

Anna Victoria Borja Brum

Nathália Ferreira Mendes

**AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES-DOS PRIMEIROS CUIDADOS À
PLENA RECUPERAÇÃO:** ensinando passo a passo para adequada
reabilitação-produção de material educativo

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2018

Anna Victoria Borja Brum

Nathália Ferreira Mendes

**AMPUTAÇÕES DE MEMBROS INFERIORES-DOS PRIMEIROS CUIDADOS À
PLENA RECUPERAÇÃO: ensinando passo a passo para adequada
reabilitação-produção de material educativo**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Gisele de Cássia Gomes, PhD.
Coorientadora: Grazielle Carvalho de Oliveira Andrade.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2018

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo a elaboração de um material educativo em forma de livreto, com linguagem simples e objetiva para guiar o usuário sobre o cuidado em saúde, além de direcionar o papel do fisioterapeuta no processo da reabilitação de indivíduos amputados de membros inferiores e para isso, foi realizada uma revisão da literatura. A busca dos artigos científicos e dos guidelines a respeito de amputações de membros inferiores e os efeitos positivos da educação e inclusão do paciente no processo de reabilitação foi realizada através de base de dados eletrônica como Medline e Scielo, na qual utilizamos Amputation, ICF (International Classification of Functionality), Reabilitação, Material educativo e Educação em saúde como palavras chaves e por consequência como estratégias de busca. Além de utilizarmos de busca não eletrônica através das referências dos artigos selecionados, livros e materiais previamente adquiridos. Os trabalhos foram analisados primeiramente por título e resumo, e dois avaliadores realizaram a seleção dos artigos. Foi utilizado como critério de inclusão artigos que abordassem sobre orientações após amputação de membros inferiores, apresentassem os resumos disponíveis na base de dados escolhidos, além de apresentarem disponibilidade dos mesmos na íntegra, serem publicados em inglês ou português, no período de publicação entre 1990 e 2018. Foram excluídos os estudos que não se adequaram aos critérios de inclusão selecionados e que abordassem sobre membros superiores e intervenções cirúrgicas. Consideramos o presente estudo de suma importância, mediante a identificação de uma deficiência geral na área da saúde ao abordar e orientar o indivíduo recém amputado, sobre as possibilidades que uma reabilitação precoce oferece. Acredita-se que através da divulgação desse material o indivíduo estará ciente sobre sua condição de saúde de forma integral, por consequência, pressupõe que o indivíduo se apresente em melhores condições físicas para o processo de reabilitação, acarretando por fim em maiores chances de protetização e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Amputação. CIF. Reabilitação. Material educativo. Educação em saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 MÉTODOS	8
3 RESULTADOS	9
4 DISCUSSÃO.....	10
4.1 Incidência de amputação e etiologias	10
4.2 Sentimentos dos indivíduos amputados	11
4.3 Equipe multiprofissional	12
4.4 Nível de amputação.....	12
4.5 Processo de reabilitação (objetivos, plano de tratamento)	13
4.6 Protetização	16
4.7 Material educativo	18
5 CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS	21
ANEXOS	24

1 INTRODUÇÃO

O significado de amputação vem do latim, ambi= em volta de; e putatio= podar retirar, definida como retirada total ou parcial de um membro do corpo, geralmente associada à incapacidade e dependência (CARVALHO, 2003). A amputação pode ter variadas causas, sendo a maior delas de origem vascular devido a disfunções no sistema circulatório dos membros, visto que o Diabetes é a doença que mais leva a amputações dessa origem. Além disso, a amputação pode ocorrer por origem traumática, como acidentes de natureza variadas, automobilístico, armas de fogo, queimaduras, pós fraturas, entre outros. Existe a origem tumoral, no qual provoca amputação pela presença de tumores ósseos malignos e a origem infecciosa decorrente de infecções de qualquer natureza podendo estar relacionada a eventos traumáticos ou vasculares. Por fim, a amputação também pode ocorrer por origem congênita, na qual o indivíduo nasce com a presença de alguma anomalia (BOCOLINI, 2000).

Na maioria dos casos, os pacientes apresentam limitações após o procedimento cirúrgico, as quais podem interferir no seu bem-estar físico como as sensações e dores fantasmas no membro amputado, inflamações e contaminações da ferida cirúrgica e dores diversas, dentre outras (PINTO, 2001; MAY, 2004). Além do próprio estigma, o paciente também sofre com o despreparo da sociedade, para receber e reintegrar o indivíduo amputado, o preconceito, a falta de orientação e até a falta de estrutura física de acesso, o que prejudica muito o processo de reabilitação, sendo fatores que devem ser trabalhados com o indivíduo durante o tratamento.

A notícia da amputação para um indivíduo é muito impactante, pois a priori o indivíduo pode entristecer-se, revoltar-se, se sentir frustrado e não aceitar a situação de perder uma parte do corpo, podendo até mesmo entrar em depressão. No entanto, devido ao sofrimento e até mesmo risco de vida diante da condição de saúde, alguns indivíduos podem se sentir aliviados com a amputação. Sendo assim,

é importante considerar a variabilidade emocional que faz parte desse processo, respeitando a individualidade de cada paciente (MAY, 2004).

É papel do fisioterapeuta ajudar o paciente a entender a caminhada que segue após a amputação e motivá-lo a seguir em frente, caso perceba que o paciente precise de um acompanhamento de um psicólogo deverá encaminhá-lo para tratar os aspectos emocionais. Além disso, é importante que o fisioterapeuta inclua os familiares ou cuidadores no processo de reabilitação e principalmente no processo educativo, visando um melhor prognóstico para o amputado (ECHER, 2005).

Segundo Schoeller (2013), o acesso ao processo de reabilitação dos indivíduos que sofrem amputação ocorre tardiamente, podendo trazer consequências para sua recuperação. Sendo assim, após a amputação, os pacientes devem ser orientados sobre os cuidados com o coto, além da importância da reabilitação para uma vida mais funcional e independente, contribuindo para um melhor prognóstico do paciente. Na reabilitação de indivíduos amputados, o fisioterapeuta é um profissional da saúde chave durante esse processo, pois através da utilização de seus recursos pode influenciar nos sintomas e na capacidade funcional do indivíduo auxiliando no retorno das atividades. Além disso, deve-se ressaltar a importância do papel do fisioterapeuta durante o processo de amputação, atuando antes e depois da cirurgia, ele irá atuar também no período de pré e pós protetização do paciente (MAY, 2004; PASTRE, 2005).

O plano de tratamento da fisioterapia deve incluir como objetivo evitar a rigidez articular e a diminuição de amplitude de movimento, a perda de força muscular, a aparição de contraturas e complicações cardiorrespiratórias, trabalhar o condicionamento e manter a funcionalidade. Além disso, deve-se estar atento ao coto quanto à ocorrência de edema, cicatrização, orientações de auto cuidado com relação à pele, posicionamentos e enfaixamentos. Como a amputação está relacionada a problemas vasculares, é de extrema importância orientar ao paciente sobre o cuidado com o outro membro, para que este não seja submetido à amputação também (MAY, 2004).

Além de todos esses objetivos de tratamento, o terapeuta deve ter um olhar voltado para a funcionalidade do paciente, visando tratá-lo com um ser biopsicossocial, com sua individualidade, seu contexto, seus fatores pessoais e ambientais, sabendo identificar de acordo com as queixas, quais são os facilitadores e as barreiras diante do plano de reabilitação. A fim de tratar o indivíduo como um todo, a equipe de reabilitação deve ser multiprofissional para garantir um atendimento direcionado ao paciente, valorizando suas queixas e objetivos de forma global (ECHER, 2005).

Ademais aos objetivos de tratamento, papel do fisioterapeuta e a importância de uma equipe interdisciplinar, vale ressaltar que a educação em saúde também é um processo muito importante para os pacientes, no qual o fisioterapeuta deve sempre orientar o indivíduo quanto à sua condição, quanto à prevenção para manter ou melhorar a capacidade funcional, ajudar ao paciente a criar hábitos importantes, além de orientar quanto aos riscos e complicações possíveis (PINTO, 2001).

A linguagem utilizada para esse processo educativo deverá ser de fácil compreensão permitindo entendimento, independente da escolaridade do indivíduo. Além disso, para conferir qualidade e confiabilidade das informações, o terapeuta deverá se embasar em evidências científicas e buscas em literaturas. Vários recursos podem ser utilizados para facilitar a aprendizagem e torná-la significativa, como ilustrações, passo a passo, histórias, conteúdo teórico e teórico-prático, entre outras (ECHER, 2005).

É importante ter em vista que o paciente é o principal responsável pelo sucesso na reabilitação, pois a intervenção depende da vontade do próprio paciente em atingir o seu objetivo e diante disso o fisioterapeuta intervém auxiliando e dispondo de recursos e conhecimentos para facilitar o processo. O paciente deve entender que através do auto-cuidado, da utilização de várias estratégias e ao se apropriar da sua condição, ele irá contribuir para a sua própria funcionalidade e o processo educativo poderá contribuir durante e a após a reabilitação, tornando o indivíduo independente.

2 MÉTODOS

O estudo teve como objetivo a elaboração de um material educativo para guiar o usuário sobre o cuidado em saúde, além de direcionar o papel do fisioterapeuta no processo de reabilitação de indivíduos amputados de membros inferiores. Para isso, foi realizada uma revisão da literatura, no qual foi feita a identificação e seleção de artigos para sua devida análise e interpretação.

