

PERFIL DOS PACIENTES COM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIORE ATENDIDOS NO CENTRO DE REABILITAÇÃO FAG

SAMARA MATOS DA SILVA

JOSÉ MOHAMUD VILAGRA

Faculdade Assis Gurgacz Cascavel- Pr Brasil

samara212011@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A palavra amputação tem origem do latim (ambi= ao redor de/ em volta de putatio= podar/retirar) e é considerada a retirada, cirúrgica ou traumática, de um membro do corpo (CARVALHO, 2003). Trata-se da retirada de uma parte do corpo, a qual pode ocorrer cirurgicamente ou através de trauma direto. Considerada um dos procedimentos mais antigos, por muito tempo, foi a única alternativa cirúrgica existente, causadora de medo e sinônimo de mutilação. Deste modo, amputação passou a ser definida como uma cirurgia de reconstrução (BOCOLINI, 2000; GOFFI, 2007). As primeiras amputações cirúrgicas eram realizadas de maneira brutal, sendo de Hipócrates (460 - 377 a.C.) a mais antiga técnica de amputação: utilizava-se guilhotina para a retirada dos membros através das articulações, e a cauterização era realizada com óleo ou ferro quente (Ibidem).

Após a Primeira Guerra Mundial, o interesse pela cirurgia de amputação aumentou, mas somente na Segunda Guerra Mundial, quando o número de pessoas amputadas foi maior, que se organizaram pesquisas para a criação de técnicas cirúrgicas mais avançadas (KUHN, 1997; BOCOLINI, 2000; CARVALHO, 2003). Por isto, a amputação pode ser o único recurso para um membro gravemente acometido por uma infecção, um traumatismo ou até mesmo em um estágio final de isquemia. Os objetivos imediatos da amputação são: alívio da dor, remoção do tecido morto ou doente; execução de uma cirurgia que permita a cicatrização de ferida e a preparação de um coto provisório para colocar uma prótese que irá permitir a realização do uso funcional do membro amputado. Os principais motivos de amputações de membros superiores são de ordem traumática decorrentes de acidentes de trânsito e acidentes de trabalho. Neste último caso ocorre amputação de dedos, mão e braço (TEIXEIRA, SAURON, SANTOS, OLIVEIRA, 2008). Em crianças os casos mais comuns de amputações são por má formação congênita e por tumores, em adultos de meia idade elas acontecem por traumas diretos ou acidentes e infecções crônicas, já na população idosa as maiores causas de amputações ocorrem por diabetes com gangrena (TEIXEIRA, SAURON, SANTOS, OLIVEIRA, 2008). O nível de amputação é um fator importante que influencia diretamente na reabilitação do indivíduo amputado. Decidir qual será a altura da amputação não é simples, sendo necessária uma atenta avaliação por parte da equipe médica (BLOHMKE, 1993).

Os níveis de amputação de MMSS estão divididos da seguinte forma: Parcial de mão: amputação dos dedos, amputação transmetacarpica; Desarticulação de punho: Nesse nível de amputação preservam-se os ossos do rádio e ulna por completo; Desarticulação do cotovelo: é uma amputação onde se retira toda a parte da articulação do cotovelo para baixo preservando o úmero por completo; Desarticulação do ombro: é uma amputação onde se retira todo o braço desde o úmero, rádio, ulna e os ossos da mão; Desarticulação da escapulaumeral: é uma amputação onde se retira todo o braço inclusive os ossos da escapula e clavícula; Transradial: é uma amputação abaixo do cotovelo, entre a articulação do punho e a articulação do cotovelo; este nível pode ser classificado de três maneiras diferentes com relação aos tamanhos: transradial proximal; medial ou distal. transumeral: é uma amputação acima do cotovelo, entre

a articulação do cotovelo e a articulação do ombro; este nível pode ser classificado de três maneiras diferentes com relação aos tamanhos: transumeral proximal; medial ou distal.

