou seja, a amputação atinge uma parcela crítica dessa população. Esses dados sugerem a importância do serviço social junto ao tratamento de reabilitação física e mental dos pacientes, para assim, possuir maior conhecimento da realidade vivenciada pelo amputado. (SCHOELLER, 2013)

d. Dor do membro fantasma na prática clínica

Os primeiros relatos sobre a Dor Fantasma (DF) ocorreram nos Estados Unidos durante a Guerra Civil americana pelo médico Sila Weir Mitchell em vítimas de amputação (GRILO, 2012). Mais tarde, devido aos avanços da neurociência e neurofisiologia, bem como das elucidaciones quanto a neuroplasticidade do cérebro a DF foi mais bem esclarecida (GRILO, 2012).

De maneira geral, as dores fantasmas são precedidas pela sensação fantasma, a qual se trata de uma experiência da percepção de um membro ausente que se comporta de forma semelhante ao membro real, podendo ser uma sensação transitória, vaga e parestésica (FERNÁNDEZ, 2015). A partir do momento que a dor se torna desagradável fisicamente e psicologicamente podemos definir então como dor fantasma (DF) (SOUZA et al., 2016).

No entanto, quanto aos dados estatísticos poucas são as informações, devido à falta de estudos relacionado a DF e, também, a falta de dados coletados de pacientes amputados nos sistemas de saúde (GRILO, 2012). Outro fator que dificulta a quantificação de pacientes amputados que tiveram DF, é a confusão que se faz entre a dor somática (dor no coto) e DF (SOUZA et al., 2016). A dor somática correlaciona-se com

as alterações do coto pós-cirurgia ou ao próprio ato cirúrgico, diferente da DF que acaba por ser mais subjetiva (GRILO, 2012). Assim, há medidas que podem distinguir as duas modalidades de dor a partir da anamnese e do exame físico do paciente, mas muitas vezes as dores podem coexistir, caracterizando uma dor “mista” (neuropsicogênica e somática) (FERNÁNDEZ, 2015).

Na clínica a DF pode ser descrita como ardente e esmagadora ou por descrições parestésicas do paciente (queimação ou formigamento), ou ainda, de maneira pulsátil (GRILO, 2012). Ela pode começar logo após o a cirurgia reconstrutora, ou semanas, meses e, até mesmo, anos (FERNÁNDEZ, 2015). Normalmente ela é sentida em pontos específicos do membro ausente, sendo mais comuns os locais mais distais (nos dedos dos pés, calcanhar, planta do pé e parte superior do tornozelo e dorso do pé) (SOUZA et al., 2016). A dor pode ser contínua ou intermitente, com períodos de exacerbação durante o dia e intervalos aleatórios, podendo ocorrer em intensidade variada (DEMIDOFF; PACHECO; SHOLL-FRANCO, 2007).

Com relação a fisiopatologia da DF, antes das descobertas sobre os eixos neuronais, era considerada uma doença psiquiátrica (FERNÁNDEZ, 2015). Entretanto, hoje a hipótese mais aceita para essa modalidade de dor é a da interação de mecanismos centrais e periféricos (GRILO, 2012). Os mecanismos periféricos envolvidos estão relacionados ao fato de que durante a cirurgia, nervos periféricos são seccionados, o que leva a uma destruição neuronal (SOUZA et al., 2016). A resposta orgânica para isso é deposição de tecido conjuntivo nos nervos com a formação de neuromas, os quais possuem canais de sódio que levam a uma hipersensibilidade e descargas espontâneas (GRILO, 2012). Essa teoria pode ser esclarecida devido a redução da DF no tratamento com fármacos bloqueadores de canais de sódio (SOUZA et al., 2016).