A busca dos artigos científicos, tanto originais quanto revisões, e dos guidelines foi realizada através de base de dados eletrônica como Medline e Scielo, na qual utilizamos Amputation, ICF (International Classification of Functionality), Reabilitação, Material educativo e Educação em saúde como palavras chaves e por consequência como estratégias de busca. Além de utilizarmos de busca não eletrônica através das referências dos artigos selecionados, livros e materiais previamente adquiridos, que de certa forma contribuía para o estudo.

Os trabalhos foram analisados primeiramente por título e resumo, e dois avaliadores realizaram a seleção dos artigos. Para fundamentar o estudo utilizamos como critério de inclusão artigos que abordassem sobre orientações após amputação de membros inferiores, apresentassem os resumos disponíveis na base de dados escolhidos, além de apresentarem disponibilidade dos mesmos na íntegra, serem publicados em inglês ou português, no período de publicação entre 1990 e 2018. Foram excluídos os estudos que não se adequaram aos critérios de inclusão selecionados e que abordassem sobre membros superiores e intervenções cirúrgicas.

3 RESULTADOS

Foram encontrados 53 artigos sobre amputações de membros inferiores nas bases de dados referidas. Todos os resumos foram lidos, em busca de artigos que abordassem a reabilitação e os cuidados após o processo de amputação. Dos 53 artigos, utilizamos de 23 que se adequaram nos critérios para fundamentar a revisão, visto que os que foram descartados em sua maioria envolviam abordagens cirúrgicas.

4 DISCUSSÃO

4.1 Incidência de amputação e etiologias

Amputações de membros inferiores são uma condição de saúde crônica comum que geram incapacidade a longo prazo, sendo um grande problema de saúde pública (PAULO *et al.*, 2007). A causa principal está relacionada à doença vascular periférica associada ao tabagismo e diabetes, e segunda maior causa é devida a acidentes de trânsito ou ferimentos de arma de fogo, que costumam acometer em maior número adultos jovens, em sua maioria homens (O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2003).

O avanço da idade é um processo natural no qual a reserva funcional dos indivíduos vai reduzindo progressivamente. No entanto, temos que pensar que assim como em ocorrências de estresse emocional e acidentes, nas quais esses indivíduos necessitam de maior cuidado e assistência, há também um maior acometimento de doenças crônicas e degenerativas, em que vai surgindo dependência e a perda de autonomia progressiva, gerando um processo incapacitante para os idosos, dificultando o desenvolvimento de suas rotinas diárias e interferindo em sua funcionalidade de modo geral (DIOGO, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 70% das amputações realizadas no Brasil são decorrentes do diabetes e 85% decorrentes de feridas acometendo os membros inferiores, o que representa por ano em torno de 55 mil procedimentos. (INSTRUMENTOS, 2001). A amputação prejudica o indivíduo em vários aspectos na sua rotina e atividades diárias, afetando dramaticamente sua função e interferindo na sua qualidade de vida, independente de qual seja a causa da amputação (TEIXEIRA; MEJIA; PINTO, 2002).

4.2 Sentimentos dos indivíduos amputados

O paciente não deve ignorar os problemas que virão com o processo da amputação e o profissional da saúde deve ajudá-lo a entender a real necessidade da cirurgia, explicando com clareza, garantindo os cuidados necessários para enfrentar essa fase e identificando a compreensão do paciente. É muito importante que o profissional da saúde ajude o paciente a entender que a amputação não representa um fracasso do tratamento, mas sim o primeiro passo para o processo de reabilitação (GABARRA, CREPALDI 2009).

Pessoas submetidas a cirurgias geralmente se sentem fragilizadas e sem controle da situação. Possuem medo de morrer, de sentir dor e de tornar-se incapacitado (SEBASTIANI; MAIA, 2005). Frequentemente, sintomas depressivos são associados a amputados, pois apresentam-se tristes e chorosos, além de apresentarem, perda de apetite, isolamento social e dificuldades para dormir (WALD; ALVARO, 2004).

A maioria dos sintomas depressivos persistentes após a hospitalização são devidos a restrição de mobilidade e atividades, e sentimentos de vulnerabilidade. Além dos distúrbios de autoimagem corporal que são comuns e observados pela falta de contato visual com o membro amputado e negligência no autocuidado do coto (GABARRA, CREPALDI 2009).

É necessário abordar o âmbito psicológico com o paciente, na tentativa de identificar as frustrações, expectativas e preocupações decorrentes desse processo. Devemos compreender caso o paciente não demonstre interesse em abordar o assunto, visto que para muitos a amputação é semelhante a uma morte e precisam de um processo de luto para se recuperarem. A Psicologia nesta área mostra-se essencial tanto na pesquisa como no campo da intervenção, o papel do psicólogo na equipe interdisciplinar pode auxiliar o paciente e sua família no período anterior a

cirurgia, durante a hospitalização, no período de adaptação e na reabilitação psicossocial (GABARRA; CREPALDI, 2009).

4.3 Equipe multiprofissional

O acompanhamento multidisciplinar traz benefícios ao paciente, pois irá abordá-lo de modo global oferecendo ajuda em âmbitos físicos, psicológicos, sociais e profissionais. A equipe multidisciplinar consiste em vários profissionais da saúde incluindo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de próteses. Segundo Schweitzer (2004), a fisioterapia tem função essencial na reabilitação do paciente em todas as fases do processo de reeducação funcional, fazendo parte de uma equipe multidisciplinar

Sendo assim, novamente citando o relato de experiência *Promovendo a saúde de uma pessoa amputada: uma ação educativa chamada conversa no leito*, que salienta a importância da capacitação da equipe multidisciplinar hospitalar responsável pelas orientações gerais sobre protetização, a serem passadas ao paciente (BRANCO; SANTOS; LUZ, 2017).

4.4 Nível de amputação

Carvalho (2003), descreve as desarticulações e os níveis de amputação em membros inferiores, de distal para proximal, como: amputação interfalangeana, metatarsofalangeana, transmetatarsiana, amputação de Lisfranc, amputação de Choppart, amputação de Pirogoff, amputação de Ricard, amputação de Syme (corresponde à desarticulação tibiotársica), transtibial, desarticulação de joelho, transfemoral, desarticulação coxofemoral, hemipelvectomy e pelvectomy.

Em um estudo retrospectivo envolvendo 30 indivíduos amputados em nível transfemoral de forma bilateral com etiologia vascular, Trallesi *et al.* (2007)

utilizaram de dois questionários sendo o Barthel Index (BI) e o Locomotor Capability Index (LCI) adaptado com o objetivo de identificar qual o principal fator prognóstico que influencia na mobilidade chegando à conclusão que o coto é o maior determinante.

Segundo Santos e Nascimento (2003), para determinar um nível adequado de amputação é necessário um adequado exame clínico do paciente, assim como deve levar em consideração que quanto mais distal for a amputação, o gasto energético do paciente será menor durante sua locomoção, favorecendo melhor a adaptação das próteses, levando à diminuição dos gastos financeiros e por consequência reintegrando o indivíduo mais rápido à comunidade. Sendo assim o nível da amputação é preditivo para a reabilitação do paciente, sendo diretamente relacionado com o tipo de prótese e a adaptação ao coto. Sendo altamente relacionados os níveis mais altos de amputação com maior dificuldade na reabilitação e alta restrição de atividades.

Segundo May (2004), Edelstein (2004) e Carnevale (2006), o nível de amputação que proporciona maior braço de alavanca e consequentemente menor gasto energético é a amputação transtibial, porém as amputações transfemorais tem maior prevalência em idosos visto que eles apresentam maior chance de acometimentos circulatórios comprometendo a cicatrização do coto em amputações de níveis mais longos.

4.5 Processo de reabilitação (objetivos, plano de tratamento)

O trabalho do fisioterapeuta desde o início do tratamento pode influenciar de maneira positiva os resultados da reabilitação do indivíduo, buscando um olhar abrangente nas atividades de vida diária, independência e funcionalidade com ou sem o uso da prótese. É papel do fisioterapeuta a realização da avaliação cinético-funcional do paciente, além da observação do estado geral do mesmo e as condições do coto. E então traçar os objetivos do tratamento (TEIXEIRA; MEJIA; PINTO, 2002).

Existem muitos fatores que devem ser levados em consideração quanto à prescrição do tratamento do indivíduo amputado e é muito importante a ação da equipe multidisciplinar garantindo que o paciente participe ativamente desse processo. Tais fatores são a presença de comorbidades, idade, causa da amputação, nível da amputação, independência funcional, além do tempo entre a amputação e o início da reabilitação. Se o indivíduo teve um longo período de incapacidade anteriormente à amputação, o prognóstico pode ser prejudicado devido às prováveis alterações das articulações, ossos e músculos que envolvem o membro acometido (GABARRA, CREPALDI 2009).

No processo de reabilitação após o procedimento da amputação, deve-se realizar treinos importantes independente da possibilidade de protetização, visando a recuperação da função da musculatura, prevenção de contraturas, melhora do condicionamento cardiorrespiratório, e ganho de mobilidade e funcionalidade, até porque muitos dos idosos que recebem o fornecimento da prótese não a utilizam rotineiramente após a alta. Na fase pré protética é necessário foco na maior independência do paciente, e preparo do coto para protetização. Sendo importante ressaltar que a reabilitação de um amputado não consiste na protetização, é necessário avaliar se o paciente possui indicação para o uso da prótese de maneira independente e funcional (TEIXEIRA; MEJIA; PINTO, 2002).

