

A Fisioterapia no Paciente Amputado de Membro Inferior

A Physiotherapy in a patient lower limb amputees

Bianca Aguilar¹, Hélio Gustavo², Luciano Luciano³

RESUMO

A amputação é a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro do corpo, constituindo um processo altamente agressivo para a pessoa que a sofre alterando sua imagem corporal e independência. O objetivo do trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica para analisar a importância da Fisioterapia no paciente amputado de membro inferior. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, realizada entre julho de 2010 a novembro de 2010. Com a pesquisa concluiu-se a importância da Fisioterapia no paciente amputado de membro inferior, preparando-o não apenas para a nova vida mas também, para o recebimento da prótese.

Palavras-chave: Reabilitação; Amputação; Fisioterapia

ABSTRACT

Amputation is the removal, usually surgery, all or part of a limb, being a highly aggressive towards the person who suffers from changing their body image and independence. The aim of the study was a literature review to examine the importance of physical therapy in lower limb amputees. It is a research literature review, held from July 2010 to November 2010. With the research concluded the importance of physiotherapy in the lower limb amputee patients, preparing them not only to new life but also for receiving the prosthesis.

Key Words: Rehabilitation; Amputation; Physiotherapy.

1 - Graduada em Fisioterapia pelo CUSC-ES. Pós-graduanda em Fisioterapia Home Care pela AVM Faculdade Integrada

2 - Graduado em Fisioterapia e Educação Física, Mestre em Ciências da Saúde e Ambiente

3 - Graduado em Fisioterapia, Pós-Graduado em Anatomia Humana

Recebido: 10/2011

Aceito: 06/2012

Autor para correspondência:

Bianca Aguilar Batista

Rua Félix Machado, s/n, Bairro: Centro, CEP: 29380-000, Muniz Freire-ES

Email: biaaguilar@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Fisioterapia vem se destacando e crescendo a cada dia. Conforme Silva (2006), a Fisioterapia é uma ciência que se dedica a estudar o movimento humano, e por meio da utilização de exercícios e recursos terapêuticos, o fisioterapeuta se tornou indispensável nos processos de restabelecimento, habilitação ou reabilitação do indivíduo.

Silva (2006) também relata que o fisioterapeuta atua na identificação, prevenção, recuperação, reeducação, habilitação e reabilitação de incapacidades originadas por disfunções físicas, visando desenvolver a máxima funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes submetidos à internação hospitalar.

Segundo Carvalho (2003), a amputação é a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro do corpo. E de acordo com Barbosa (2010), as principais causas de amputações são as alterações vasculares, doença vascular periférica, trauma e malignidade que é a principal doença responsável pela amputação bilateral.

Conforme Gabriel et al. (2001), a amputação de um membro é um processo altamente agressivo para a pessoa que a sofre. Essa agressão ocorre tanto no plano físico quanto no psíquico modificando o esquema corporal do indivíduo, gerando uma situação de estresse diante de um futuro com uma deficiência evidente.

Probstner e Thuler (2006) afirmam que a amputação pode alterar a imagem corporal e comprometer a integridade do indivíduo. E de acordo com Carvalho (1999), a Fisioterapia atua através de um processo dinâmico, criativo e progressivo, educando e objetivando a restauração do indivíduo.

Assim, devido ao grande número de amputações e a importância do programa de reabilitação, se justifica estudar o papel essencial que a Fisioterapia tem no atendimento dos pacientes que sofreram amputação, neste caso, com enfoque no membro inferior. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica para analisar a importância da Fisioterapia no paciente amputado de membro inferior.

MÉTODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, qualitativa e de caráter descritivo. A mesma foi realizada no Centro Universitário São Camilo-ES, a partir da base de dados do Google Acadêmico e no acervo da Biblioteca do Centro Universitário São Camilo-ES, no período de Julho de 2010 a Novembro de 2011. Foram utilizadas estratégias de busca primária e secundária, limitada aos artigos publicados em português e inglês, entre os anos de 1998 à 2010. O critério para escolha dos artigos foi a identificação com o tema escolhido e as palavras-chave foram: amputação; membro inferior; avaliação; fisioterapia; intervenção; protetização. A pesquisa foi dividida em três etapas: a primeira etapa começou em Julho e foi até Setembro de 2010, quando foi decidido o tema; a segunda etapa foi de Outubro de 2010 a Março de 2011, quando foram feitos os levantamentos de dados sobre o tema escolhido; e por fim, a terceira etapa foi de Abril a Novembro de 2011, quando foi realizada a fase redacional da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme Carvalho (2003), a amputação é a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro do corpo. E de acordo com Barbosa (2010), dentre as principais causas de amputações de membros inferiores estão as alterações vasculares, destacando-se o diabetes mellitus (DM), doença vascular periférica, trauma e malignidade que é a principal doença responsável pela amputação bilateral.

Em relação aos níveis de amputação, de acordo com Bocolini (2000), Carvalho (1999) e Kottke, Lehmann (1994) apud Barbosa (2010), existem doze níveis de amputação de membro inferior que serão mostrados no quadro a seguir:

Amputação Interfalângica	Causada por processos traumáticos ou vasculares, podendo levar a amputações espontâneas. Procura-se manter a base da falange proximal porque se encontra a inserção dos tendões extensor flexor curto.
Amputação Metatarsal	Geralmente, de causas vasculares e traumáticas. É uma desarticulação, a superfície cartilaginosa é removida e os tendões flexores e extensores são suturados nos metatarsos.
Amputação Transmetatarsal	Causada por processos vasculares e traumáticos. É realizada à secção óssea do primeiro ao quinto metatarso.
Amputação de Lisfranc	Desarticulação dos metatarsos com os ossos cubóides e cuneiformes é causada por processos vasculares.
Amputação de Chopart	Desarticulação realizada entre os ossos navicular e cubóide com o tálus e o calcâneo. Geralmente de causas traumáticas e, em menores números tumorais.
Amputação de Syme	Geralmente causada por patologias vasculares, processos traumáticos, anomalias congênitas e deformidades adquiridas. É realizada uma desarticulação tibiotársica, posteriormente secção óssea abaixo dos maléolos lateral e medial, conservando na sindesmose tibiofibular.
Amputação de Pirogoff	É realizada uma artrodese entre a tibia e o calcâneo, o calcâneo é seccionado verticalmente eliminando sua parte posterior uma rotação

	superior a 90 graus até ocorrer encontradas superfícies do calcâneo e da tibia.
Amputação transtibial	É feita uma desarticação tibiotársica e a de joelho, sendo dividida em três níveis, amputação transtibial em terço proximal, médio e distal. Geralmente causada por patologias vasculares, processos traumáticos, infecciosos e neoplásicos ou anomalias congênitas.
Desarticação de joelho	É indicada para traumatismos ortopédicos irreversíveis, anomalias congênitas de tibia e fíbula e alguns tumores mais distais. Essa amputação preconiza a preservação da patela.
Amputação Transfemoral	É realizada entre a desarticação de joelho e quadril, sendo causada por processos traumáticos, vasculares, infecciosos e neoplásicos ou anomalias congênitas.
Desarticação de quadril	É realizada a retirada de todo membro inferior inclusive da cabeça do fêmur, sendo causada por traumatismos complexos e processos tumorais.
Hemipelvectomy	É realizada a remoção de metade da pelve e de todo o membro inferior homolateral, é causada por neoplasias ósseas, de tecidos moles com invasão para região pélvica, e as metástases regionais.

Segundo Brandão et al. (2005), o nível da amputação está subordinado à causa, sendo que nem sempre é possível modificá-lo ou o nível ótimo pode ser indicado. O conceito atual de nível ótimo está dentro de certo limite, o de que é o nível que melhor se presta para a aplicação de uma prótese funcional, atendendo à etiologia e à necessidade de amputação. E, de acordo com Luccia (2003), o coto deve apresentar boa mobilidade e circulação sanguínea, ser recoberto por um bom coxim músculo adiposo e pele sadia e não apresentar dor, possibilitando uma adaptabilidade satisfatória às próteses.

