



AVALIAÇÃO DA REABILITAÇÃO FÍSICA E PSICOLÓGICA DO PACIENTE AMPUTADO POR MEIO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Gustavo Henrique Gandolfo Souza¹; Gabriel De Leão Esteves²; Leonardo Pestillo De Oliveira³; Sandra Cristina Catelan-Mainardes⁴

¹Acadêmico do Curso de Medicina, UNICESUMAR, Maringá-PR. Bolsista PIBIC/Unicesumar.

²Acadêmico do Curso de Psicologia, UNICESUMAR, Maringá-PR. Aluno colaborador.

³Coorientador, Pós-Doutor, UNICESUMAR, Maringá-PR. Docente do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Curso de Graduação em Psicologia, UNICESUMAR, Maringá-PR.

⁴Orientadora, Mestre, Docente do Curso de Medicina, UNICESUMAR, Maringá-PR.

RESUMO : 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. O objetivo da pesquisa foi pautado, em avaliar a reabilitação física e psicológica de pessoas amputadas, através do trabalho multiprofissional, visando à reinserção biopsicossocial do paciente. 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. Os resultados observados foram que 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. Identificou-se também, uma incidência significativa da dor fantasma nos pacientes entrevistados. Sendo assim 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.

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 prejuízos de socialização, fazendo com que esta condição clínica esteja associada à expressiva morbidade, incapacidade e mortalidade, além disso, o alto gasto relacionado desde os atendimentos iniciais até a total reabilitação e reinserção do indivíduo na sociedade, sendo 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, como infecções e Diabetes Melitus, respectivamente (VARGAS *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. 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 pacientes amputados através



de motivações e a encarar os novos desafios, além do auxílio da percepção de uma nova autoimagem (REIS, SCWAB, NEUFELD, 2014).

Durante as fases de reabilitação, muitas são as possíveis intercorrências, dentre elas, a dor do membro fantasma. Ela é 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) e pode levar a prejuízos no processo de reabilitação. Sua prevalência varia de 3,3% a 85% dos casos, essa discrepância entre os dados, está relacionada 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).

Para tanto, se faz necessário retificar a importância da intervenção multidisciplinar na reabilitação de um paciente amputado, assim como, destacar a magnitude do tratamento nas intercorrências que surgem durante as fases de reabilitação, como por exemplo, a dor do membro fantasma. 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 intercorrências, o que pode prejudicar todo e qualquer tratamento de reabilitação. Além de, identificar por meio de uma revisão literária sistêmica, as atuais condutas terapêuticas no manejo do paciente com dor do membro fantasma.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório e prospectivo de delineamento transversal quali-quantitativo. A coleta de dados foi feita nas acomodações da Associação Norte-Paranaense de Reabilitação (ANPR) de Maringá-PR. O período da coleta de dados foi de abril a maio de 2018. Foram avaliados, 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. Além disso, foram critérios de exclusão os pacientes sem avaliação prévia de especialista ou que não foram encaminhados por unidade de saúde especializada, porém, nenhum dos entrevistados enquadrou-se nestes critérios.

Portanto, fizeram parte da amostra um total de 9 pacientes, os quais foram submetidos a entrevistas semiestruturadas, abordados por três questionários diferentes:

1. Um questionário socioeconômico: com um total de 12 questões objetivas com autorresposta, que tem por objetivo fazer uma avaliação quantitativa das condições de vida do paciente e, assim, relacionar as suas necessidades com o processo de reabilitação física e psicológica para, a partir disso, enquadrar os dados dentro dos objetivos do estudo;
2. O questionário *Short Form 6 Dimension (SF-6D Brasil)*: traduzido para o português, adaptado e validado no Brasil. Este possui seis domínios (capacidade funcional, limitação global, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade) que tem por objetivo fazer uma análise do estado de saúde dos amputados;
3. Um questionário de avaliação do paciente com 10 itens que tem por objetivo fazer uma análise quantitativa de acordo com as respostas dos entrevistados, acerca de como ocorreu o processo de amputação e como se estruturou, na visão do paciente, a sua reabilitação dentro da ANPR.

Também foram avaliados 7 profissionais da ANPR (3 fisioterapeutas, 2 enfermeiras, 1 psicóloga e 1 técnico responsável pelas próteses dos amputados) que acompanhavam, direta ou indiretamente os pacientes amputados, que possuíssem vínculo empregatício a mais de um ano na instituição, de ambos



os sexos e com ensino técnico ou superior. Estes profissionais também foram submetidos a uma entrevista semiestruturada, na qual foi utilizado um questionário constituído de 10 itens (entre questões objetivas e abertas) que tem por objetivo avaliar de forma qualitativa o trabalho multiprofissional e interdisciplinar entre eles e seus conhecimentos e condutas frente às queixas do paciente, relacionadas à dor do membro fantasma.