Para decidir qual a prótese ideal, o profissional precisa ficar atento a certos fatores e informações durante a avaliação (BLOHMKE, 1993; CARVALHO, 2003). Segundo Carvalho (2003), os seguintes itens devem ser analisados: Nível de amputação: influencia na escolha do encaixe e dos componentes protéticos; estado geral do coto; a presença de neuromas; instabilidade ligamentar e de deformidades importantes; entre outras complicações; Atividade profissional; (o tipo de atividade profissional ajudará na escolha dos componentes da prótese, indicará se há necessidade destes serem mais seguros e resistentes). Ambiente de moradia e de trabalho (as características dos locais de moradia e de trabalho devem ser analisadas para que se possa eleger o tipo de prótese. É o caso de ambientes úmidos, os quais exigem componentes específicos). Condições econômicas: (em algumas circunstâncias, certos componentes seriam bem indicados, mas tal protetização não é possível devido às condições econômicas do paciente). Experiência anterior com próteses: alguns pacientes utilizam próteses confeccionadas com técnicas antigas e têm dificuldade para se adaptarem aos sistemas mais recentes. Em muitas dessas situações, o melhor é manter o sistema de prótese anterior. Colaboração do usuário (algumas próteses possuem sistema de ajustes muito sensíveis que alteram completamente a função com o mais simples toque, por isso, é fundamental a cooperação do paciente). Para que a indicação seja correta, deve-se levar em conta que cada paciente tem suas peculiaridades, logo, “nem sempre a melhor prótese para um determinado paciente será a melhor para outro” (CARVALHO, 2003, p. 238).

Os tipos de próteses indicados para MMSS são as: Mecânicas onde o seu funcionamento é ativado por propulsão muscular, este tipo de prótese é acionado pelo próprio corpo do paciente (TOCUPACIONAL, 2008). Complementação da imagem corporal (aspecto psicológico, equilíbrio corporal e manutenção da postura). Próteses Estéticas: estas não realizam nenhuma função, são utilizadas apenas por questões estéticas (AZEVEDO e FONSECA, 2002); Prótese Híbrida: neste tipo de prótese os controles de sistemas combinam a força mecânica (prótese mecânica) com uma força mio elétrica, resultando em uma prótese mais funcional (AZEVEDO e FONSECA-2002); Prótese Mio-elétrica: este tipo de próteses é ativado por meio de eletrodo colocado no coto que captam as contrações musculares, acionando o funcionamento e o movimento (AZEVEDO e FONSECA, 2002). Biônicas: A função é semelhante à de uma prótese elétrica, sendo a mão multi-articulada, isto é, há articulação individual de todos os dedos.

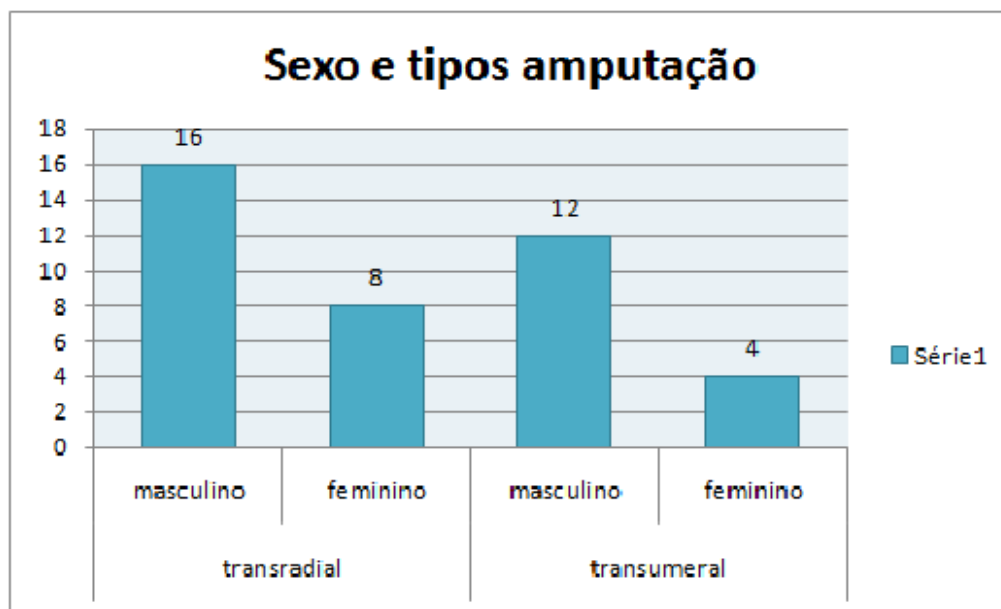
MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo de campo, epidemiológico, de coleta de dados de fonte secundária, de caráter quantitativo, onde a amostra foi composta por 38 indivíduos em coleta de dados em prontuários dos pacientes com história de amputação de MMSS, onde foi coletadas causas de amputação de MMSS; sexo, idade; os tipos de amputação que mais acontecem; quantidade de pacientes que receberam a prótese no centro de reabilitação FAG e se faz o uso ou não da prótese; incidência de amputação bilateral de MMSS. De 38 pacientes, sendo 26 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Os critérios de inclusão adotados na pesquisa foram pacientes homens e mulheres com amputação transumeral e transradial, podendo ser unilateral ou bilateral e estar utilizando a prótese por no mínimo um mês, recebida no CRF-FAG na cidade de Cascavel - PR. Para a análise dos resultados, elaboração de tabelas e gráficos para apresentação dos dados foi utilizado o programa Microsoft Excel 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado com um total de 38 pacientes, Através dos dados obtidos com a coleta em prontuários, todos os pacientes da amostra apresentavam amputação de MMSS, sendo que 60% apresentam amputação transradial e 40% transumeral. E a maior incidência de amputação foi no sexo masculino, sendo 70% e 30% no sexo feminino. Conforme mostra a imagem 1.