Conforme Lianza (2001), até então não existem dados oficiais no Brasil, sobre a incidência de amputação de membros. Nos Estados Unidos, em 1979, 86 pessoas sofriam amputações a cada 10.000 habitantes. Acredita-se que no Brasil esse número é superior, devido, entre outras razões, a elevada ocorrência de acidentes de trânsito, a incidência de certas moléstias tropicais como hanseníase e a pouca atenção voltada para o paciente diabético.

Lianza (2001) corrobora com Luccia (2003) o qual afirma que aproximadamente 80% das amputações de membros inferiores são realizadas em pacientes com doença vascular periférica e/ou diabetes, sendo fundamental que o cirurgião vascular conheça os principais fatores cirúrgicos que influenciam a recuperação clínica e a protetização destes indivíduos.

Avaliação Fisioterapêutica

Calmels et al. (2001) apud Teixeira (2008) diz que a avaliação tem sido cada vez mais recomendada para determinar a validade das técnicas e procedimentos de reabilitação. Dessa forma, segundo Gabriel et al. (2001), para avaliar adequadamente as possibilidades funcionais de um indivíduo amputado é preciso registrar a fundo suas características físicas, psíquicas e ambientais. E, conforme Thomson et al. (2005), deve ser observado toda e qualquer alteração tanto no coto residual quanto no paciente como um todo.

Carvalho (2003) apud Teixeira (2008) relata que nossa avaliação deve ocorrer do primeiro contato até a despedida.

Segundo Boccolini (2000), uma anamnese bem feita se impõe para que o fisioterapeuta possa conhecer detalhes do que precedeu à amputação, o que foi feito, que tempo foi gasto entre o diagnóstico e a operação, se houve ou não complicações no pré, trans ou pós-operatório. E corroborando com Boccolini (2000), Carvalho (2003) diz que durante a anamnese, deve-se enfatizar a descrição das patologias progressas e atuais, as quais serão utilizadas para o planejamento do programa de reabilitação. Na história das patologias progressas, podemos encontrar distúrbios que irão modificar a reabilitação ou impedir uma protetização.

Após a coleta de todos os dados, devemos iniciar o exame físico geral, investigando além do aparelho músculo-esquelético, algumas alterações funcionais. Contudo, uma avaliação do aparelho respiratório e cardiovascular deverá ser realizada, principalmente nos pacientes idosos e nos amputados vasculares (CARVALHO, 2003 apud TEIXEIRA, 2008, p.47).

Boccolini (2000) ressalta que quando for realizado o exame do aparelho respiratório não se deve esquecer que a presença de um enfisema pulmonar pode comprometer seriamente a capacidade respiratória, bem como a possibilidade física de esforço.

Sampol (2000) afirma que a força muscular, extensão dos movimentos dos ligamentos e mobilidade funcional necessitam ser registrados para possibilitar futuras comparações.

Chamlan; Melo (2008) apud Teixeira (2008) afirma que a avaliação funcional irá definir as capacidades residuais e potenciais a partir das quais serão estabelecidos meios, metas e parâmetros de seguimento para o processo de reabilitação dos pacientes. E ainda de acordo com Chamlian (1999) apud Teixeira (2008), a avaliação global ocorrerá através da investigação dos possíveis desvios corporais, sobrecarga articular, e os sinais vitais porque os pacientes amputados gastam mais energia comparado a um paciente normal, e além disso, também há a necessidade de se examinar os membros superiores por causa da amputação de membros inferiores.