Os objetivos do tratamento segundo Gauthier *et al.* (2000), devem visar uma boa cicatrização da cirurgia, redução de edema do coto, aumento da força muscular global, prevenção de contraturas em ambos membros residual e saudável, conscientizar os cuidados com o coto, realizar treino de apoio, transferências e deambulação de modo funcional.

A contratura pode ocorrer devido à perda de estimulação, desequilíbrio muscular, rigidez tecidual ou simplesmente por um posicionamento inadequado. Visando um posicionamento adequado do coto no leito, o indivíduo deve manter os membros inferiores sempre alinhados, não se deve utilizar travesseiros debaixo do coto, assim como deve evitar posturas em flexão de joelho, abdução e rotação externa de coxa.

As complicações circulatórias são as mais comuns nos indivíduos amputados levando ao edema, isquemia e necrose tecidual, assim como as complicações de origem psicológica e nervosa que envolvem os neuromas e a dor fantasma (TEIXEIRA; MEJIA; PINTO, 2002).

É muito importante que o paciente seja ativo no processo de reabilitação e entenda a importância dos cuidados com o coto. O edema pode ser reduzido com a técnica de enfaixamento do coto e através do comprometimento do paciente em realizar essa técnica pode-se reduzir de dois a três meses na colocação da prótese e deve ser incentivada mesmo sem perspectiva de uso imediato da prótese, de acordo com Bocolini (2000).

A dor fantasma é localizada em sua maioria na porção distal do membro residual, estando presente da primeira semana após a amputação até vários anos após o processo. Seus sintomas consistem em ardor, compressão, além da dor frequente e de grande intensidade. Ao avaliar indivíduos com amputação em membros inferiores sobre fatores determinantes quanto à qualidade de vida, Van der Schans et al identificaram que os pacientes que apresentam dor fantasma têm uma qualidade de vida pior quando comparados aos pacientes que não queixam a dor.

Ainda no estudo sobre a qualidade de vida, segundo Asano *et al.* (2008), foi possível identificar fatores que interferem nesse quesito como depressão responsável por 30%, mobilidade através da prótese 6%, assim como apoio social 2%. Através desses estudos abordando a qualidade de vida, foi possível entender a importância de abordar as questões psicossociais com o indivíduo amputado assim como é importante abordar a funcionalidade.

O processo de amputação acaba gerando limitações e restrições na vida do indivíduo, acarretando por consequência uma redução da funcionalidade, mobilidade e do nível de atividade física. No entanto, o profissional da saúde deve estar muito atento sobre o baixo nível de atividade física do indivíduo amputado para que saiba

identificar alguma associação com o medo de cair e o alto gasto energético devido à marcha protética. (SANTOS; NASCIMENTO, 2003)

O treino de deambulação protética requer um grande esforço do indivíduo, pois são vários fatores a serem associados juntamente com a reaprendizagem da tarefa como a velocidade dos passos, a estabilidade e simultaneamente a realização de tarefas manuais. Com isso, a ocorrência de quedas se torna comum dentre os indivíduos amputados mas não deve ser ignorada, pois pode representar uma limitação da funcionalidade, indicar alteração da mobilidade e por consequência da independência. Segundo Miller *et al.* 2001, 52% dos pacientes amputados a níveis transtibial e transfemoral sofreram queda no período de uma ano, sendo 27% amputados unilaterais e 58% amputados bilaterais.

4.6 Protetização

É indispensável a atuação de um fisioterapeuta no processo de reabilitação de um indivíduo amputado, pois cabe à ele acompanhar todo o processo de pré protetização e pós protetização, objetivando maior independência para atividades de vida diária para que assim o indivíduo se sinta reintegrado à sua rotina e à sociedade (CARVALHO, 2003).

Para minimizar decepções e expectativas inalcançáveis nos pacientes amputados, é importante a identificação precoce de fatores considerados relevantes no processo de reabilitação envolvendo o retorno à deambulação através da prótese, para que direcione qual o melhor dispositivo a ser utilizado nesse processo, além de ajudar a definir com maior certeza sobre a possibilidade de protetizar ou não (SAMSAN *et al.*, 2012).

A protetização é de extrema importância para os indivíduos que sofreram amputação, pois além de trazer funcionalidade, retorno às atividades e interação social, traz também qualidade de vida ao paciente. Segundo um estudo realizado por Hamamura *et al*, identificou-se que houve um aumento importante na ocorrência

de comorbidades em um grupo que não teve sucesso com a protetização comparado à um grupo que alcançou o retorno à marcha através da reabilitação protética.

A reabilitação do paciente amputado não inclui necessariamente o uso da prótese, visto que nem todos os pacientes amputados preenchem os critérios para utilização de prótese. O indivíduo só é capaz de utilizar a prótese quando tiver auto-controle e independência durante suas tarefas diárias.

Através de uma revisão da literatura Raphaela *et al.* (2014), alguns autores identificaram fatores relevantes que influenciariam a reabilitação envolvendo a protetização de idosos amputados. Tais fatores são: faixa etária, sexo, cognição, comorbidades, nível de amputação, estado do coto, etiologia, equilíbrio, ocorrência de dor ou sensação fantasma, capacidade aeróbica, fatores psicossociais e nível funcional anteriormente ao processo da amputação.

Apesar de a idade ser considerada um fator relevante no processo de protetização, vale ressaltar que serve como sinalizador, mas não pode ser um fator determinante, visto que muitos idosos apresentam menos comorbidades e condição de saúde muito melhores do que muitos jovens. A cognição faz parte dos critérios para se utilizar uma prótese, visto que influencia na capacidade do paciente em cuidar de seu corpo acompanhando sinais de lesão e prevenindo ulcerações, além de comprometer a reaprendizagem no retorno à marcha. Outro fator importante é o coto ter uma camada uniforme do músculo, sem volumes ou tecido solto, para que assim possa proteger o osso em sua extremidade. (DIOGO, 2003).

Para o sucesso de uma protetização, o indivíduo junto com o fisioterapeuta deve alcançar alguns objetivos como impedir contraturas e deformidades do coto, minimizar pontos dolorosos, estabelecer equilíbrio e fortalecimento entre as musculaturas, atingir cicatrização e modelamento adequados do coto para um bom encaixe na prótese, assim como recuperar as funções musculares anteriores à amputação. Ao atingir esses objetivos, deve-se alinhar e ajustar a prótese de acordo com as medidas do indivíduo e iniciar o treinamento com a prótese quanto à

descarga de peso, treino de transferências e treino de marcha, corrigindo possíveis alterações de movimento existentes (TEIXEIRA; MEJIA; PINTO, 2002).

A reabilitação protética deve envolver treino de transferências, habilidades com dispositivos de auxílio de marcha, condicionamento cardiovascular da deambulação com os dispositivos de forma bilateral, unipodal ou até mesmo através da impulsão com a cadeira de rodas. Ao treinar a deambulação protética é importante conscientizar o paciente para auto-correção evitando flexão lateral do tronco, garantindo estabilidade articular e comprimentos de passos semelhantes. Pode-se evoluir esse treino de acordo com as superfícies, iniciando com superfícies planas e progredindo para terrenos irregulares, degraus, rampas. Quando se trata de treino de marcha, é necessário conversar com o paciente sobre a possibilidade de ocorrência de quedas e orientá-lo como deve se comportar mediante essa situação, como se levantar, etc (MEIER; MELTON, 2014).

4.7 Material educativo

Atualmente, os pacientes possuem maior acesso à informação principalmente pela internet e a quantidade dessas informações vem aumentando cada vez mais. É importante que o paciente tenha acesso às informações sobre sua condição de saúde, porém é necessário filtrá-las e faz parte do papel do profissional da saúde direcionar o paciente mediante as informações disponíveis e suas fontes, avaliando a veracidade, afim de garantir a qualidade da informação (SHEPPERD, 2018).

A educação em saúde por meio de materiais acessíveis à população como manuais, livretos, entre outros, tem como objetivo facilitar o trabalho dos profissionais da saúde em orientar tanto os pacientes quanto os familiares sobre sua reabilitação, tratamento e auto-cuidado. Através do material educativo, é possível padronizar as informações para um determinado grupo de indivíduos que compartilham da mesma situação, além de ajudá-los a entender melhor da sua condição e incentivá-los a participarem ativamente da sua recuperação de modo a estabelecer uma parceria com o indivíduo no processo de reabilitação (ECHER, 2005).

Para construção de material educativo destinado à contribuir com o auto cuidado e a reabilitação de pacientes submetidos a diversos tipos de tratamento, é necessário realizar uma busca específica na literatura para que se tenha um embasamento científico, garantindo a qualidade e relevância da informação, a segurança do usuário em utilizar o material, além de agregar valor e direcionamento aos profissionais envolvidos. É de suma importância que o material seja abordado com clareza e em linguagem popular para que qualquer indivíduo sem discriminação consiga entender o conteúdo (SHEPPERD, 2018).

