

# ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DA DOR FANTASMA EM AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES.

FERNANDA CRISTINA BRANDINI<sup>1</sup>

JOSÉ MOHAMUD VILAGRA<sup>2</sup>

FAG – FACULDADE ASSIS GURGACZ - CASCAVEL - PARANÁ - BRASIL

[fernanda\\_brandini@hotmail.com](mailto:fernanda_brandini@hotmail.com)<sup>1</sup>

[vilagra@fag.edu.br](mailto:vilagra@fag.edu.br)<sup>2</sup>

## INTRODUÇÃO

Amputação é uma palavra derivada do latim tendo o significado de *ambi* = ao redor de/em torno de e *putatio* = podar/retirar, definida como a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro do corpo, caracterizando assim um processo reconstrutivo de uma extremidade sem função ou com função limitada. (CARVALHO, 2003).

Dentre as causas de amputação de membros inferiores as principais são alterações vasculares, destacando-se o diabetes mellitus (DM), doença vascular periférica, trauma e malignidade que é a principal doença responsável pela amputação bilateral. (CARVALHO, 2003).

Compreende-se por amputado um indivíduo que retirou um membro ou parte dele, sentindo-se muitas vezes isolado com vergonha e receio da sociedade, mudando sua rotina de vida e tornando-se um indivíduo antes incluso na sociedade, agora discriminado pela sua mutilação, porém uma amputação não deve ser considerada como o fim, pois muitas pessoas que sofrem de problemas vasculares, traumáticos, tumorais, infecciosos, estarão diminuindo o seu sofrimento e iniciando uma nova fase de vida. (BOCCOLINE, 2000)

Segundo Brito (2003), dentre as doenças vasculares, a principal relacionada com as amputações é a arteriosclerose obliterante periférica, doença que apresenta fatores de risco irreversíveis, como o envelhecimento, e fatores de risco reversíveis ou passíveis de monitoramento, como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus, a dislipidemia, o tabagismo, a obesidade e o sedentarismo.

De acordo com Boccolini (2000) e Carvalho (1999), existem doze níveis de amputações no membro inferior, onde os níveis mais comuns de amputação são transtibiais ocorrendo por meio de uma desarticulação tibiotársica e a de joelho, sendo dividida em três níveis, amputação transtibial em terço proximal, médio e distal e transfemorais realiza entre a desarticulação de joelho e quadril também dividida em três níveis terço proximal, médio e distal, sendo de extrema importância que o cirurgião tente preservar o menor nível de amputação possível com a obtenção de resultados satisfatórios para o paciente e a resolução de seu problema.

A necessidade de preservar maior quantidade de tecido, ou seja, quanto mais distal for à amputação, está relacionada ao gasto energético do paciente ao efetuar manobras, assim as próteses se adaptam com mais facilidade e os custos financeiros poderão ser menores com o retorno mais rápido do amputado ao convívio social e profissional (SANTOS e NASCIMENTO, 2003).

Um dos principais problemas associados a amputação relaciona-se com a percepção de um membro fantasma quase imediatamente após a amputação, sendo ele geralmente descrito como uma forma precisa do membro real desaparecido. Este fantasma deve ser produzido pela ausência de impulsos nervosos do membro. Quando um nervo é seccionado, produz uma violenta descarga lesional em todos os tipos de fibras. Esta excitação diminui rapidamente e o nervo seccionado torna-se silencioso, até que novas terminações nervosas comecem a crescer. Isto implica que o SNC dá conta da falta do fluxo normal. (SOUSA, et all, 2004).

Segundo Cavalcanti (1994), a remoção de um membro coloca o paciente diante de muitos problemas, sendo negligência permitir que o paciente os ignore. Todos os esforços

devem dirigir-se para explicar com honestidade e realidade a necessidade da cirurgia e verificar a aceitação e compreensão, assegurando os cuidados necessários para enfrentar as dificuldades que virão após o processo cirúrgico.

Segundo Benedetto et al (2002), e Olivier (1995) nós somos um esquema corporal, definido como uma tomada de consciência formal do indivíduo no seu mundo das sensações, ou ainda uma maneira de expressar que meu corpo está no mundo". onde através da vivência corpórea é que se consolida a consciência do Eu Físico, ponto básico da estrutura de personalidade, pois a partir do nosso corpo é que realizamos nossos primeiros contatos com o mundo, com o outro e através da experiência do outro é que se faria possível a percepção de si mesmo, ou seja, o núcleo fundamental da personalidade e é a partir dele que são organizados todos os comportamentos e condutas, a consciência de si, é que determina a consciência do mundo.

