QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS APÓS PROTETIZAÇÃO ENDOESQUELETICA

[1]GLEICI DANIELA VERA
[2]ELIZANGELA SERRA FERREIRA
FACULDADE ASSIS GURGACZ- FAG, CASCAVEL, PR, BRASIL
gleicedaniela@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As próteses de membro inferior e superior existem desde a antiguidade, possivelmente desde a pré - história. Da época do renascimento já há exemplos de próteses sofisticadas, especialmente do ponto de vista estético. A funcionalidade das próteses anteriores ao século XX sempre foi bastante limitada pela falta da material específico, conhecimentos de fisioterapia indispensáveis a uma boa protetização e, principalmente, pelo estágio ainda rudimentar da medicina, como o desconhecimento da assepsia e antibióticos, provocando a morte da maior parte dos candidatos à amputação (Carvalho, 1999).

Para os pacientes o termo amputação está relacionado com terror, derrota e mutilação, trazendo de forma implícita, uma analogia com a incapacidade e a dependência. Na verdade, o importante é informar aos pacientes que as amputações, muitas vezes, propiciam uma qualidade de vida relativamente melhor, sem dor e sem sofrimento antes presente (Carvalho, 1999).

Segundo Carvalho (2003) próteses são utensílios para substituir alguma região perdida ou malformada do nosso organismo. As próteses podem ser divididas em dois grupos: próteses exoesqueléticas que são confeccionadas com componentes maciços em madeira ou espuma rígida, que são colados de acordo com o alinhamento, podendo ser utilizada em qualquer tipo de amputação e as endoesqueléticas que podem ser utilizadas para todos os níveis de amputação, com exceção das amputações parciais de pé e de tornozelo, a confecção desse tipo de prótese é efetuada com a fixação dos componentes modulares ao encaixe e ao pé por meio de parafusos após o alinhamento estático.

Para O'Sullivan (1993)**,** quanto mais precoce o inicio da reabilitação, maior o potencial de sucesso e quanto mais retardado o inicio, mais provavelmente haverá o desenvolvimento de complicações secundárias como contraturas articulares, debilitação geral e um estado psicológico deprimido.

A utilização de uma prótese após a amputação oferece uma imagem corporal normal, ajudando o indivíduo a desenvolver maior confiança e habilidades físicas e melhorando a qualidade de vida do indivíduo (Baraúna et. al., 2006). Qualidade de vida (QV) é um conceito multidimensional que incorpora aspectos sociais, físicos e mentais do indivíduo.

As ferramentas para mensurar QV, geralmente, incluem duas áreas: aspectos gerais sobre relatos de saúde e aspecto específico sobre os efeitos que determinada patologia ou disfunção causam sobre o estilo de vida de determinada pessoa. Este segundo aspecto seria mais sensível para identificar mudanças após o tratamento, sendo valioso na mensuração do processo de avaliação, assim como na comparação de tipos de tratamentos.

O questionário de qualidade de vida SF-36, instrumento genérico, já teve sua utilidade demonstrada na literatura internacional (Castro, Caiuby, Draibe, Canziani, 2003). Sendo desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000). O SF – 36 é constituído por 36 itens de auto – resposta e destina-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um (Abrunheiro, L.).

Como já foi citado o questionário SF-36 é composto por 36 itens avaliando em 08 dimensões assim distribuídas: 10 (dez) itens relacionados com a capacidade funcional; 04 (quatro) itens de aspectos físicos; 02 (dois) itens sobre dor; 06 (seis) itens relacionados com o estado geral de saúde; 04 (quatro) itens sobre vitalidade; 02 (dois) itens com relação aos

aspectos sociais; 03 (três) itens sobre aspectos emocionais e 05 (cinco) itens relacionados com a saúde mental (Costa & Duarte, 2002).

Estas oito sub - escalas (dimensões) podem ser agrupadas em dois componentes (saúde física e saúde mental), obtidas a partir de análises fatoriais de componentes principais. A componente de saúde mental engloba a saúde mental, o desempenho emocional, a função física e a vitalidade. A componente física engloba a função física, a dor e a saúde em geral (Abrunheiro, L.).

O objetivo desta pesquisa foi analisar a qualidade de vida de pacientes submetidos à amputação de membros inferiores, analisando a qualidade de vida na pré protetização e após protetização endoesquelética. Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar o perfil da qualidade de vida em pacientes protetizados da Faculdade Assis Gurgacz –FAG, Cascavel- PR, especificamente a partir da aplicação do Questionário de Qualidade de Vida SF-36.