Um relato de experiência foi publicado em 2017 chamado *Promovendo a saúde de uma pessoa amputada: uma ação educativa chamada conversa no leito*, que faz parte de uma ação do projeto de extensão Reabilitação Multidisciplinar em Amputados, do programa Reabilitar e Integrar do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC. A partir de uma ação multidisciplinar como forma de diálogo, em um ambiente hospitalar, envolvendo indivíduos recém amputados e em período de pré amputação, abordou os seguintes temas com os pacientes: Reabilitação, Empoderamento, Amputação, Incertezas e Orientação (BRANCO; SANTOS; LUZ, 2017).

A partir de então elaboraram uma cartilha de orientações para o momento da hospitalização e alta hospitalar dos pacientes, que continha uma apresentação do projeto e seu local de funcionamento, informações sobre dor fantasma e orientações de cuidados, posturas e enfaixamento do coto, e informações quanto a próteses e como consegui-las pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este projeto demonstrou resultado de eficiência no empoderamento do amputado para o início precoce da reabilitação. Fator extremamente importante e que facilita todo o processo de reabilitação do indivíduo.

5 CONCLUSÃO

Consideramos o presente estudo de suma importância, mediante a identificação de uma deficiência geral na área da saúde ao abordar e orientar o indivíduo recém amputado, sobre as possibilidades que uma reabilitação precoce oferece e da falta de meios para tal abordagem com o paciente. Portanto a partir das evidências encontradas, foi confeccionado um material educativo em forma de livreto, chamado: *Amputei! O que devo fazer agora?* que tem como finalidade de maneira simples e linguagem objetiva ensinar, orientar e direcionar o tratamento e reabilitação da pessoa amputada. Acredita-se que através da divulgação desse material o indivíduo estará ciente e esclarecido sobre sua condição de saúde de forma integral, por consequência, pressupõe que o indivíduo se apresente em melhores condições físicas para o processo de reabilitação, empoderado, e com o conhecimento da importância de seu papel na sua própria reabilitação, acarretando por fim em maiores chances de protetização, melhor funcionalidade e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ASANO, M. *et al.* Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. **Prosthetics and Orthotics International**, v. 32, n. 2, p. 231-243, 2008.

BOCCOLINI, F. **Reabilitação: amputado - amputações - próteses**. São Paulo: Robe Livraria e Editora, 1990.

BRANCO, R. L. L.; SANTOS, K. P. B. dos; LUZ, S. C. T. da. Promovendo a saúde da pessoa amputada: uma ação educativa chamada conversa no leito. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 25, n. 3, p. 641-648, 2017.

CARNEVALE, P. G. Amputações da Extremidade Inferior. In: CANALE, S. T. **Cirurgia Ortopédica de Campbell**. 10. ed. São Paulo: Manole, 2006, v.1, p. 575-586.

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

CRENSHAW, A. H. Técnicas cirúrgicas. In: **Cirurgia ortopédica de Campbell**. 8. ed. São Paulo: Manole, 1996. p. 13-17.

DIOGO, M. J. D. E. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 13, n. 6, p. 395-399, 2003.

ECHER I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.5, p. 754-7, set/out. 2005.

EDELSTEIN, J. E. Avaliação e Controle de Próteses. In: O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 645-672.

GABARRA, L. M.; CREPALDI, M. A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, v. 30, n. 1, p. 59-72, 2009.

GAUTHIER, C.; GAGNON. Changes in Ground Reaction Forces during Prosthetic Training of People with transfemoral Amputations: A Pilot Study. **JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics**, v. 12, n. 3, 2000.

MEIER, R. H.; MELTON, D. Ideal functional outcomes for amputation levels. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v. 25, n. 1, p. 199-212, 2014.

MAY, B. J. Avaliação e Tratamento após amputação de membro inferior. In: O'SULIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 619-640.

MILLER, W. C.; SPEECHLEY, M.; DEATHE, B. The prevalence and risk factors of falling and fear of falling among lower extremity amputees. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 82, n. 8, p. 1031-1037, 2001.

O'SULIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2004. p. 619-640.

PASTRE, C. M. *et al.* Fisioterapia e Amputação Transtibial. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.12, n. 2, p. 120-24, abr/jun. 2005.

PAULO, U. D. S. *et al.* **A amputação na percepção de quem a vivencia**: amputation in the perception of those who experience it: a study under the phenomenological view. 2007.

PINTO, M. A. G. A Reabilitação do Paciente Amputado. In: LIANZA, S. (Ed.). **Medicina de Reabilitação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SAMSAN, K. *et al.* Can simple clinical tests predict walking ability after prosthetic rehabilitation? **Journal of Rehabilitation Medicine**, n. 44, v. 1, p. 968-974, nov. 2012.

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

SCHOELLER, Soraia Dornelles *et al.* Características das Pessoas Amputadas Atendidas em um Centro de Reabilitação. **Rev. Enferm.**, 2013.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 20, p. 50-55, 2005.

SHEPPERD, S. *et al.* Helping Patients Access High Quality Health Information Stable. Helping patients access high quality health information accessed by patients . **We outline some**. v. 319, n. 7212, p. 764-766, 2018.

TEIXEIRA, R.; MEJIA, D.; PINTO, L. A Intervenção Fisioterapêutica em Pacientes Amputados Referindo Dor Fantasma em Membros Inferiores, **DocPlayes**, p. 1-14, 2002.

TRABALLESI, M. *et al.* Prognostic factors in prosthetic rehabilitation of bilateral dysvascular above-knee amputee: is the stump condition an influencing factor? **Eura Medicophys**, v.43, n.1, p. 1-6, 2007. (VAN DER SCHANS *et al.*, 2003).

VAN DER SCHANS, C. P. *et al.* Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 24, n. 4, p. 429-436, 2003.

WALD, J.; ALVARO, R. Psychological Factors in Work-Related Amputation: Considerations for Rehabilitation Counselors. **Journal of Rehabilitation**, v. 70, n. 4, p. 6-15, 2004.

ANEXOS



AMPUTEI!
O QUE DEVO FAZER AGORA?

AMPUTEI E AGORA?



Aqui você encontrará conteúdo e informações que irão te ajudar a entender melhor sobre esse momento, dar dicas e ajudá-lo nas fases seguintes da reabilitação.



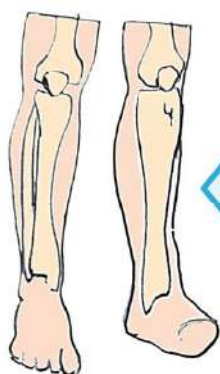
O QUE É?

Amputação é a retirada total ou parcial, de um membro do corpo.

PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVAM À AMPUTAÇÃO

- Diabetes;
- Doenças do Sistema Vascular;
- Traumas, como acidentes no trânsito, armas de fogo, queimaduras, pós fraturas, entre outros ;
- Câncer ;
- Crianças que tiveram alguma alteração no nascimento;

NÍVEIS DE AMPUTAÇÃO



Amputação de pé

Existem mais de 12 níveis de amputação de pé, variam desde amputação de partes dos dedos até o tornozelo



Amputação transtibial

Corte na região da panturrilha



Desarticulação do joelho

Corta-se a articulação do joelho, e mantém-se a patela, o osso do joelho



Amputação transfemoral

Corte feito na área da coxa



Desarticulação do quadril

Corta-se a articulação do quadril, e mantém-se a "bacia" osso do quadril



Hemipelvectomy

O corte é feito na região do quadril, e é retirada parte do osso do quadril

SENTIMENTOS COMUNS APÓS A AMPUTAÇÃO:



Sentir-se triste, revoltado, indignado ou aliviado por ter sobrevivido, ou acabado com sua dor, é comum e faz parte do processo de aceitação.

Esses sentimentos são possíveis de acontecer, e vão se modificando com o tempo. À medida que a aceitação é atingida é possível seguir o caminho para a reabilitação e então alcançar a independência e retorno das suas atividades.

A amputação não representa um fracasso do tratamento, mas sim o primeiro passo para o processo de reabilitação!

IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO

Quem é o principal responsável pela sua reabilitação?

VOCÊ!

O comprometimento com o tratamento é um fator fundamental para a reabilitação, afinal você tem que ser o maior interessado na sua própria melhora.

Isso inclui envolver-se e seguir as orientações de cuidados, e exercícios e posturas indicados pelo terapeuta ou equipe.



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL



Trata-se de um acompanhamento com vários profissionais, trazendo benefícios ao paciente, pois acolhe de forma completa oferecendo ajuda em diversas áreas como na parte física, psicológica, e social.

Esses profissionais trabalham de forma conjunta, com objetivo de proporcionar funcionalidade, que é a qualidade com que você executa determinada função, e identificar problemas que ocorrem com o processo de amputação tais como: dor, estado depressivo, entre outros.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO



- Boa cicatrização da cirurgia
- Redução do inchaço do coto
- Aumento da força muscular de modo geral
- Evitar complicações cardiorrespiratórias após a cirurgia
- Prevenção de rigidez e redução de movimento nas duas pernas
- Conscientização dos cuidados com o coto
- Treino de apoio, transferências e caminhada de modo funcional

É importante lembrar que a reabilitação de um amputado não representa utilização da prótese. É necessário avaliar se o paciente possui indicação para o uso e consegue usar de maneira independente e funcional.