Já nos mecanismos centrais, ocorrem alterações no córtex e na medula, onde se observa uma expansão neuronal receptiva e hiperexcitabilidade ao nível da medula, processo chamado de sensibilização central, com aumento da atividade de receptores N-metil D-aspartato (NMDA), mediados por substâncias P, taquiquininas e neuroquininas, no corno dorsal da medula (GRILO, 2012). Também pode ocorrer a perda de transmissão inibitória descendente, desde os centros supraespinais até os neurônios alvo na vertebra, assim com uma diminuição da inibição intersegmentar da medula, torna determinadas regiões da medula mais facilmente excitáveis, levando as sensações e dores fantasmas (FERNÁNDEZ, 2015).

No córtex o que se observa é uma reorganização cortical decorrente de um processo adaptativo que ocorre tanto no córtex somatossensorial quanto no córtex motor dos pacientes amputados (GRILO, 2012). Isso significa que as áreas de representação das extremidades amputadas são assumidas pelas áreas de representação vizinhas, assim estímulos aferentes nociceptivos do coto ou área circundante podem produzir a sensação no membro ausente (GROSSBERG; SUBEDL, 2011).

O tratamento da dor fantasma ainda é um desafio, uma vez que tal tipo de dor não responde aos analgésicos convencionais. O que se estabelece para o tratamento da DF são algumas medidas profiláticas e opções farmacológicas e não farmacológicas:

- Analgesia e anestesia peri-operatória: uso de tal medida profilática tem como objetivo estimular nocivamente o local amputado que leve as alterações com formações de neuromas e que evite a sensibilização central (SOUZA et al., 2016).

- Paracetamol e anti-inflamatórios não-esteroides (AINES): estes são os medicamentos mais usados no tratamento da DF e que mostram os melhores resultados terapêuticos (SOUZA et al., 2016).

- Opiodes (Oxicodona, Metadona, Morfina): se mostraram eficazes no tratamento da dor neuropática, bem como na DF (FERNÁNDEZ, 2015). Estudos comparativos mostram que a morfina via intravenosa (0,05 mg/kg em infusão em bólus + 0,2 mg/kg durante 40 minutos) diminui tanto a dor somática quanto a DF enquanto outras drogas como a lidocaína diminui apenas a dor somática (GRILO, 2012). O Tramadol e a Morfina são as opções para o tratamento da dor fantasma com nível A de eficácia (GRILO, 2012).

- Antidepressivo: junto aos AINES são os mais prescritos para dor neuropática e DF (GRILO, 2012). Isso porque eles agem, principalmente, inibindo a receptação de serotonina e noradrenalina, além do bloqueio do receptor NMDA e do bloqueio de canais de sódio (SOUZA et al., 2016). Os antidepressivos tricíclicos são os mais utilizados e as doses para o tratamento da DF são menores do que para o tratamento de depressão (FARIA; SILVA, 2014). O mais utilizado é a Amitriptilina na dose de 55 mg por dia, porém a Nortriptilina e a Desipramina demonstram mesmo efeito, mas com menos efeitos colaterais, porém não são distribuídos pelo SUS (GRILO, 2012).

- Anticonvulsivantes: o principal representante dessa classe usado de maneira off label é a Gabapentina (dose a partir de 300 mg com titulação máxima de 3600 mg), no entanto ela não é aprovada pelo *FoodandDrugsAdministration* (FDA) para o tratamento da DF (GRILO, 2012). Esta é uma droga muito utilizada no tratamento de muita Síndrome de

dor neuropática, no entanto com relação a DF os estudos mostram resultados ora positivos ora negativos para tal modalidade de dor (FARIA; SILVA, 2014).

- Calcitonina: é uma opção que parece ter eficácia quando se fala da fase aguda da DF, mas não na fase crônica (SOUZA et al., 2016).

- Antagonistas do receptor de NMDA: são eles o Dextrometorfano e a Ketamina, os quais possuem um efeito analgésico eficaz na DF, porém os efeitos colaterais (sonolência, sedação, perda de consciência, alucinações e dificuldades de equilíbrio) são mais graves que os efeitos analgésicos (SOUZA et al., 2016).