Segundo Carvalho (2003), alguns itens específicos devem ser observados na avaliação, e os mesmos se encontram no quadro a seguir

Condições da pele	Se a mesma se encontra fina ou espessa, normal ou desidratada, temperatura normal ou alterada, alteração em unhas e pelos.
Coloração do membro	Normal, pálida ou cianótica.
Pulsos arteriais	Condições das artérias femoral, poplíteia e pediosa, principalmente nos pacientes amputados por DVP.
Equilíbrio e mobilidade	Realização de equilíbrio sobre o membro não amputado, transferências de leito, cadeira e em pé e saltitamento.
Força muscular e amplitude de movimento	Testes com resistência nos principais grupos musculares analisando o tônus, o trofismo e o grau de movimento das principais articulações.
Presença de deformidades	Deformidades por contratura muscular, fraturas, alterações reumáticas e vasculares ou quadros neurológicos.
Paresia, plegia, anestesia ou hipotesia	Observar se no membro avaliado há algumas dessas alterações.
Membros Superiores	Se há a presença de lesões, deformidades, como está a força e amplitude de movimento, já que muitos pacientes dependem das boas condições dos membros superiores para certas transferências e meios auxiliares de locomoção.

Boccolini (2000) afirma que a musculatura paravertebral e o abdome também devem ser avaliados e no caso dos idosos com manifestação ou não de arteriosclerose, deve-se procurar palpar a aorta abdominal para detectar possíveis aneurismas.

Sampol (2000) relata que fisioterapeuta deve se ocupar com as condições do coto para que não ocorram fatores que possam interferir na protetização do encaixe do coto com a prótese.

Corroborando com Sampol (2000), Carvalho (2003) apud Teixeira (2008) diz que um bom coto de amputação deve ser firme, sem aderências cicatriciais, contraturas articulares e neuromas, porém, isto dependerá de alguns fatores, tais como: miodese, mioplastia, hemostasia, neurectomia, tecidos ósseos, posicionamento e suturas.

Segundo Sampol (2000), a cicatriz cirúrgica deve ser examinada, observando se está aderida ou sem aderência e de que forma se apresenta, se é terminal, anterior, posterior, caso esteja aberta deve ser relatado.

Carvalho (2003) relata que o edema está presente em todos os pacientes amputados nunca protetizados. Em determinados níveis, observamos maior ou menor aumento de volume. Os pacientes amputados transtibiais, transfemorais e

desarticulados de joelho exibem cotos bastante volumosos em relação aos outros níveis de amputação. E conforme Boccolini (2000) deve-se evitar o edema com o enfaixamento do coto.

Intervenção fisioterapêutica nos pacientes amputados

Cachoeira; Ferão (2001) relatam que para realizar uma reabilitação com maior potencial de sucesso indica-se precocemente o tratamento pré e pós-amputação objetivando-se alguns tópicos específicos dentre os quais, destacam-se o incentivo a marcha, a restauração da independência funcional e a manutenção da força do coto e do corpo de uma forma geral. E de acordo com Gailey (2001) o objetivo de qualquer programa de reabilitação é ajudar as pessoas amputadas, desde o momento da cirurgia até um protético com êxito o mais rápido possível e sem complicações.

O paciente amputado tem à sua frente uma grande mudança ao seu estilo de vida, além de incertezas quanto às suas capacidades e às atitudes de familiares e amigos. Sabe-se que esses pacientes se submetem a 4 fases de ajustamento, que são: impacto, isolamento, reconhecimento e reconstrução. A primeira fase, chamada de impacto, é caracterizada pela desesperança. Na segunda fase, o paciente tende a se isolar, apresentando ansiedade, perda de peso, medo, culpa, raiva e afastamento. Na fase de reconhecimento, o paciente tenta desenvolver o seu potencial máximo na sua reabilitação, reconhecendo a mudança permanente em seu corpo. Tendo em vista as alterações pelas quais esses pacientes passam, compete aos profissionais de saúde, que trabalham com essas pessoas, a promoção da independência e da autonomia, atuando em conjunto com a família e visando a uma qualidade de vida satisfatória (GOTTSCALK, 1999 apud BRITO et al., 2005, p.177).