CUIDADOS COM O COTO



PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

É muito importante que você seja ativo no processo de reabilitação e entenda a importância dos cuidados com o seu coto, como prevenir o inchaço, sangramento, infecções ou traumas.

Deve-se trocar os curativos todos os dias, lavar com água corrente e sabão neutro, utilizar apenas esponjas macias, manter o coto limpo e seco, tomar cuidado com a postura e realizar o enfaixamento do coto.

Estar sempre atento se há inflamações nas raízes dos pelos, dores, choques, alterações de cor ou temperatura e deverá comunicar imediatamente ao seu médico ou terapeuta.



PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO

EDEMA

O edema é o inchaço do coto e pode ser reduzido com a técnica de enfaixamento, utilizando uma faixa elástica.

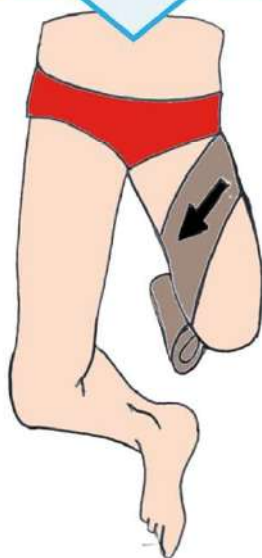
A faixa deve ser usada o dia inteiro e não pode estar muito apertada sendo capaz de gerar formigamento. Ela não deve incomodar e deve estar sempre limpa. É importante observar se esta gerando algum tipo de lesão, seja pela faixa muito apertada ou pela costura da faixa em contato com a pele.

TÉCNICA DO ENFAIXAMENTO

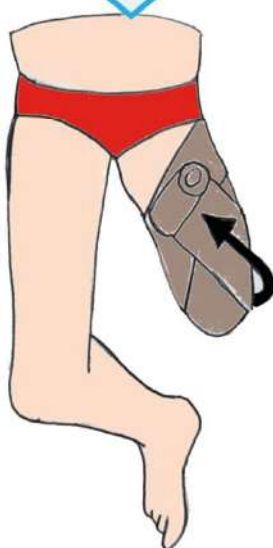
Amputação acima do joelho

1

Inicie com o rolo da faixa virado para cima.

**2**

Desfaça a faixa na vertical descendo a coxa indo para trás, e depois voltando na vertical para frente da coxa.

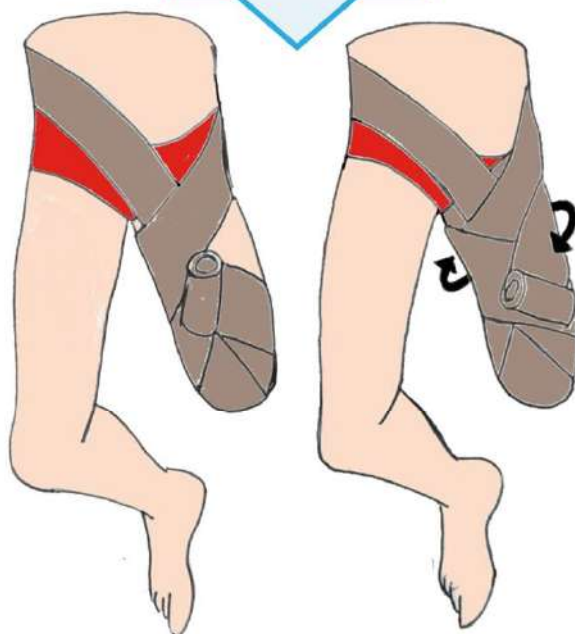
**3**

Continue passando a faixa pelo quadril e dê uma volta no corpo.

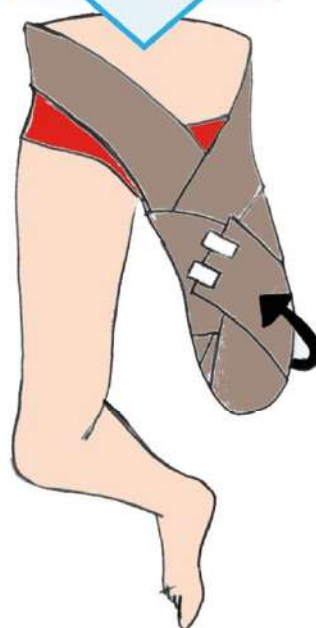


4

Faça movimento de oito passando por cima da primeira volta da faixa, na extremidade do coto.

**5**

Continue a enfaixar até ter certeza de que toda a pele esta coberta pela faixa, caso necessário, use uma segunda faixa.



TÉCNICA DO ENFAIXAMENTO

Amputação abaixo do joelho



Primeiro passo: com a faixa virada para cima, inicie da ponta do coto para trás da perna.



Segundo passo: desenrole a faixa na diagonal, por trás e em volta de todo o coto.



Terceiro passo: faça movimentos de 8 até que toda a pele esteja coberta pela faixa



Quarto passo: para que a faixa não se solte, suba e faça uma volta pela coxa e prenda de volta no coto.

POSTURAS



A contratura é uma rigidez muscular que impede o movimento normal da parte do corpo afetada. Pode ocorrer devido à falta de estimulação, movimentação, desequilíbrio muscular, rigidez do tecido e da musculatura, ou simplesmente por posicionamento inadequado.

Para que se tenha um posicionamento adequado do coto, você deve manter os membros inferiores sempre alinhados, não utilizar travesseiros debaixo do coto, assim como evitar posturas com os joelhos e quadris dobrados, e pernas cruzadas.



Não deitar na cama com o coto dobrado para fora



Não sentar com o coto dobrado



Não apoiar o coto nas mãos, muletas ou bengalas



Não colocar almofada
debaixo do coto



Não colocar almofada
entre as pernas



Não colocar almofada
na região lombar



Não colocar almofada na região do quadril



Não dobrar as pernas quando estiver deitado na cama



Não sentar com as pernas cruzadas

DOR E SENSAÇÃO FANTASMA



A sensação fantasma é a percepção de que o membro amputado ainda existe. Cuidado, nos primeiros meses de amputação é comum se esquecer da ausência da perna e tentar levantar-se ou andar sem os devidos cuidados.

A dor fantasma geralmente é localizada próximo a região que sofreu o corte da amputação, estando presente da primeira semana após a amputação até vários anos após o processo. Seus sintomas consistem em ardor, compressão, além da dor frequente e de grande intensidade.

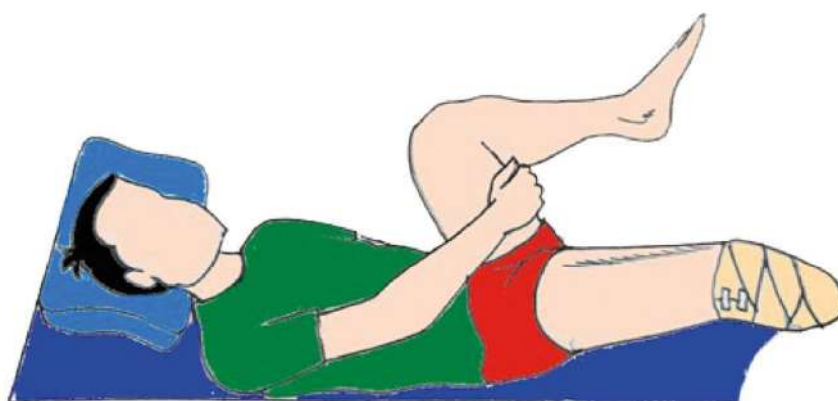
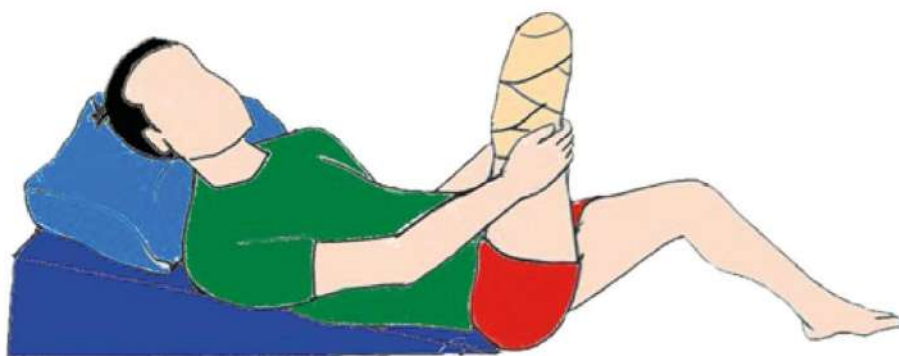


EXERCÍCIOS DIÁRIOS

A prática de exercícios diários tem como objetivo reduzir o inchaço, manter a força muscular e ativar a circulação do coto. Além de favorecer a sua independência e mobilidade.