Este trabalho justifica-se pela alta incidência de pacientes protetizados de membros inferiores. Por este motivo a pesquisa tem grande relevância para a sociedade, pois com o levantamento dos dados será informado como a protetização interfere na qualidade de vida de um indivíduo.

MATERIAIS E MÈTODOS

O presente estudo trata-se de um estudo de campo, de caráter epidemiológico, avaliativo, quantitativo e de corte transversal. A população foi composta por 30 indivíduos sendo 5 do sexo feminino e 25 do sexo masculino, com idade média entre 30-70 anos. O tamanho da amostra foi determinado tomando como referência Pasquali (2003), que afirma que amostras com número superior a 30 indivíduos são consideradas grandes amostras. Como critério de inclusão, todos os pacientes tinham que possuir amputação de membros inferiores, podendo ser unilateral ou bilateral e já estar utilizando a prótese endoesquelética por no mínimo três meses, ter a permissão do sujeito para aplicação do questionário através de assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido e tempo disponível para estar participando da pesquisa. Todos os pacientes entrevistados estavam realizando acompanhamento ou tratamento fisioterapêutico no centro de reabilitação da Faculdade Assis Gurgacz - FAG na cidade de Cascavel - PR.

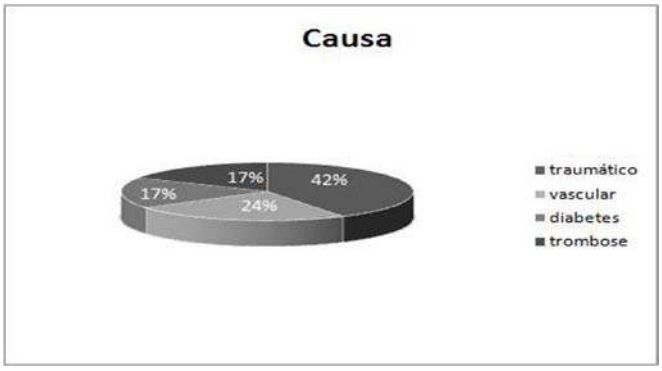
Para determinarmos o nível de Qualidade de Vida dos voluntários foi aplicado a Versão Brasileira adaptada do questionário de Qualidade de Vida – SF- 36, onde os resultados foram transformados em notas de 8 domínios (Capacidade funcional, limitação, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais,saúde mental).

Os questionários foram aplicados de segunda-feira a quinta-feira no período matutino, de 14/09/09 a 01/10/09. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através do questionário auto-aplicável, de modo individual e questões de fácil entendimento. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados coletados foram tabulados de forma estatisticamente descritivo, através do programa SPSS, versão 15.0 e na seqüência discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o perfil da amostra, a análise do questionário adaptado de qualidade de vida SF-36 mostrou que os indivíduos questionados apresentavam idade media de 57,48% sendo 31% do sexo feminino e 69% do sexo masculino, 66% apresentavam amputação de nível transfemoral e a causa traumática foi a mais predominante apresentando 42% do motivo de amputação dos indivíduos.



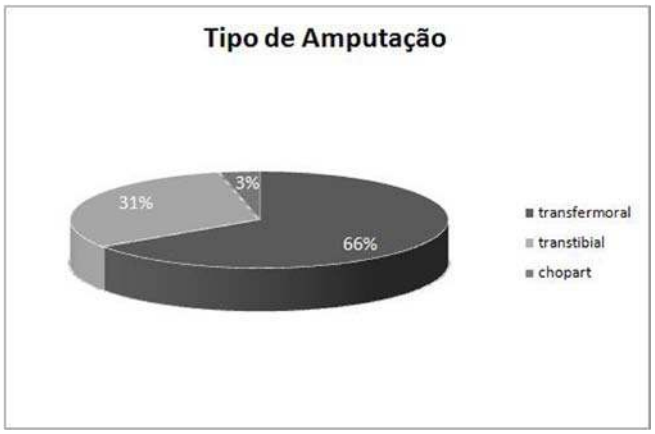
FONTE: da autora, 2009.