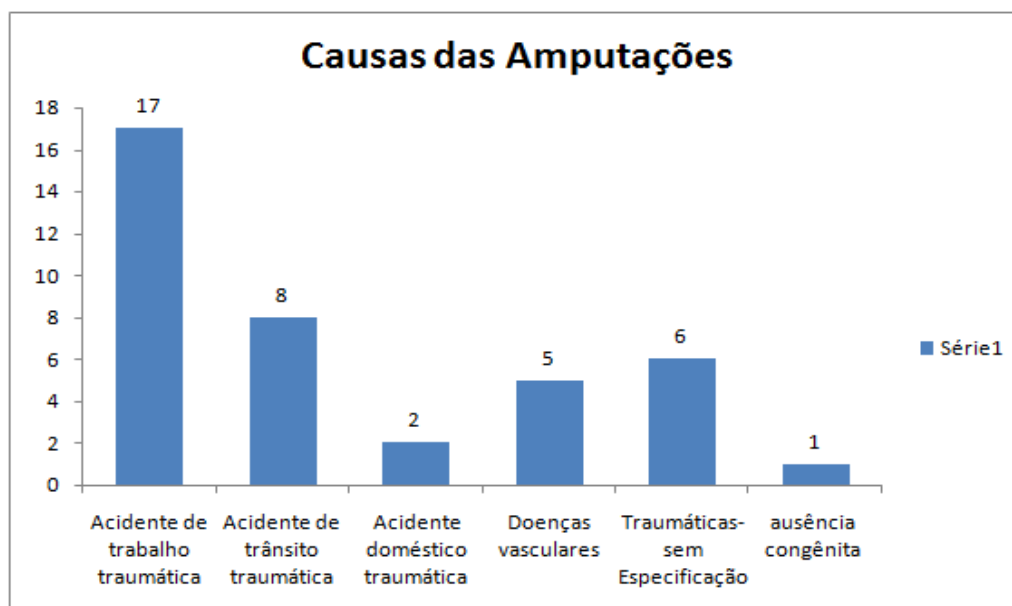
GRAFICO 01 – Sexo e tipos de amputação dos pacientes atendidos no Centro de Reabilitação da FAG.



Segundo BARBOSA, LIMA, BARICHELLO (2008) em uma pesquisa feita em um hospital de clínicas do município de Uberaba-MG, constataram que 47 (59%) pacientes submetidos à amputação de MMSS eram do sexo masculino e 33 (41%) eram do sexo feminino, corroborando com outras pesquisas que demonstram o predomínio desse procedimento entre os indivíduos do sexo masculino. Alega também que a tendência de as mulheres se submeterem a amputação mais tardiamente, se comparado aos homens, talvez se deva ao fato de as mulheres procurarem os serviços de saúde com mais frequência e aderirem a acompanhamentos preventivos com maior facilidade.

Foram analisadas também as causas que resultaram em amputação dos pacientes atendidos no Centro de Reabilitação da FAG, onde se observou que a causa traumática foi uma das causas que mais resultou em amputações sendo que são divididas em acidente de trabalho (acidente com máquinas agrícolas, acidentes com fogos de artifício, rede elétrica e mutilação) 44%, seguida pela causa acidente de trânsito; 20%, traumática sem especificação; 15%, doenças vasculares; 13%, acidentes domésticos; 5%, má formação congênita 3%; como demonstra o gráfico a seguir.