Boccolini (2000) diz que um pós-operatório bem realizado pode abreviar em muito a recuperação e reabilitação do paciente evitando com isto o aparecimento de contraturas musculares indesejáveis, dificilmente corrigíveis.

Schweitzer, Miquelluti (2004) apud Pastre et al. (2005) afirmam que o fisioterapeuta é desempenha papel fundamental para a reeducação funcional acompanhando o paciente em todos os estágios do programa de reabilitação, fazendo parte de equipe multidisciplinar, supervisionando e tratando desde o estágio pré e pós-operatório, na educação de mobilidade pré e pós-protética e, se necessário, em cuidados de manutenção das funções músculo-esqueléticas.

O tratamento deverá ser iniciado de forma precoce para recuperação funcional, com objetivo de acelerar a protetização e o retorno às atividades (DILLINGHAM, PEZZIN, MACKENZIE, 2003).

Segundo Signorelli et al. (2003), a Fisioterapia deve ser realizada logo após a amputação, atuando no posicionamento correto no leito, dessensibilização do coto, exercícios ativo-assistidos, ativo-livres e isométricos, uso de bandagens, exercícios de propriocepção, trabalho do membro contralateral e membros superiores e treino de marcha.

Conforme Gauthier-Gagnon, Grise, Potvin (1998) apud Pastre (2005), os objetivos da Fisioterapia devem visar a cicatrização e redução de edema, manter ou aumentar força muscular de ambos os membros, transferências e cuidados no leito, prevenir contraturas articulares do membro residual ou qualquer membro, instrução nos cuidados do membro residual e deambulação com muletas.

Pós-operatório

Na primeira fase do pós-operatório, o controle postural será realizado no leito do paciente, razão pela qual é aconselhável que esteja razoavelmente rígido para facilitar a boa posição articular e da coluna (GABRIEL et al., 2001).

Pastre et al. (2005), relata que para correto posicionamento do coto no leito, o indivíduo deve evitar comportamento de abdução e rotação externa de coxa, não usar travesseiro embaixo do coto e manter sempre os membros inferiores alinhados para evitar contraturas.

Boccolini (2000) diz que os pacientes amputados de membro inferior devem estar deitados sobre colchões duros e firmes, não usando travesseiros sob o coto de coxa na amputação transfemorais. Com este procedimento evita-se a contratura em flexão, facilitando assim a mais rápida colocação da prótese.

Conforme Carvalho (2003), é preciso evitar a imobilidade do paciente ainda no leito, a qual contribui com as atrofia por desuso e o aparecimento de úlceras de pressão, principalmente nos locais com proeminências ósseas.

Segundo Gabriel et al. (2001), o fortalecimento muscular geral incidirá principalmente na musculatura antigravitacional, sem esquecer o fortalecimento das extremidades superiores, que precisarão de um bom desenvolvimento muscular no caso de serem necessárias ajudas para a deambulação.

Além do treinamento para se deslocar, Smith (2005) diz que é preciso incorporar uma gama de competências conhecidas como atividades de vida diária (AVD's) desde o início do processo de recuperação.

Conforme Boccolini (2000), a ênfase na prevenção de deformidades é de extrema importância, principalmente se o paciente é candidato a protetização, por isso, o paciente deve ser orientado em relação à tendência das contraturas e às deformidades das articulações proximais à amputação. Exercícios isométricos e isotônicos ativos devem ser orientados.

Sampol (2000) relata a importância de orientar o paciente quanto às posições que dificultam ou impedem a instalação de deformidades e o aumento do edema quando na posição vertical, sentada ou deitada em decúbito ventral, lateral e dorsal.

O enfaixamento do coto se faz necessário para que haja uma adequada adaptação ao encaixe da prótese, redução de edema e produza um formato cilíndrico desejado (SMITH, 2004). Signorelli et al. (2003) diz que a pressão deve ser maior de distal para proximal e realizado do tipo oito ou em espiral; uma bandagem efetiva ficará sem pregas, enfatizando as voltas angulares, exercendo uma pressão distal, encorajando a extensão articular.