De acordo com Ephraim et. al. (2003), o paciente que passa por um processo cirúrgico de remoção de membros sofre modificações em sua vida, sendo afetado diretamente seu comportamento e sua maneira de agir. Pacientes com amputação de membros inferiores enfrentam desafios de se ajustar psicologicamente de algum modo à perda desse membro, ajustar-se à deficiência física, podendo tornar-se incapacitado, afetando suas condições de saúde e o seu bem-estar.

Ambroise Paré (1552) define a sensação da dor fantasma como uma coisa maravilhosamente estranha e prodigiosa, que seria difícil acreditar (salvo por aqueles que a viram com seus próprios olhos e a ouviram com seus próprios ouvidos) que os pacientes se queixam amargamente, vários meses ou anos após a amputação, de ainda sentirem uma dor excessivamente forte no membro já amputado (apud PROBSTNER e THULER, 2006.)

Segundo Sullivan e Schmitz et. al. (1993), a maior parte dos amputados sentem dor no membro fantasma, sendo relatada como sensação de pressão e formigamento, e algumas vezes dormência, já para Carvalho (1999), os pacientes relatam dor excessivamente forte no membro já amputado, invocando emoções e fantasias que traduzem o sofrimento, incerteza e medo de incapacidade.

A dor fantasma se refere a um fenômeno muito estudado, mas, ainda pouco conhecido, onde o paciente tem a experiência de uma sensação desagradável na parte cirurgicamente removida. A incidência encontrada nos diversos estudos varia de 2% até 97%, sendo que a dor aparece geralmente na primeira semana após a amputação e persiste por meses ou até anos. Normalmente se localiza distalmente no membro fantasma (dedos, pés e panturrilha) e é definida como uma sensação de aperto (SAKAMOTO, 1995).

A sensação da presença do membro ou do órgão após a sua retirada é descrita por quase todos os doentes que sofreram amputação e muitas vezes vêm associadas à dor que varia em intensidade e duração, podendo ser definida como dormência do membro, queimação, câimbra, pontada, ilusão de o membro presente ou apenas a sensação de sua existência, que para muitos causa espanto, angústia e dificuldade de lidar com uma sensação que possuem em um membro inexistente, causando a alteração em seu estado emocional e psicológico, não tendo conhecimento desta patologia denominada de dor ou sensação fantasma, que pode acompanhar o indivíduo amputado por muito tempo. FISHER(1991),

Segundo Laíns e Paixão (1989), entre os pacientes amputados existem relatos da sensação fantasma tão esporadicamente, que os mesmos negam padecer de um membro fantasma doloroso. Outros sofrem dores periódicas, variando de algumas crises cotidianas, a uma só por semana, ou quinzena, ainda outros têm dores contínuas que variam em qualidade e intensidade. Ela é descrita como ardente ou esmagadora, em pontos preciosos ou não do membro fantasma, podendo persistir por muito tempo, após a cicatrização dos tecidos lesados, uma vez que a dor está relacionada com uma regeneração defeituosa dos nervos do corpo, o que pode formar neurômas. Por vezes, a dor pode assemelhar-se a que estava presente antes da amputação.

A dor fantasma no paciente amputado pode representar uma tentativa de o indivíduo sentir-se ainda intacto, negando a amputação, mas não se mostra uma alternativa adaptada e produtiva, pois, além de ser uma falsa percepção de si próprio o que causa danos na reabilitação global do paciente, a amputação mostra-se a todo o momento ao indivíduo. (TEIXEIRA et al, 1999).

A busca pela reabilitação e melhora na qualidade de vida faz com que o amputado necessite das habilidades do fisioterapeuta que atua através de um processo dinâmico, criativo e progressivo, educando e objetivando a restauração do indivíduo o devolvendo sua auto-estima, qualidade de vida e o propondo a novamente interagir com a sociedade, auxiliando na sua correta protetização e reabilitação. (CARVALHO, 1999).