Observando o gráfico 01 onde foram analisadas as causas que resultaram em amputação dos pacientes atendidos no Centro de Reabilitação da FAG, onde observou-se que a causa traumática foi uma das causas que mais resultou em amputações, seguida pela causa de doenças vasculares, Diabetes Mellitus e trombose. Em estudo realizado por Cassefo (2003), o predomínio observado quanto à etiologia da amputação foi de 59,2% para causas vasculares, 24% para traumática, 5,3% de causa tumoral e cancerígena, 5% para etiologia infecciosa, 3,1% por má formação congênita e 3,4 por outras causas.

Porém, em nosso estudo pode-se observar que houve predomínio de amputação por etiologia traumática, que incluíam acidentes automobilísticos, acidentes domésticos e acidentes de trabalho, totalizado em 42% do total, seguido pela causa Vascular com 24% assim como trombose e Diabetes Mellitus apresentando 17% cada uma.

Para Boccolini (2000) as amputações traumáticas acometem principalmente pacientes adolescentes e adultos jovens, os quais estão mais expostos a acidentes de trabalhos e acidentes por meio de transporte, frutos da tecnologia moderna.

Podemos observar que ao comparar um estudo com o outro, a causa traumática observada por Cassefo (2003) foi a metade encontrada neste estudo realizado no Centro de Reabilitação da Faculdade Assis Gurgacz - FAG. Cassefo (2003) na sua pesquisa inclui Diabetes Mellitus em doenças vasculares, onde mesmo assim ao confrontarmos os resultados, somando em nosso estudo doenças vasculares (6%) com Diabetes Mellitus (21%) teremos como resultado 27%, o que continuaria representando menos da metade em relação ao estudo já citado.



FONTE: da autora, 2009.

Ao analisarmos o gráfico 02 podemos observar os níveis de amputação, para Leite (2004), que realizou estudos com pacientes portadores de amputação de membro inferior. O

mesmo observou que 76,3% dos amputados de membro inferior eram de amputação do tipo transfemoral e 23,7% transtibial.

Analisando nossos resultados, podemos verificar que os resultados se comparam aos resultados encontrados na pesquisa supracitada, uma vez que observamos que houve uma maior incidência nas amputações do tipo transfemoral (66%) em comparação à transtibial (31%).

O nível da amputação deve relacionar-se diretamente ao futuro uso de prótese. Segundo Matiotti & Lianza (1985), a amputação terá resultados funcionais tanto mais satisfatórias, quanto mais baixas tiverem sido realizadas, obtendo-se maior braço de alavanca e menor alteração de equilíbrio muscular. Quando uma pessoa sofre uma amputação de membro inferior, principalmente se o nível dessa amputação for acima do joelho, seu corpo terá de se adaptar a uma severa assimetria de massa e força muscular, em que essas alterações podem provocar sinais e sintomas na coluna vertebral. É importante que haja uma reformulação na representação interna ou esquema corporal, e essas pessoas devem aprender a suportar o peso sobre o membro artificial, para que possam reduzir a carga assimétrica e a instabilidade lateral (Garcia et. al., 1992).

Domínio	Pré-Protetização Endoesquelética		Pós-Protetização Endoesquelética		Valor de p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Capacidade Funcional	26,0	12,4	32,5	15,0	0,008089
Limitação	29,2	33,5	60,7	30,5	0,001113
Dor	52,7	25,3	66,4	27,0	1,770933
Saúde	58,3	19,6	64,7	18,3	0,019467
Vitalidade	66,4	15,3	74,2	11,7	0,016538
Aspectos Sociais	58,9	26,5	75,8	19,2	0,015463
Aspectos Emocionais	38,0	36,6	73,7	32,5	0,000324
Saúde Mental	68,5	17,1	76,6	7,3	0,059849

Tabela 03- Comparação entre a qualidade de vida na pré protetização e após protetização endoesquelética segundo questionário de qualidade de vida SF-36.

Através dos valores (p=0,05), pode-se verificar que houve melhora na qualidade de vida após protetização endoesquelética nos domínios: capacidade funcional, limitação, dor, saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental referentes ao questionário SF-36 citados na tabela 03.

Estudos comprovam que pacientes que utilizam próteses podem desenvolver habilidades motoras normais para realizar suas AVD's (Atividades de Vida Diárias) de forma independente, mesmo que seja após alguns anos de treinamento protético. Portanto, a avaliação das capacidades funcionais é primordial, especialmente para uso de equipamentos a médio e longo prazo, e mais especificamente depois da reabilitação. Além do uso da prótese e das possibilidades de deambulação, a avaliação deve integrar a análise da qualidade das atividades de vida diárias, a independência para o encaixe e a satisfação sentida pelo paciente com o uso da mesma. Então, apesar da prevalência crescente de amputações e a aquisição da função através da reabilitação protética, pouco se sabe a respeito da satisfação dos pacientes com o uso de próteses.