Segundo Sampol (2000), o enfaixamento pode ser retirado de duas em duas horas e nos primeiros momentos de adaptação, deve-se manter o coto sem faixa em um período mínimo de 15 minutos e então refazer o enfaixamento. Todos os dias antes de enfaixar ou no momento de refazer o enfaixamento é importante observar a pele do coto e a região da cicatriz, observando presença de áreas avermelhadas ou feridas.

Luccia (2003) e Schweitzer, Miquelluti (2004) relatam que na maioria dos indivíduos amputados ocorre hipersensibilidade local, no qual deverão ser realizados movimentos lentos e graduais começando de estímulos mais finos como algodão, para estímulos mais ásperos como sacos de areia, passando de uma fase para outra à medida que o paciente relatar acomodação. Uma evolução satisfatória permite uma adaptação adequada do

coto para utilização de prótese.

Lin et al. (2001) apud Pastre (2005) mostram que os exercícios de alongamento de cadeia muscular anterior e posterior procuram desenvolver melhor distensibilidade de suas fibras, diminuindo, conseqüentemente, a sobrecarga articular. A reeducação postural também possibilitará a reformulação da imagem do esquema corporal, melhorando o alinhamento da postura, tornando assim, os movimentos mais coordenados e funcionais.

Dentre as técnicas de eletroestimulação para tratamento fisioterapêutico do amputado, Teixeira et al. (1999) cita as correntes russas, que são utilizadas na reabilitação visando à melhora da função muscular. E também, a estimulação transcutânea que visará a diminuição da dor, dentre elas a dor fantasma e a do coto da amputação.

Protetização

Silva (2006) diz que a prótese é uma peça que pode ser usada em substituição à um órgão interno ou externo do corpo humano. E de acordo com Carvalho (2003), as próteses se dividem em dois grupos: exoesqueléticas e endoesqueléticas. As próteses exoesqueléticas (cuja estrutura exterior para além da função estética constitui o suporte das forças, ou seja, sustentação), são confeccionadas com componentes de madeira ou plástico, que servem de conexão entre encaixe e pé. As próteses endoesqueléticas também são conhecidas como próteses modulares. A conexão entre encaixe e pé protético é realizada por meio de tubos e componentes modulares, e o acabamento final, com espuma cosmética, conforme as medidas do membro contra-lateral à amputação.

Carvalho (2003) apud Debastini (2005), diz que está totalmente contra-indicada a realização de descarga distal para os pacientes transfemorais. Para isso, os encaixes protéticos são confeccionados de modo que suportem a descarga de peso em apoio isquiático e/ou em paredes laterais do coto, dependendo do tipo de encaixe utilizado.

Para que a parte remanescente do membro tenha firme contato com a peça de encaixe da prótese o paciente necessita de algum mecanismo adicional, já que não existem relevos anatômicos (LUCCIA, 2003).

Pré-protetização

Segundo Carvalho (2003), o objetivo final em um programa de reabilitação pré-protetização consiste em proporcionar ao paciente amputado: habilidade para realização de todas as atividades possíveis sem o uso de prótese; preparar o coto de amputação para que possa ser protetizado; e desenvolver programas de alongamento, transferências de peso, equilíbrio e coordenação visando uma deambulação independente futura.

Segundo Adams (2000), a fase pré-protética se divide em tratamento imediato e mediato. O tratamento imediato é compreendido na primeira semana após a amputação até 30 dias, paciente envolvido em quadro algico e hipersensibilidade do coto de amputação, decorrente do ato cirúrgico. De acordo com Sizinio et al. (2002), o tratamento mediato é compreendido após a retirada dos pontos cirúrgicos - após 30 dias. Coto edemaciado, hipersensível.