Os participantes da pesquisa, pacientes e profissionais, foram instruídos sobre o preenchimento do questionário, que foi respondido após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os dados foram digitados em planilhas no Excel 2016 para o adequado armazenamento das informações, que foram analisadas quantitativamente de acordo com as variáveis relevantes para estudo, além de uma análise qualitativa feita com base nas declarações feitas pelos pacientes e pelos profissionais, obtidas durante as entrevistas semiestruturadas. Os dados coletados e análise destes foram relacionados com referenciais teóricos de estudos randomizados e revisões sistematizadas que dissertavam acerca do tema estudado, além de serem avaliados segundo critérios da abordagem terapêutica cognitivo-comportamental (TCC) e critérios médicos.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Centro Universitário Cesumar (UniCesumar) sob o parecer nº 2606348 e de acordo com os Preceitos éticos conforme resolução nº 466/12.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 9 pacientes que preenchiam os critérios pré-estabelecidos na pesquisa e que concordaram em participar do estudo. 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%). A renda mensal familiar foi de até dois salários mínimos em 88,89% dos pacientes e o restante recebe de três a cinco salários mínimos (o salário mínimo atualizado em 2018 é de R\$954,00)

Todos os participantes do estudo apresentavam um dos membros inferiores (MMII) amputado, sendo o tempo médio de amputação de 6,39 anos (DP = 9,229). 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 sentiu-se completamente limitado. Já em relação ao acompanhamento na ANPR, 66,67% dos indivíduos, afirmaram que todos os profissionais da instituição foram importantes para o processo de reabilitação e 33,33% afirmaram que o fisioterapeuta foi o mais importante neste processo, por ter tido mais contato com este profissional.

Quanto à "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%), disse que a dor surgiu logo após a amputação e o restante afirmou que surgiu após um mês do procedimento cirúrgico.

Além dos pacientes, foram entrevistados 7 profissionais da ANPR. Nas entrevistas, as enfermeiras afirmaram possuir um contato direto com o paciente (duas vezes por semana) e afirmaram que atuam nos cuidados gerais. Com relação aos primeiros atendimentos do paciente, ambas afirmaram que se reúnem com a equipe para discutir o novo caso. Já em relação à atuação multiprofissional, as mesmas declararam que discutem com outros profissionais sobre quais linhas terapêuticas estão seguindo. A psicóloga também declarou ter contato direto com os amputados por meio de orientações em geral. Nos primeiros atendimentos do paciente, esta afirmou que também se reúne com a equipe para discutir o novo caso. Na atuação multiprofissional, ela afirmou que sempre antes de tomar uma decisão terapêutica se reúne com a equipe para decidir em conjunto.



No que diz respeito a autoimagem no sujeito amputado, 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 asseguram uma mudança drástica nesse quesito ou grande limitação. SILVA, 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, p. 148-164).

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, p. 148-164). 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.

Devemos destacar que a amputação é considerada 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, nota-se dados comparativos com outras análises existentes. LIMA LB *et al* (2016), denotam o público masculino como recorrente no tema, 78,7% dos entrevistados. O presente estudo, manteve tal estatística. Ainda sobre o critério social, outro importante fator é a renda per capita. Conforme consta LIMA LB *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.

A dor fantasma na prática clínica, trata-se 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). 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 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).

Hoje, em relação a fisiologia da dor fantasma, a hipótese mais aceita 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 que leva a resposta de hiperexcitabilidade (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).

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:

- Paracetamol e antiinflamatórios 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): estes medicamentos também se mostraram eficazes no tratamento da dor neuropática, bem como na DF (FERNÁNDEZ, 2015).
- Antidepressivo: junto aos AINES são os mais prescritos para dor neuropática e DF (GRILO, 2012). 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 (GRILO, 2012).
- Anticonvulsivantes: o principal representante dessa classe usado de maneira off label é a gabapentina, no entanto ela não é aprovada pelo *Food and Drugs Administration* (FDA) para o tratamento da DF (GRILO, 2012).
- 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 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 Transcutâneas, terapia do espelho, a estimulação medular e cerebral, fisioterapia, vibroterapia, acupuntura e as terapias psicológicas (FERNÁNDEZ, 2015).

4 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 o paciente, além de melhorar sua capacidade funcional, facilitando a readequação 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. Com relação à 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. Sendo de extrema importância que este trabalho sirva como contribuição de uma experiência norteadora para futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

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.

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.



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.

LIMA, Karla Barros Bezerra; CHAMLIAN, Therezinha Rosane; MASIERO, Danilo. Phantom pain in lower limb amputees as a predictive factor for the acquisition oft gait with prosthesis use. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 3, n. 13, p.157-162, 2006.

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.

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.

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 Saúde Bucal).

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