- Tratamento não farmacológico: deve ser feito como adjuvante ao tratamento farmacológico e assim a combinação dessas duas modalidades de tratamento são muito eficazes na tentativa de controlar a DF (FARIA; SILVA, 2014). Os tratamentos mais frequentemente estudados e aplicados são: a Estimulação Elétrica Transcutânea, terapia do espelho, a estimulação medular e cerebral, fisioterapia, vibroterapia, acupuntura e as terapias psicológicas (FERNÁNDEZ, 2015).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, a atuação multiprofissional é de suma importância para o processo de reabilitação dos pacientes amputados. Da mesma forma, a interação entre os profissionais mostra-se importante para que se tenha uma melhor conduta terapêutica na readaptação do paciente, assim como, para que esteja preparado para receber a prótese que, por sua vez, trará uma melhor qualidade de vida para este, bem como, melhora sua capacidade funcional, facilitando a readaptação deste sujeito no meio social. Por sua vez, a Teoria Cognitivo-Comportamental auxilia no processo de recuperação dos indivíduos amputados, analisando as dificuldades de autoimagem e como se readaptar diante desta causa, da mesma forma, busca cooperar em suas crenças disfuncionais e reorganizá-las de acordo com o social de cada paciente.

Com relação a dor fantasma pode-se entendê-la como uma comorbidade de grande relevância no processo de recuperação do paciente amputado, capaz de interferir no tempo de iniciação do uso da prótese e prejudicando a capacidade funcional dos pacientes, sendo assim, deve ser vista como um problema diagnosticado e tratado de forma rápida e eficaz, associando tanto o tratamento farmacológico, quanto ao não farmacológico em sua resolução.

O estudo não apresentou nenhum risco para a amostra analisada. Os benefícios das informações obtidas nesta pesquisa contribuirão para a melhor compreensão dos

aspectos físicos e psicológicos do processo de reabilitação dos pacientes amputados, assim como o entendimento da terapia cognitivo-comportamental para esse processo. Sendo assim, a presente pesquisa poderá contribuir como experiência norteadora para futuros trabalhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à UNICESUMAR pela bolsa de pesquisa de iniciação científica que possibilitou o amadurecimento acadêmico e conhecimento oferecido durante a realização deste trabalho e à ANPR pela disponibilidade e por permitir a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. AGNE, Jones Eduardo et al. Limbs amputation causes identification in the University Hospital of Santa Maria. **Revista Saúde**, Santa Mariana, v. 1, n. 30, p.84-89, 2009.
- BENEDETTO, Kátia Monteiro de; FORGIONE, Maria Cristina Rizzi; ALVES, Vera Lúcia Rodrigues. Body reintegration of amputee patients and the phantom pain. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 2, n. 9, p.85-89, 2002.
2. CHAMLIAN, Therezinha Rosane; STARLING, Marcelo. Assessment of quality of life and function in bilateral lower limb amputees: literature review. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.229-233, 2013.
3. CHAMLIAN, Therezinha Rosane et al. Epidemiological profile of lower limb amputees patients assisted at the Lar Escola São Francisco between 2006 and 2012. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.219-223, 2013
4. DEMIDOFF, Alessandra de Oliveira; PACHECOA, Fernanda Gallindo; SHOLL-FRANCO, Alfred. Phantom-limb: what the eyes don't see, the brain feels. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 12, p.234-239, 2007
5. FARIA, Sara Socorro; SILVA, Pedro Leme. Revisão Sistemática sobre Tratamento Medicamentoso para Dor no Membro Fantasma. **Revista Neurociências**, Goiania, v. 22, n. 02, p.177-188, 30 jun. 2014. **Revista Neurociências**
6. FERNÁNDEZ, Luis Andrés Villalobos. Biorretroalimentación EMG para el dolor de miembro fantasma constrictivo. Un informe de tres casos. **Revista Clínica e Saúde**, Costa Rica, v. 3, n. 2, p.97-102, 2015
7. GABARRA, Letícia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida. The psychological aspects of amputation surgery. **Aletheia**, São Paulo, v. 4, n. 30, p.59-72, 2009
8. GRILO, Inês Rua da Silva Teles. **Dor no Amputado**. 2012. 54 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas do Porto, Universidade do Porto, Cidade do Porto, 2012. Cap. 14
9. HSU, Eugene; COHEN, Steven P. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. **Journal Of Pain Research**, Briox, Nova York, v. 4, n. 6, p.121-126, 2013.
10. KNOTKOVA, Helena et al. Current and future options for the management of phantom-limb pain. **Journal Of Pain Research**, Bronx, Nova York, v. 5, n. 2, p.39-49, 2015
11. LIMA, Karla Barros Bezerra; CHAMLIAN, Therezinha Rosane; MASIERO, Danilo. Phantom pain in lower limb amputees as a predictive factor for the acquisition of gait with prosthesis use. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 3, n. 13, p.157-162, 2006.
12. MACHADO, Davi Francisco; BEIRÃO, Marcelo Emilio. Analysis of indices for rehabilitation work in amputees in the southern region of Santa Catarina of the year 2011. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 4, n. 20, p.183-186, 2013
13. MARIANO, Daiane et al. Enfermagem frente à reabilitação de pacientes submetidos à amputação. **Revista Enferm. Foco**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 5, p.21-24, 2014

14. MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges et al. Health care for people with amputation: analysis from the perspective of bioethics. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p.898-906, dez. 2014. FapUNIFES
15. NAZARÉ, Bárbara; MOREIRA, Helena; CANAVARRO, Maria Cristina. Uma perspectiva cognitivo-comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASIR). **Laboratório de Psicologia**, Coimbra - Portugal, v. 1, n. 8, p.21-36, 2010
16. REIS, Aline Henriques; SCHWAB, Joice Amanda; NEUFELD, Carmem Beatriz. An Experience Report of a Cognitive – Behavioral Therapy in a group of amputated patients. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 16, p.148-164, 2014
17. REIS, Gleycykely dos; CASA JÚNIOR, Adroaldo José; CAMPOS, Rodrigo da Silveira. Epidemiological profile of upper and lower limb amputees assisted in a reference center. **Revista Eletrônica Saude e Ciencia**, Goias, v. 2, n. 2, p.52-62, 2012.
18. SANTOS, Kadine Priscila Bender dos; LUZ, Soraia Cristina Tonon da. Experiences in UniversityExtension: RehabilitationAmputees. **Revista Brasileira de Educação Medica**, Florianópolis, v. 4, n. 39, p.672-674, 2015
19. SCHOELLER, SoraiaDornelles et al. CHARACTERISTICS OF AMPUTATED PEOPLE CARED FOR AT A REHABILITATION CENTER. **Rev EnfermUfpeOn Line**, Recife, v. 2, n. 7, p.445-451, 2013
20. SEREN, Renata; TILIO, Rafael de. THE EXPERIENCE OF MOURNING AND ITS STAGES AMONG AMPUTATED PEOPLE. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 15, p.64-78, 2013
21. SILVA, Ana Patrícia Matos da Costa. **Amputação e Reabilitação: Estudos dos Aspectos Psico-Legais do sujeito com Amputação**. 2006. 235 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, São Paulo, 2006
22. SOUZA FILHO, Luiz et al. Phantom Pain Treatment in Patients Submitted to Amputation: A Review of Clinical and Rehabilitation Approaches: Revisão de Abordagens Clínicas e de Reabilitação. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Goiania, v. 20, n. 03, p.241-246, 2016. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saude Bucal).
23. SUBEDI, Bishnu; GROSSBERG, George T. Phantom Limb Pain: Mechanisms and Treatment Approaches. **Pain Research And Treatment**, Saint Louis, v. 2011, p.1-8, 2011. Hindawi Publishing Corporation
24. TICIANELI, José Geraldo; BARAÚNA, Mário Antonio. Theory of neuromatrix: a new approach about the understanding of phantom pain. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 9, p.17-22, 2002.
25. TRILICO, Matheus Luis Castelan *et al.* Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 381-395, ago. 2015.