Contudo, apesar das dificuldades e obstáculos quanto à utilização da prótese, a qualidade de vida desses pacientes tende a melhorar progressivamente, fazendo assim com que o indivíduo se integre a sociedade novamente, desempenhando melhor suas atividades da vida diárias e melhorando a sua qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os pacientes o termo amputação está relacionado com terror, derrota e mutilação, trazendo de forma implícita, uma analogia com a incapacidade e a dependência. Na verdade, o importante é informar aos pacientes que as amputações, muitas vezes, propiciam uma qualidade de vida relativamente melhor, sem dor e sem sofrimento antes presente (Carvalho, 1999).

Não devendo ser, portanto, lamentado o que foi perdido e sim dando a devida importância ao que restou. Oferecendo aos pacientes e familiares as devidas orientações e informações para um bom prognóstico do amputado. Atentando-se também para as alterações psicológicas, tais como as dores fantasma e as dores pelo mau uso da prótese. As próteses, enquanto dispositivos que suprem a ausência de um membro ou parte dele, tem como principal objetivo substituir função deste membro ou proporcionar estética, através de uma completa integração entre prótese e paciente. O sucesso de uma protetização depende, não só de um bom produto protético, como também de um adequado tratamento reabilitacional.

O tratamento global e integrado do paciente determinará o êxito de todo o trabalho de reabilitação programado. O objetivo final é capacitar o paciente ao maior aproveitamento de suas potencialidades de forma que ele possa ser independente nas atividades da vida diárias.

Sendo assim, concluí-se que conforme o estudo realizado, os resultados mostram que quanto aos 30 pacientes protetizados de MMII, quando avaliados via questionário SF-36, sobre a qualidade de vida, pode-se considerar que esses têm uma boa qualidade de vida.

Em geral, o paciente deve fazer um tratamento com um fisioterapeuta para reeducação da marcha (uma nova forma de andar) e apreender a usar a prótese de maneira adequada. Nessa fase, é fundamental a participação do amputado, por que se ele não aderir ao programa, não conseguirá uma marcha funcional, por exemplo.

Enfim é importante compreender o ser humano para poder trabalhar com ele, e não para ele.

A reabilitação física, psíquica e social, representa viver com o paciente na construção de uma sociedade cada vez mais humana e digna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUNHEIRO, L.M.M.; **A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático.** Disponível em: www.psicologia.com.pt Acessado em: 17/04/2008.

BARAÚNA, M.A et. al. Avaliação do equilíbrio estático em indivíduos amputados de membros inferiores através da biofotogrametria computadorizada. **Revista Brasileira de Fisioterapia,** v. 10, n.1, São Paulo, 2006.

BOCOLINI, F. **Reabilitação - Amputados, Amputações e Próteses.** 2.ed. São Paulo: Robe, 2000.

CAMEL, P. et. al. Échelles d´evaluation fonctionnelle et amputation du memre inférieur. **Annales de Réadaptation et de Medicine Physique**, 2001.

CARVALHO, J. A. **Amputações de membros inferiores.** 2.ed. São Paulo: Manole, 2003.

CASTRO, M.; CAIUBY, A.V.S.; DRAIBE, S.A.; CANZIANI, M.E.F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.49, n.3, São Paulo: jul/set 2003. Disponível em: www.scielo.br Acessado em: 17/04/2008.

COSTA, A.M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.10, n.1, p.47-45, Brasília: janeiro, 2002.

DEBASTIANI, J.C. Avaliação do equilíbrio e funcionalidade em indivíduos com amputação de membro inferior protetizados e reabilitados. **Universidade Estadual do Oeste do Paraná**, n.01, Paraná, 2005.

LIANZA, S. **Medicina de Reabilitação.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

O'SULLIVAN, S.B.; SCHMITZ, T.J. **Fisioterapia: Avaliação e tratamento**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1993.

SILVA, I.; RIBEIRO, J.P.; CARDOSO, H.; RAMOS, H. Qualidade de vida e complicações da diabetes**. Análise Psicológica**, v.2; n. XXI; p.185-194, 2003.

Gleici Daniela Vera
Rua: Economia, 699, AP: 21.
Cascavel, Paraná.
Cel: 45-99353398