## **METODOLOGIA**

O presente estudo caracterizou-se por uma pesquisa de campo, do tipo quantitativa, epidemiológica com amostragem intencional e de corte transversal. Sendo a amostra composta por 25 pacientes atendidos no Centro de Reabilitação da Faculdade Assis Gurgacz – FAG, independente de faixa etária e sexo. Os critérios de inclusão adotados para a participação na pesquisa foram a realização da reabilitação fisioterapêutica nas Clínicas Interadas FAG, presença de sensação fantasma devido à amputação, níveis de amputação transtibiais e transfemorais de membros inferiores, disponibilidade de tempo para a participação na pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e os critérios de exclusão foram pacientes que não concordaram com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, dificuldade ou comprometimentos auditivos e cognitivos, não disponibilidade de tempo para a participação da pesquisa e níveis de amputação não relacionados com os transtibiais e transfemorais. A pesquisa foi realizada nas Clínicas Integradas da Faculdade Assis Gurgacz, nos meses de julho e agosto de 2010.

A coleta dos dados se deu por meio da aplicação direta de um questionário formulado pelo pesquisador, composto por 11 questões abertas e fechadas de fácil entendimento que responderam ao objetivo principal deste estudo. A aplicação do instrumento de pesquisa se deu, após aprovação nº198/2009, da pesquisa pelo Comitê de Ética em seres humanos.

Os Participantes do estudo foram solicitados diretamente pelo pesquisador, onde foi explicado o objetivo e a metodologia da pesquisa, durante a coleta dos dados as dúvidas apresentadas pelos pacientes foram esclarecidas pelo pesquisador e a aplicação dos questionários não interferiam nos horários de atendimento e consultas ao centro de reabilitação sendo aplicados nos intervalos dos mesmos, conforme a disponibilidade dos participantes. Primeiramente foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido aos pacientes, e os mesmos que aceitaram participar da pesquisa concordaram em assinar com responsabilidade, em seguida foram orientados sobre a dor fantasma e responderam ao questionário apresentado pelo pesquisador de forma direta e individual. Com o intuito de evitar que a pesquisa gera-se algum tipo de constrangimento ao paciente no momento da aplicação do questionário foram adotadas medidas de proteção, como a preservação da identidade dos participantes da pesquisa, bem como a ética profissional relação paciente-terapeuta.

Os dados coletados foram tabulados e analisados através do programa estatístico SPSS 15.0.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Dos dados obtidos com a amostra da pesquisa constatou-se que dos 25 pacientes com amputações unilaterais de membros inferiores do sexo feminino e masculino. A idade mínima encontrada foi de 15 anos e máxima de 75 anos com média de 58,02% entre os homens e mínima de 40 anos e máxima de 81 anos com média de 57,40% entre as mulheres.

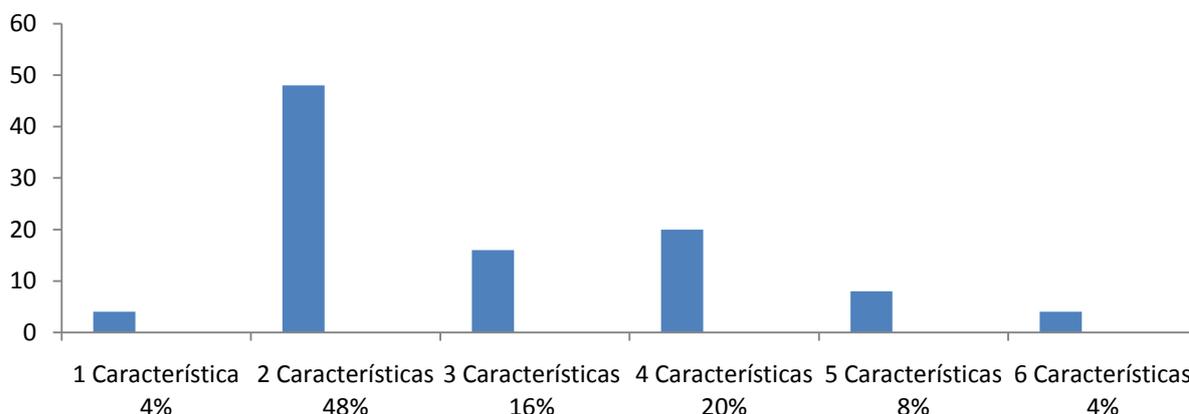
Com relação ao nível de amputação de membros inferiores 68% relacionam-se a amputações transtibiais e 32% transfemorais, dados semelhantes aos encontrados no estudo de Steimberg et all (1985), realizado com 96 pacientes amputados onde 66 participantes ou seja 68% também apresentavam amputações transtibiais e 30 participantes 32% transfemorais, e Buttenshaw et all. (1992).