GRAFICO 02 – Causas de amputação dos pacientes atendidos no Centro de Reabilitação da FAG.



Segundo REIS, JÚNIOR e CAMPOS (2012) feita no centro de reabilitação e readaptação DR. Henrique Santillo onde a amostra teve a incidência de amputados devido a etiologia foi observada da seguinte forma: 36,2% vascular; 17,24% acidente motociclístico; 8,62% acidente automobilístico; 6,90% atropelamento, 6,03% acidente com arma branca; 5,19% acidente de trabalho e 19,82% outros que foram incluídos (acidente com foguete, feridas, tumores, ETC). Já em um estudo realizado por BARBOSA, LIMA, BARICHELLO (2008) constatou em uma pesquisa feita em um hospital de clinicas do município de Uberaba-MG entre as 10 (12,5%) amputações de MMSS 8 (80%) apresentam etiologia traumática e somente 2 (20%) etiologia não traumática. Sendo que AFONSO, COELHO, CADETE, ET. AL em uma pesquisa realizada em Portugal mostrou que a etiologia das amputações foi de 64% de origem congênita e 36% adquiridas (33% de causas traumáticas e 3% de causas infecciosas). A etiologia das amputações traumáticas era: 31% explosão de foguete, 21% acidentes com máquina e 14% acidentes de viação e eletrocussão. Já em outro estudo BUENO e ROSÁRIO em uma pesquisa feita na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Florianópolis/SC constataram que as causas que levaram à amputação do membro foram 90% de origem traumática, ou seja, nove dos dez indivíduos entrevistados tiveram seu membro superior amputado devido a um choque direto no local, como ferimentos por arma cortante, rojão, esmagamento do membro em prensas e amputação do membro na operação de máquinas agrícolas. Apenas um indivíduo, correspondendo a 10% da amostra, teve o fator congênito como causa da amputação do membro.

Da coleta de dados em prontuários, apenas 2 (5%) pacientes apresentaram amputação bilateral, sendo 1 transumeral bilateral e 1 transumeral e transradial, e 95% não apresentam. Os dois são do sexo masculino e a causa da amputação é traumática, um dos pacientes não temos especificação de como foi o acidente não se sabe qual e o outro foi em rede elétrica. LUCCIA, PINTO, YMAOKA, ET. AL em um trabalho realizado no Centro de Preservação e Adaptação de Membros de São Paulo. Foi realizada uma apresentação de dois pacientes amputados bilateralmente em nível de antebraço sendo que a causa da amputação bilateral foram queimaduras de ambos os membros superiores causada por choque elétrico, e acidente com cilindro mio-elétrico.

Dos 38 prontuários avaliados apenas 2 (5%) pacientes não receberam próteses, e 36 (95%) receberam, 50% dos pacientes se adaptaram e fazem o uso da prótese, e 45 % não fazem o uso por não terem se adaptado e 5% não foi informado sobre o uso e a adaptação nos prontuários avaliados. Já AFONSO, COELHO, CADETE, ET. AL em sua pesquisa que realizou

em Portugal, mostrou que na população foi avaliado o uso da prótese e verificaram que cerca de 50% raramente usava a prótese, 32% usava sempre e 15% usava em atividades. Segundo BUENO e ROSÁRIO em uma pesquisa feita na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Florianópolis/ SC. Quando relacionaram o fator de rejeição funcional e o nível de amputação, verificaram que 50% dos indivíduos entrevistados não utilizam prótese porque acham que a protetização seria de pouca utilidade; Outro fator importante, considerado como causa da não protetização, foi o tempo que o indivíduo levou para se adaptar sem a prótese. Os principais problemas das próteses de membros superiores, atualmente disponíveis, são em geral: alto peso, alto custo, falta de funcionalidade e esteticamente deixam a desejar em muitos casos.

Para decidir qual a prótese ideal, o profissional precisa ficar atento a certos fatores e informações durante a avaliação, os seguintes itens devem ser analisados: nível de amputação, estado geral do coto, condições econômicas, ambiente de moradia e de trabalho. No CRF foram entregues apenas 2 tipos de prótese na presente pesquisa 90% receberam prótese funcional sendo 55% pacientes amputados transradial e 35% transumeral e 5% a estética sendo todos transradial e apenas 5% não receberam nenhum tipo de prótese pelo centro.