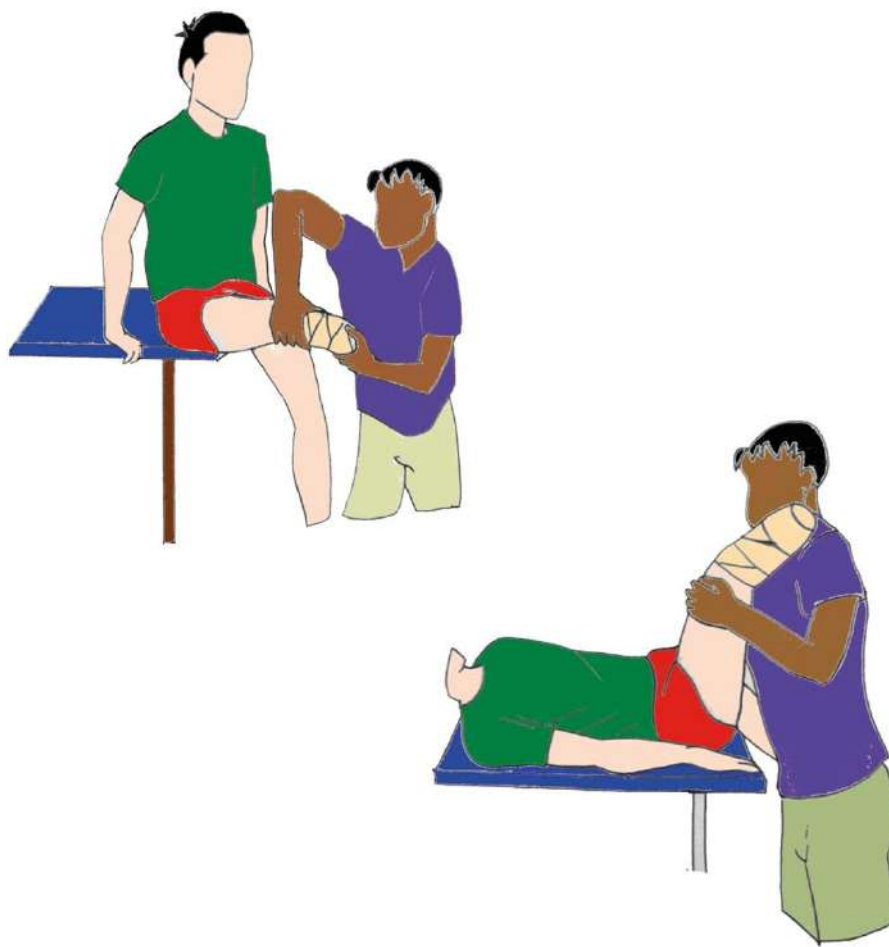
ALONGAMENTOS

Amputações acima do joelho



Abraçar o coto e manter essa posição, realizar a mesma tarefa com a outra perna, manter a posição por 15 segundos em cada perna. Faça pelo menos uma vez ao dia.

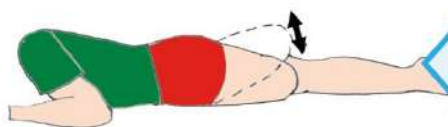
Amputações abaixo do joelho



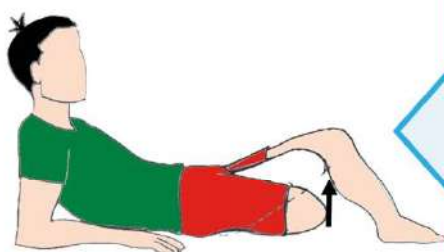
Com a ajuda de alguém fazer a extensão completa do joelho, manter na posição de extensão por 15 segundos. Faça pelo menos uma vez ao dia.

EXERCÍCIOS DIÁRIOS

Fortalecimento para amputação acima do joelho



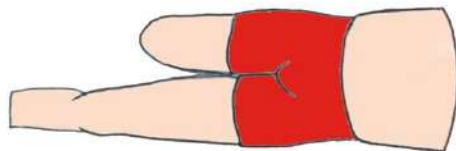
De barriga para baixo, tente levantar o coto o mais alto possível sem levantar o bumbum da cama. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



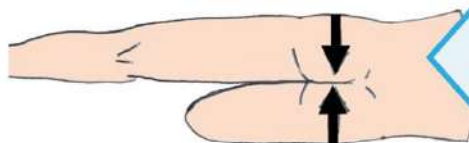
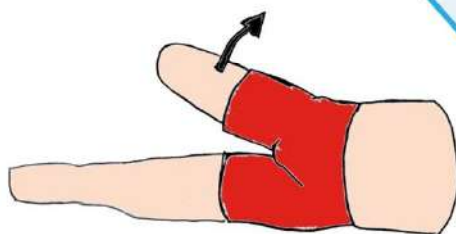
Deitado de barriga para cima, levante o coto mais alto possível, sem tirar o corpo da cama. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



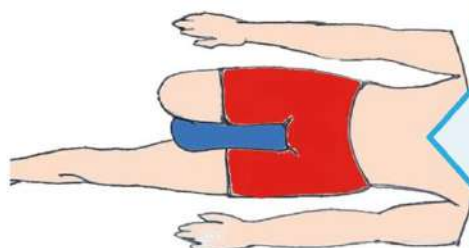
Deitado de barriga para cima, fazer força do coto contra o chão, sem prender a respiração. Realizar 4 séries de 20 repetições.



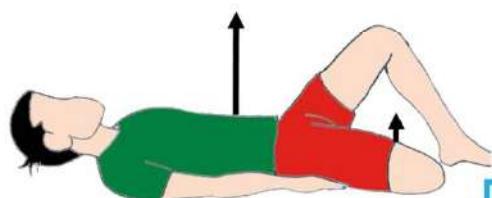
Deitado de lado, levante o coto o mais alto possível sem girar o quadril. Uma vez por dia, faça 4 séries de 20 repetições.



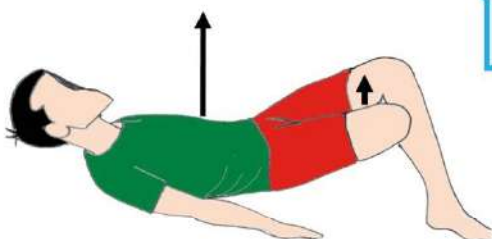
Deitado de barriga para baixo, junte o bumbum e segure por 10 segundos. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



Deitado de barriga para cima, com uma almofada entre as coxas, apertar a almofada com as pernas. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



Ponte: de barriga para cima, com o joelho dobrado e pé apoiado no chão, levante o bumbum do chão e retorne a posição. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



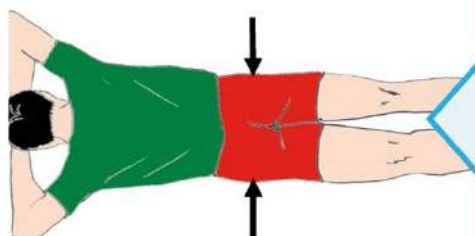
Fortalecimento para amputação abaixo do joelho



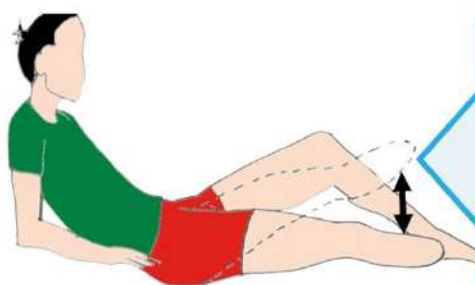
Deitado de barriga para cima, coloque uma almofada ou toalha dobrada em baixo do coto e mantenha a perna esticada. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



De barriga para cima, levar o joelho em direção ao chão e segurar na posição. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



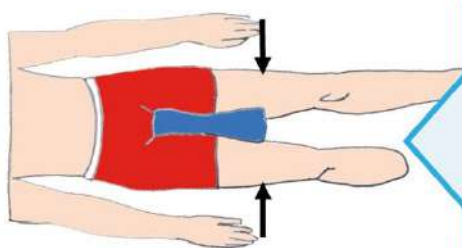
Deitado de barriga para baixo, junte o bumbum e segure por 10 segundos. Uma vez ao dia, faça 3 séries de 10 repetições.



De barriga para cima, levante o coto o mais alto possível, com o joelho esticado. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



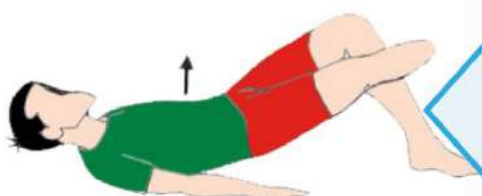
Sentado em uma cadeira, com os joelhos apoiados para fora, Esticar o joelho levantando o coto o máximo possível. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



Deitado de barriga para cima, com uma almofada entre as coxas, apertar a almofada com as pernas. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



Deitado de barriga para cima, virar o coto apontando o joelho para fora. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



Ponte: de barriga para cima, com o joelho dobrado e pé apoiado no chão, levante o bumbum do chão e retorne a posição. Uma vez ao dia, faça 4 séries de 20 repetições.



PRÓTESE

Quando uma pessoa perde algum membro do corpo, pode ser colocado no lugar uma prótese que é um componente artificial com o objetivo de atender às necessidades e funções da pessoa que foi amputada.

A protetização é importante para os indivíduos que sofreram amputação, pois além de trazer função, retorno às atividades e interação social, traz também qualidade de vida ao paciente.