O presente estudo também observou que 80% dos participantes são do sexo masculino e apenas 20% do sexo feminino dados semelhantes aos encontrados em estudo como o de Guarino et all (2007), realizado por meio de um levantamento de dados dos prontuários de pacientes atendidos no Grupo de Amputações e Próteses (GAP) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da UNIFESP - Lar Escola São Francisco, entre 1999 e 2005, onde a população estudada era de 78 participantes e destes 61(78,2%) eram do sexo masculino 17 (21,8%) do sexo feminino, outros estudos como o de Seidel, et all (2008) e Cassefo, et all (2003), também apresentam relação direta com os dados obtidos e desta forma observamos que mesmo a presente amostra tendo um percentual maior de pacientes do sexo masculino em relação aos demais estudos, todos confirmam que o índice de amputação de membros inferiores encontra-se mais evidente na população masculina.

Em relação à etiologia das amputações foram encontrados resultados que relacionam-se em 60% com as causas vascular e 40% traumáticas como os dados apresentados por Guarino, et all (2007), tendo a etiologia vascular responsável por 62,8% das amputações, os traumas ocorreram em 28,2% dos casos e as infecções acometeram 6,4% dos pacientes e os tumores 1,3%, confirmando assim os resultados encontrados no presente estudo que relaciona as amputações de MMII 60% com etiologias vasculares e 40% traumática.

Segundo Fisher (1991), Sakamoto(1995), Souza, et all (2004) e Probstner e Thuler (2006), as sensações de dor fantasma podem aparecer logo após a amputação ou determinado tempo após a mesma, permanecendo muitas vezes por meses ou até anos, como caracterizado no presente estudo perante os relatos de permanência da dor fantasma por períodos que variam de 5 a 60 meses com média de 15,23 meses. No presente estudo em relação as características atribuídas a dor fantasma, alguns participantes relataram mais de uma sensação, porem tratam-se de dados não excludentes, onde 1 participante (4%) relata 1 característica, 12 participante (48%) 2 características , 4 participante (16%) 3 características, 5 participante (20%) 4 características , 2 participante (8%) 5 características e 1 participante (4%) 6 características como apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1: Número de Características por Pacientes



Dentre todas as características relatadas pelos participantes os que apresentaram maior numero de relatos foram: o formigamento com 16 relatos, a pontada com 12 relatos, todos os resultados obtidos são apresentados de forma detalhada na tabela 1.

Tabela 1: Características da Dor Fantasma

CARACTERÍSTICAS	NÚMERO DE RELATOS
Formigamento	16 pacientes
Pontada	12 pacientes
Pulsação	9 pacientes
Câimbras	7 pacientes
Queimação	7 pacientes
Telescoping	7 pacientes
Dor Intensa	4 pacientes
Ardor	3 pacientes
Aperto	3 pacientes
Compressão	3 pacientes
Edema	1 pacientes
Choque	1 pacientes
Coceira	1 pacientes
Dor Leve	1 pacientes

Sendo que resultados similares também são apresentados em estudos de Sullivan e Schmitz, (1993), Sakamoto, (1995) e Fisher, (1991), confirmando assim que a dor fantasma se apresenta com diferentes características podendo apresentar-se de forma única ou com associações.

## CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos através deste estudo é possível afirmar que para a população analisada a sensação fantasma se caracteriza por múltiplos sinais e sintomas, ou seja, cada individuo relata de uma forma esta experiência fantásticamente difícil de explicar, apresentando-se freqüentemente associada a mais de uma característica, sendo que as principais são o formigamento, a pontada e pulsação. Desta forma o presente estudo corrobora para intervenções fisioterapêuticas no processo de reabilitação que visem a identificação destas características da dor fantasma e possibilitem um tratamento capaz de suprir a necessidade e os objetivos desejados para o tratamento destes pacientes amputados que sofrem com a dor fantasma.