Pós-protetização

Segundo Lianza (2001), a reabilitação pós-protética é classificada como a última etapa do tratamento de um amputado. E de acordo com Carvalho (2003), a reabilitação pós-protética será sempre responsável pela independência, sucesso da marcha e reintegração social do nosso paciente; além disso, diz que o tratamento deve ser realizado em um local amplo, reservado, claro e limpo, dotado no mínimo de barras paralelas, espelhos, balanças, escadas e rampa.

Segundo Chamlian (2008), as amputações acarretam declínio funcional que podem afetar a qualidade de vida dos pacientes. As metas de reabilitação incluem melhora da mobilidade e reintegração do paciente na comunidade. Uma etapa importante deste processo refere-se à aquisição de marcha funcional com o uso da prótese.

Concordando com Chamlian (2008), Carvalho (2003) diz que as próteses são aplicadas como objetivo de compensar esta perda funcional e permitir uma função adequada de marcha com baixo gasto energético. As transmissões de forças e movimentos são realizadas através dos encaixes protéticos os quais também são responsáveis pela fixação do sistema mecânico ao membro residual, específicos para os diferentes níveis de amputação.

Carvalho (2003) apud Teixeira (2008) relata que As próteses devem ser avaliadas antes do início da reabilitação. Os locais destinados para a realização de descarga de peso e de suspensão de encaixe devem ser mostrados aos pacientes. Após a colocação da prótese, o coto deve apresentar um contato total com o encaixe e um aumento de pressão nos locais destinados à descarga de peso.

CONCLUSÃO

A Fisioterapia é uma profissão que atua tanto na prevenção quanto reabilitação de patologia e lesões, com o objetivo de estabelecer ou restabelecer a máxima funcionalidade de cada paciente e conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

Quando um indivíduo passa pelo processo da amputação, ele tem sua imagem corporal alterada e precisa acreditar que é possível ter qualidade de vida e realizar as atividades que fazia antes; é preciso reaprender como serão realizadas essas atividades.

Devido ao grande número de amputados e a necessidade de torná-los o mais independente possível, se destaca a atuação da Fisioterapia tanto no pré-operatório, preparando o paciente para a cirurgia quanto no pós-operatório visando restaurar suas capacidades e preparar o coto para o recebimento da prótese. Todos os cuidados com o tipo de cirurgia, nível de amputação, a vontade do paciente de recuperar, entre outros processos, juntamente com o tratamento fisioterapêutico adequado, trarão resultados satisfatórios para o paciente no pós-operatório e conseqüentemente no recebimento da prótese.

Portanto, diante da importância da Fisioterapia no paciente amputado de membro inferior, como foco do trabalho, se relata a necessidade de estudos mais recentes sobre o tema, para que haja o aprimoramento dos conhecimentos, beneficiando não somente o fisioterapeuta, mas também, o paciente que passou pelo processo de amputação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-ADAMS, J.C. Manual de Ortopedia. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

2-AGNE, J.E; et al. Identificação das causas de amputações de membros no Hospital Universitário de Santa Maria. Saúde, Vol. 30 (1-2): 84-89, 2004

3-BARBOSA, B. Investigação dos sintomas em pacientes amputados de membro inferior. Disponível em:

www.fag.edu.br/.../investicacao_de_sintomas_em_pacientes_amputados_de_membro_inferior.pdf. Acesso em: 06 de Julho de 2010.

4-BOCCOLINI, F. Reabilitação amputados, amputações, próteses. São Paulo: Robe Editorial, 2000.

5-BRANDÃO, M.L.; et al. Fisioterapia no pós-operatório de amputação de membro inferior por Doença Arterial Obstrutiva Crônica. Revista de Angiologia Vascul, n. 1, jan/ fev 2005.

6-BRITO, D.D; et al. Tratamento Fisioterapêutico Ambulatorial em Paciente Submetido à Amputação Transfemoral Unilateral por Acidente Automobilístico: Estudo de Caso. Disponível em:

<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/193/167>. Acesso em: 19 de Abril de 2011.