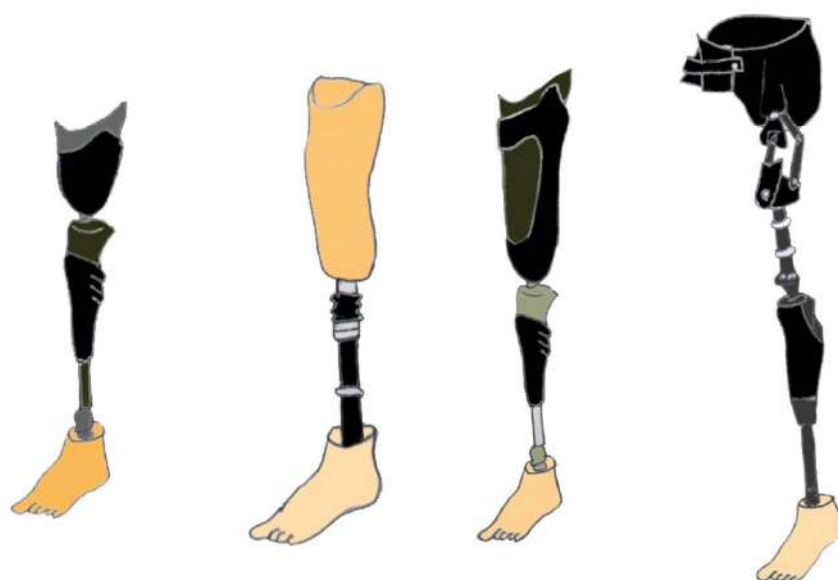
Alguns fatores importantes que influenciariam a reabilitação envolvendo a protetização ou não de idosos amputados por exemplo, são: idade, sexo, capacidade mental, presença de duas ou mais doenças, nível de amputação, estado do coto, causa da amputação, equilíbrio, ocorrência de dor ou sensação fantasma, condicionamento cardiorrespiratório, fatores psicológicos e sociais e capacidade funcional anterior a amputação.

Para o sucesso de uma protetização, você junto com o fisioterapeuta deve alcançar os objetivos já citados.

Ao atingir esses objetivos, deve-se alinhar e ajustar a prótese de acordo com as suas medidas e iniciar o treinamento com a prótese, envolvendo descarga de peso, treino de transferências e treino de caminhada, corrigindo possíveis alterações de movimento existentes, e avaliando habilidades com dispositivos de auxílio, que são muletas, andadores e cadeira de rodas.

A medida que for evoluindo, o treino pode ser feito em diferentes superfícies, iniciando com superfícies planas e progredindo para terrenos irregulares, degraus, rampas.

Existem tipos de próteses para cada nível de amputação, aqui estão algumas das mais comuns.

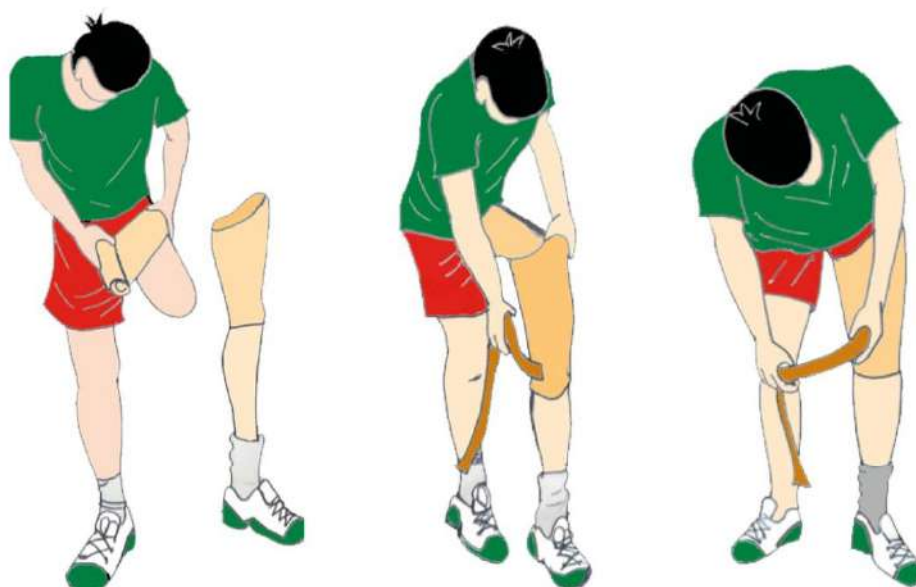


COLOCAÇÃO E RETIRADA

Como exemplo nesta figura, temos uma amputação de desarticulação do joelho. Para colocar a prótese é necessário usar uma meia de algodão, em seguida posicionar o encaixe flexível e então colocar o coto no encaixe rígido da prótese.

Para retirar deve-se tirar primeiro o encaixe rígido e depois o flexível.





Já nesta figura temos como exemplo uma amputação transfemoral. Para colocar a prótese é necessário enfaixar o coto mantendo a faixa sempre tensionada, começando da região da virilha, de modo que a ponta final da faixa fique dentro do encaixe da prótese e do tubo da válvula de sucção. A partir daí na posição em pé, coloque o coto dentro do encaixe e descarregue o peso do corpo na prótese, vá puxando a faixa para fora até que ela saia por inteiro e sinta que o coto esta totalmente encaixado. Ainda mantendo o peso do corpo na prótese encaixar a válvula de secção.

Para tirar a prótese é só tirar a válvula de sucção, segurar a prótese e puxar o coto para fora.



CUIDADOS COM A PRÓTESE

Deve-se fazer regularmente a limpeza das partes que entram em contato com a pele. O encaixe pode ser limpo com pano úmido ou sabão neutro, e deve-se secar as partes após a limpeza. A meia normal ou de gel deve ser limpa de acordo com a sugestão do fabricante.

Se ocorrer da prótese molhar, procurar secá-la assim que possível, se deixá-la molhada, alguns materiais podem estragar.

É importante procurar o protesista, a pessoa que confeccionou a prótese ou o fisioterapeuta. Quando observar algum barulho, parte quebrada, ou necessidade de ajuste, nunca ajustar a prótese sozinho.

ANDADORES MULETAS E CADEIRA DE RODAS



É importante que você converse com seu fisioterapeuta sobre qual a melhor opção para o seu caso. Para a escolha do dispositivo de auxílio, leva-se em consideração a idade, a capacidade de equilíbrio da pessoa e o nível de amputação.

Na maioria das vezes os mais jovens utilizam muletas e os mais idosos utilizam andadores para se deslocarem. Já o uso de cadeira de rodas, normalmente ocorre em casos de amputação das duas pernas ou também pela pessoa com idade avançada.

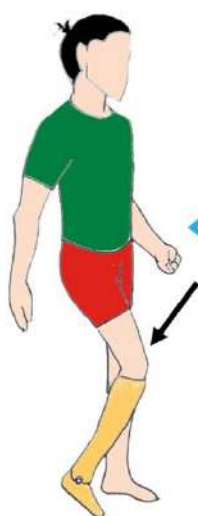


QUEDAS

O treino para reaprender a andar com a prótese requer um grande esforço, pois é preciso unir vários fatores durante a execução da tarefa como por exemplo a velocidade dos passos, o equilíbrio e a realização de tarefas manuais.

Desta forma, a ocorrência de quedas se torna comum entre pessoas amputadas, mas não deve ser ignorada, pois pode representar uma limitação da função, indicar alteração da mobilidade e por consequência da independência.

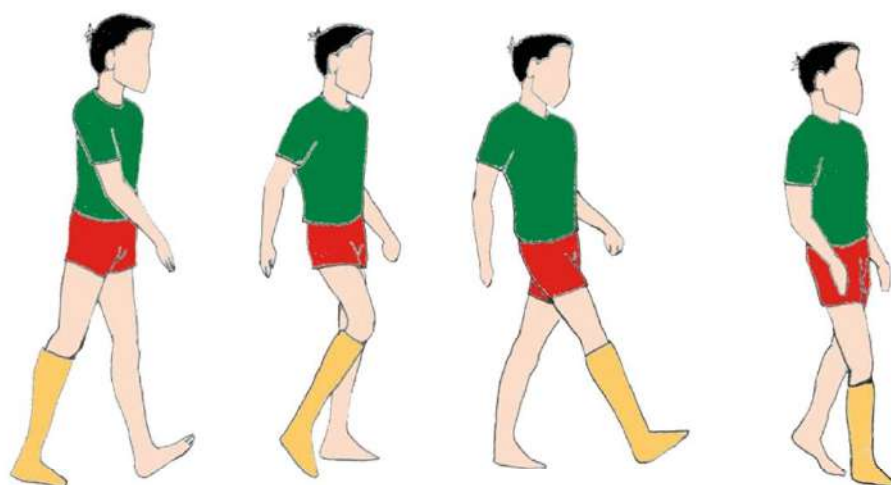
TREINO DE CAMINHADA



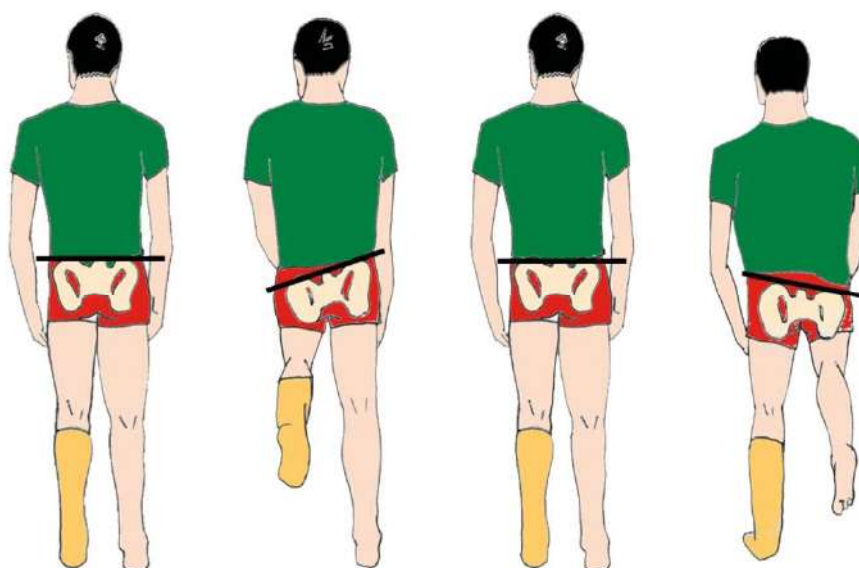
Dobrar suficientemente o joelho do lado da prótese



Apoiar o calcanhar no passo inicial



Dar passos curtos com o lado não protetizado, evitando colocar todo o peso do corpo sobre a prótese



Evitar levantar demais o quadril do lado da prótese

SUBIR ESCADAS



Apoie-se no corrimão e na muleta para avançar com a perna.