## REFERÊNCIAS

- BENEDETTO, K. M.; FORGIONE, M. C. R.; e ALVES, V. L. R., **Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma**. Ata Fisiátrica 2002.
- BOCOLINI, F. **Reabilitação - Amputados, Amputações e Próteses**. 2. ed., São Paulo: Robe, 2000.
- BRITO, C. M. M. **Reabilitação de Amputados de Membros Inferiores Epidemiologia e Apresentação de Casos Clínicos: Aspectos Funcionais e Abordagem Terapêutica**. Congresso de Telefisiatria, 2003.
- BUTTENSHAW P, DOLMAN J. **The Roehampton approach to rehabilitation: a retrospective survey of prosthetic use in patients with primary unilateral lower-limb amputation**. Top Geriatr Rehabil, 8(1):72-8, 1992.
- CARVALHO, J. A. **Amputações de Membros Inferiores em busca de Plena Reabilitação**. 1. ed., São Paulo: Manole, 1999.
- CARVALHO, J.A. **Amputações de membros inferiores**. 2. ed., São Paulo: Manole, 2003.

CASSEFO, V. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco – estudo comparativo de 3 períodos diferentes.** ACTA fisiátrica, v. 10, n. 2, p. 67-71, 2003.

CAVALCANTI, M. C. T. **Aspectos emocionais no pré-operatório em amputação de membros.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43 (3): 159-161, 1994.

EPHRAIM, P.L.; DILLINGHAM, T.R.; SECTOR, M.; PEZZIN, L.E. e MACKENZIE, E.J. **Epidemiology of Limb Loss and Congenital Limb Deficiency: a review of the literature.** Arch. Physical Med. Rehabilitation, 84, 747-761, 2003.

FISHER, A, MELLER, Y. **Continuous postoperative regional analgesia by nerve sheath block for amputation surgery ± a pilot study.** Anesth Analg 1991.

GUARINO, P. et al. **Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores.** ACTA fisiátrica, v. 14, n. 2, p. 100- 103, 2007.

LAÍNS, J., & PAIXÃO, R. **Algumas considerações sobre os fatores psicológicos da amputação.** Arquivos Reumatologia, 11, 393-402, 1989.

OLIVIER, G. G. de F.; **Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal .** Dissertação de Mestrado, Campinas, Faculdade de Educação Física, Unicamp, 1995

PROBSTNER. D; THULER. C; **Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros:** revisão de literatura 395. Revista Brasileira de Cancerologia, 52 (4): 395-400, 2006.

SAKAMOTO, H. **Dor Pós-amputação – Abordagem Terapêutica.** Acta Fisiátrica. 2 (1): 7-10, 1995.

SANTOS, C. A. S. e NASCIMENTO, P. F. T. **Debridamentos e Amputações Angiologia e Cirurgia Vascular:** guia ilustrado Maceió: Uniscal/Ecmal & Lava, 2003.

SEIDEL, A. M. et al. **Epistemologia sobre amputações e desbridamentos de membros inferiores realizados no Hospital Universitário de Maringá.** J. Vasc. Bras., v. 7, n. 4, p. 308-315, 2008.

SULLIVANS, S.B.; SCHMITZ, T.J. **Fisioterapia: Avaliação, Tratamento.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1993.

SOUZA, F. P.; OLIVEIRA, C. C.; MAUGIN, C.; OLIVEIRA, E. C. F.; MELO, F. D. P.; SULLIVAN; e SCHMITZ. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento.** São Paulo: 2. ed. Manole, 2004.

STEIMBER, F.; SUNWOO, I.; ROETTGER, R.F. **Prosthetic rehabilitation of geriatric amputee patients: a follow up study.** Arch Phys Med Rehabil 1985; 66(11):742-5.

TEIXEIRA, M.J.; IMAMURA, M.; CALVIMONTES, R.C.P. **Dor fantasma e no coto de amputação.** Rev Med (São Paulo) 1999;78(2 pt .2):192-6.

FERNANDA CRISTINA BRANDINI  
Avenida Orlando Luiz Zamprônio, 245, Centro, Santa Lúcia –PR  
CEP: 85795-000  
TELEFONE: (45) 328811-70 CELULAR: (45) 8802-2272  
[fernanda\\_brandini@hotmail.com](mailto:fernanda_brandini@hotmail.com)