7-CACHOEIRA, M.C; FERÃO, M.I.B. Análise dos recursos fisioterapêuticos utilizados nos pacientes amputados de membros inferiores na clínica escola de Fisioterapia da UNISUL. Disponível em:

www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/02b/.../artigocharlesmarcachoehira.pdf. Acesso em: 29 de junho de 2010.

8-CARVALHO, J. A. Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação. São Paulo: Manole, 1999.

9-CARVALHO, J. A. Amputações de membros inferiores. 2ª edição, São Paulo: Manole, 2003.

10-CHAMLIAN, T.R.; MELO, A.C.O. Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores. Acta Fisiatr, v. 15, n. 1, p. 49-58, 2008.

11-DEBASTINI, J.C. Avaliação do equilíbrio e funcionalidade em indivíduos com amputação de membro inferior protetizados e reabilitados. Disponível em:

www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2005/pdf/jean.pdf. Acesso em: 13 de setembro de 2011.

12-DILLINGHAM, TR; PEZZIN, LE; MACKENZIE, EJ. Discharge destination after dysvascular lower-limb amputations. Arch Phys Med Rehabil 2003;84(11):1662-8.

13-GABRIEL, M.R.S.; et al. Fisioterapia em traumatologia ortopedia e reumatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

14-GAILEY, R.S. Are You Ready For A Prosthesis? (Preparing for Prosthetic Fitting. First Step - A Guide For Adapting to Limb Loss). InMotion, v. 2, 2001.

15-LIANZA, S. Medicina de Reabilitação. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

16-LUCCIA, N. Reabilitação pós-amputação. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003.

17-PASTRE, C.M.; et al. Fisioterapia e amputação trans-tibial. Arq Ciênc Saúde, v. 12, n. 2, p. 120-124, abr/jun, 2005.

18-PROBSTNER, D; THULER, L.C.S. Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros: revisão de literatura. Disponível em:

http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v04/pdf/revisao_literatura5.pdf. Acesso em: 10 de Março de 2011.

19-SAMPOL, A. V. O Tratamento Fisioterápico e a Qualidade de Vida do Amputado de Membro Inferior após Protetização, 2000. Disponível em: www.novafisio.com.br. Acesso: 29 de junho de 2010.

20-SIGNORELLI, MC; et al. Protocolo para fortalecimento do membro residual através de eletroestimulação neuromuscular com modulação russa em amputados transtibiais proximais. Rev Reabilitar 2003;5(18):40-3.

21-SILVA, CP. Perfil dos pacientes amputados de membro inferior internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição – Tubarão/SC. Disponível em: www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/ChristianPrudencio/tcc.pdf. Acesso em: 06 de Julho de 2010.

22-SIZÍNIO, H.; XAVIER, R; PARDINI JUNIOR, A. G. et al. Ortopedia e traumatologia – Princípios e Prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

23-SCHWEITZER, PB; MIQUELLUTI, DJ. Fisioterapia ortopédica e medicina ortopédica. Fisioterapia Brasil 2004;5(5):375-9.

24-SMELTZER, S.; BARE, B.G; SUDDARTH, D. S; BRUNNER, L.S. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem medicocirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

25-SMITH, D.G. The Transfemoral Amputation Level, Part 1. Disponível em: http://www.amputee-coalition.org/inmotion/mar_apr_04/transfemoral.html. Acesso em; 22 de Março de 2011.

26-TEIXEIRA, L.F. A Atuação da Fisioterapia no paciente com amputação transfemoral unilateral. Disponível em:

http://www.uva.br/cursos/graduacao/ccbs/fisioterapia_monografias/A_ATUACAO_DA_FISIOTERAPIA_NO_PACIENTE_COM.pdf. Acesso em: 22 de Março de 2011.

27-TEIXEIRA, MJ; IMAMURA, M; CALVIMONTES, RCP. Dor fantasma e no coto de amputação. Disponível em:

http://reocities.com/liga_de_dor/rmdn192.html. Acesso em: 22 de Março de 2011.

28-THOMSON, A.; et al. Fisioterapia de Tidy. 13. ed. São Paulo: Santos, 2005.