Aprática de exercícios diários tem como objetivo reduzir o inchaço, manter a força muscular e ativar a circulação do coto. Além de favorecer a sua independência e mobilidade.

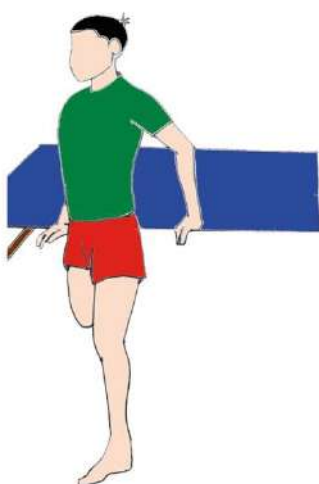
DESCER ESCADAS



Apoie-se no corrimão e na muleta para avançar com coto e em seguida com a perna.



LEVANTAR DA CAMA



Prefira ficar na beirada da cama do mesmo lado do coto. Apoie-se nos cotovelos, gire o corpo todo colocando a perna para fora da cama e sente-se. Arraste o bumbum para fora da cama e apoie-se no chão sobre a perna, com ajuda do apoio dos braços.

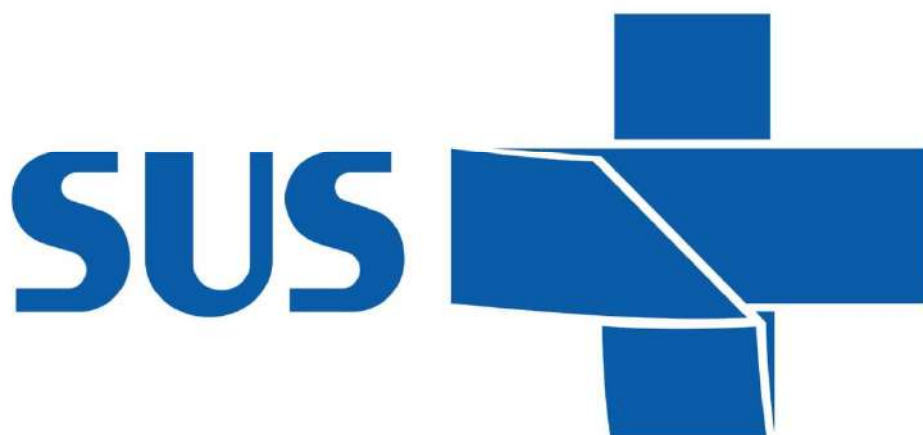
LEVANTAR DA CADEIRA



Com a ajuda do andador e segurando-o com as mãos, deve firmar o pé no chão, inclinar o corpo para frente e levantar-se.



ATENDIMENTO PELO SUS



Ao receber alta do hospital você recebe um pedido de encaminhamento ao CREAB (Centro de Reabilitação) da sua região. Lá serão realizados os atendimentos pela fisioterapia, após avaliação caso necessário, podem ser feitos pedidos de próteses, órteses, cadeira de rodas, muletas e andadores.



DIREITOS DO DEFICIENTE FÍSICO

Direito ao transporte coletivo gratuito e reserva de assentos no mesmo;

Desconto na compra de veículos e nas adaptações para deficientes;

Solicitação ou renovação do cartão de estacionamento especial;

Isenção de IOF, IPVA, ICMS e IPI;

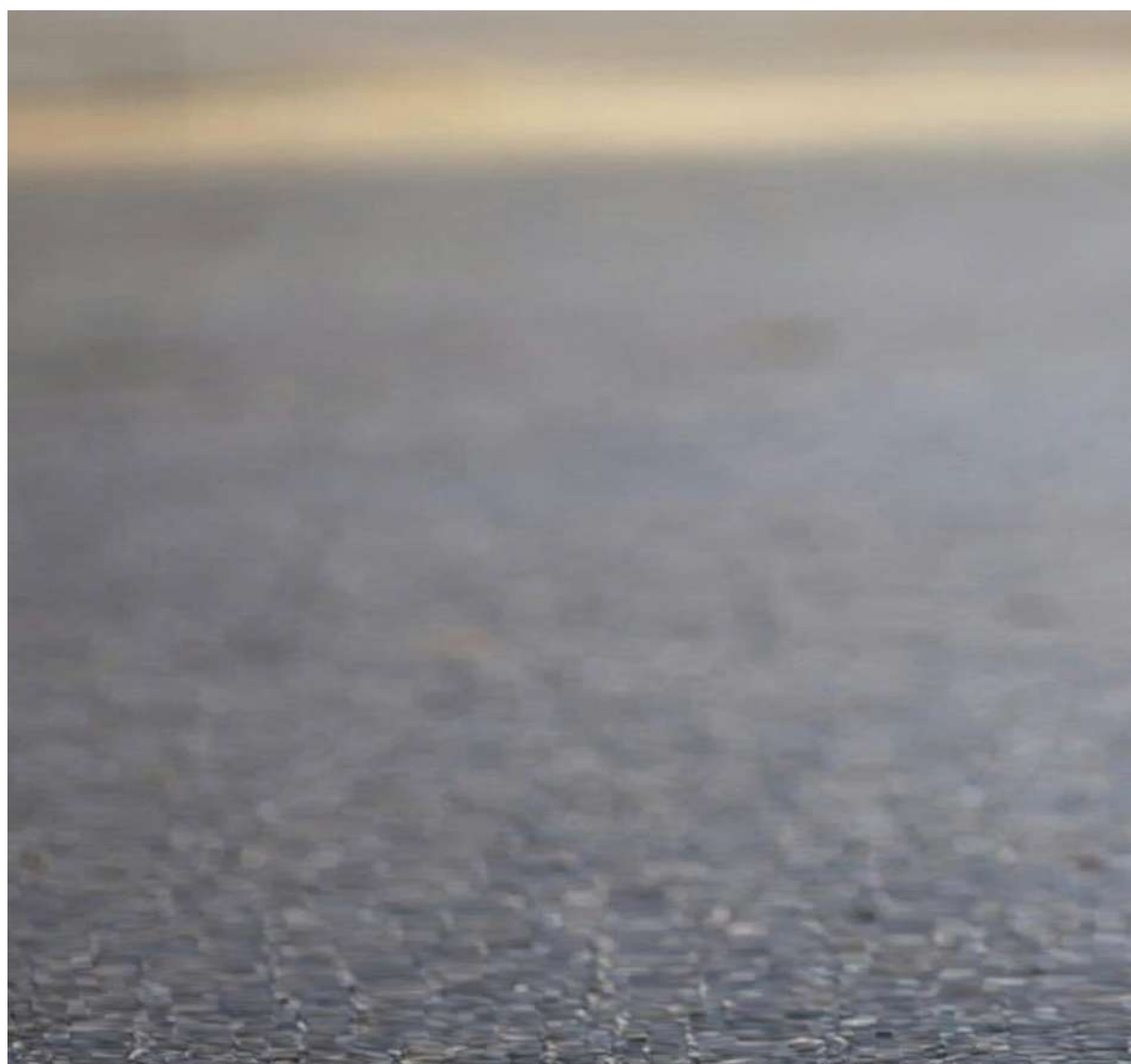
Isenção do Imposto de Renda para aqueles com doenças graves;

Aposentadoria por invalidez: Poderá ser candidato a um benefício mensal devidamente assegurado pela Previdência Social (INSS) aquele que ficar incapacitado permanentemente para o trabalho por causa da doença ou acidente e não ser possivelmente reabilitado para o trabalho. Enquanto permanecer nessas condições, será pago um valor mensal, após avaliação médica.



LOAS: É o benefício de Prestação Continuada, para que se possa receber os benefícios, a pessoa tem que ter renda mensal do grupo familiar, per capita inferior, a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, não receber qualquer outro benefício da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego.

Após o enquadramento das exigências passará por avaliação médica e social, realizada por médicos peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social.



COMPONENTES:

ANNA VICTORIA BORJA BRUM

NATHALIA FERREIRA MENDES

GISELE DE CÁSSIA GOMES

GRAZIELLE CARVALHO DE OLIVEIRA ANDRADE

DESENHOS: CAMILO CANDIDO DA SILVA SANTOS

LAYOUT: THIAGO H G MACIEL