CONCLUSÃO

Conclui-se com essa pesquisa que o sexo masculino tem a maior incidência de amputação de MMSS, sendo 28 amputados no sexo masculino e 12 no sexo feminino, concordando com literatura encontrada; houve predomínio da etiologia em amputação de causa traumática em concordância com os artigos comparados. Na pesquisa realizada apresentou maior incidência na amputação transradial, 24 pacientes são amputados transradial e 16 transumeral. Quanto a prótese, dos prontuários avaliados, 95% dos pacientes receberam a prótese, destes 50% se adaptaram e fazem o uso contínuo em seu dia a dia. Pretendeu-se com esse estudo, verificar o perfil dos amputados do CRF-FAG, sendo necessários maiores pesquisas no tema abordado.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, C. COELHO, P. J. et al. **Amputação e Má Formações Congênitas do Membro Superior na População Pediátrica- Revisão de 27 anos.** Portugal 2012 disponível em: <http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/56>. acesso em 25/09/14.
- BARBOSA, H. M. et al. **Amputação de membros: perfil dos pacientes de um Hospital de clínicas do município de Uberaba-MG.** Uberaba-MG: 2008
Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/275> acesso em 25/09/14
- BOCOLINI, F. **Reabilitação - Amputados, Amputações e Próteses.** 2. ed., São Paulo: Robe, 2000.
- CALLAGHAN, B. G. et al. **A post-discharge functional outcome measure for lower limb amputees: test-retest reliability with trans-tibial amputees.** Prosthetics and Orthotics International, Londres, v. 26, n. 2, p. 113-119, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a780827429>>. Acesso em: 13/11/2012.
- CARVALHO, J. A. **Amputações de Membros Inferiores em busca de Plena Reabilitação.** 1. ed., São Paulo: Manole, 2003.
- CRENSHAW, A. H. et al. **Cirurgia ortopédica de Campbell.** São Paulo: Manole, 1996, v. 2. 1557 p.
- DUERKSEN, F. **Amputação e reabilitação do amputado.** In: DUERKSEN, F.; VIRMOND, M. **Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase.** Bauru: ALM Internacional, 1997. cap.

41,p.341-347.Disponível

em:

<http://hansen.bvs.isl.br/textoc/livros/DUERKSEN,%20FRANK/pe/PDF/amputacoes.pdf>.

Acesso em: 12/11/2012.

LUCCIA, N. **Doença vascular e diabetes. Jornal Vascular Brasileiro**, v. 2, n. 1, p. 49-60, 2003. Disponível em: <http://198.106.246.232/03-02-01/03-02-01-49/03-02-01-49.pdf> Acesso em: 13/11/2012.

LUCCIA, N; PINTO, S,G,A,M; et al. **Amputação bilateral de membro Superior: aspectos da reabilitação com próteses mioelétricas**. Centro de Preservação e Adaptação de Membros. São Paulo 1990. Disponível em: http://jvascbr.com.br/revistas-antigas/1990/1/01/1990_a6_n1.pdf. acesso em 21/10/14

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004. 1152 p.

REIS. G; JÚNIOR. C, J, A; CAMPOS. S, R. **Perfil Epidemiológico de Amputados de Membros Superiores e Inferiores Atendidos em um Centro de Referência**. Revista eletrônica saúde e ciência, volume II, ano 2012. Disponível em: <http://www.rescceaafi.com.br/vol2/n2/Gleycykely-dos-Reis-52-62.pdf>. acesso em 25/09/14

SOUZA, M. V LOPES , S. A. S ARTIGO DE REVISÃO: AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E ATIVIDADE FÍSICA SOROCABA 2012: DISPONIVEL EM http://www.fefiso.edu.br/grupoestudo/orientacoes_pdf/03.pDF.

TEIXEIRA, E, SAURON, F. N; SANTOS, L. S. B; OLIVEIRA, M. C. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física**. São Paulo- SP 2008 Editora Roca: disponível em <http://tocupacional.wordpress.com/2008/08/10/amputados-de-membros-superiores-mmss>

Autora correspondente: Samara Matos da silva

Endereço: Rua Salvador Ananias Nº 1419 bairro: Jardim Fornari - Campina da lagoa PR
CEP- 87345000