

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES AMPUTADOS DO CENTRO DE ESPECIALIDADE EM REABILITAÇÃO CER/UNESC EM USO DE PRÓTESE

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF AMPUTATED PATIENTS AT THE RSC / UNESC REHABILITATION SPECIALTY CENTER USING PROSTHESIS

Cláudio Luís Vieira, Deysiane Genuíno da Silva,
Maria Madalena Santiago, Valdemira Santina
Dagostin, Bruno Minotto Bom, Mágada Tessmann

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológicos dos pacientes amputados atendidos no Centro Especializado em Reabilitação (CER)/ Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) no período de 2014 a 2019. A presente pesquisa foi realizada no CER II da UNESC. O estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, documental. Foram utilizados 71 prontuários de pacientes atendidos no CER/UNESC de 2014-2019 com amputações. A coleta dos dados aconteceu nos prontuários conforme roteiro de registro com questões fechadas, sendo realizada após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/UNESC. A análise dos dados foi realizada a partir da estatística e discussão a partir de referências teóricas. Os dados gerais mostraram a predominância de homens amputados, no nível transfemural, com idade entre 51 a 70 anos, tendo a Diabetes como a principal causa e comorbidade nos pacientes amputados.

PALAVRAS-CHAVE: Amputação, Enfermagem e Reabilitação.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the sociodemographic and epidemiological profile of amputees treated at Center for Rehabilitation (CER) / University of the Extreme South of Santa Catarina (UNESC) from 2014 to 2019. This research was carried out at CER II of UNESC. The study is a quantitative, descriptive and exploratory, documentary research. It was used 71 medical records of patients seen at CER/UNESC 2014-2019 with amputations. The data collection was realized in the medical records according to the registration script with closed questions, being performed after the release of Research Ethics Committee CEP / UNESC. Data analysis was performed using statistics and discussion based on theoretical references. The general data showed the predominance of amputee men, at the transfemural level, aged between 51 and 70 years, with Diabetes as the main cause and comorbidity in amputee patients.

KEYWORDS: Amputation, Nursing, Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade, é um direito humano¹. Sua promoção visa atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população através de um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo².

A Promoção da Saúde, compromisso constitucional do SUS, vem adotando uma visão ampliada de saúde não só atuando nas “campanhas de vacinação e controle de endemias” mas na análise dos efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e bioecológicos e, concomitante, articulação intersetorial e com a sociedade para a redução de vulnerabilidades e riscos, se comprometendo com a Promoção da Saúde além de garantir oportunidade a todos os cidadãos para fazer escolhas que sejam mais favoráveis à sua saúde e serem, portanto, protagonistas no processo de autoprodução da saúde e melhoria da qualidade de vida³.

Para atender esses princípios, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários, funcionando como um filtro capaz para organização dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos⁴.

Neste sentido as necessidades e os direitos das pessoas com deficiência têm sido uma prioridade na política nacional sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde coordenar o processo de formulação, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de saúde da pessoa com deficiência⁴.

Neste contexto a reabilitação da pessoa com deficiência compreende um conjunto de medidas, ações e serviços orientados a retomar ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos através de uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado⁵.

As ações e serviços de reabilitação podem ser ofertadas em qualquer ponto de atenção da rede pública de saúde, porém são nos Serviços Especializados em Reabilitação, como Centros Especializados em Reabilitação (CER), onde se concentra a oferta dessas ações. Estes serviços são em geral, de abrangência regional, qualificados para atender as pessoas com deficiência e formadas por equipe multiprofissional⁶.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem ter obstruída sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas⁷.

Dentre as deficiências a amputação é o termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (física, ostomia e intelectual) na Região Carbonífera e do Extremo Sul do Estado de Santa Catarina tem como referência o CER II/UNESC, que tem como objetivo amparar os familiares e indivíduos com algum tipo de deficiência física ou intelectual. Dentre as deficiências físicas está a amputação, um método de tratamento para diversas doenças.

A Lei de Cotas descreve que a habilitação e a reabilitação deverão proporcionar às pessoas com deficiência, os meios para sua (re)educação e (re)adaptação para a vida profissional e para a vida social, inclusive com fornecimento de prótese, órtese ou outro equipamento que auxilie na melhora de sua capacidade funcional⁵.

Diante desse contexto justificou-se este estudo no sentido de buscar conhecer o perfil dos pacientes amputados e as perspectivas após o tratamento e protetização. Além disso, busca-se conhecer o papel desempenhado pelo profissional de Enfermagem na Reabilitação Física dos pacientes amputados.

Frente ao exposto até aqui, estabeleceu-se como pergunta de pesquisa: Qual o perfil dos pacientes amputados atendidos no CER? Para que se pudesse responder à pergunta de pesquisa, estabeleceu-se como objetivo identificar o perfil dos pacientes amputados atendidos no CER/UNESC.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, documental. Foram utilizados 71 prontuários de pacientes atendidos no CER/UNESC de 2014-2019 com amputações, tendo como critérios de inclusão: Ser paciente atendidos no CER durante os anos de 2014-2019 e ser amputado e como critérios de

exclusão os pacientes atendidos no CER decorrente de outra deficiência física adquirida.

A coleta dos dados aconteceu nos prontuários conforme roteiro de registro pré-organizado, com questões fechadas, sendo realizada após liberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/UNESC, com parecer de Nº 3.718.447. Na coleta de dados foram contempladas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, renda familiar, comorbidades, tipo de amputação tempo da amputação até recebimento da prótese, complicações relacionadas a amputação, início do enfaixamento, profissional que realizou o enfaixamento.

A análise estatística dos dados foi a partir da frequência simples e teste Qui Quadrado de Pearson.

RESULTADOS

Os resultados do estudo mostraram quanto ao perfil sociodemográfico do paciente submetido a amputação, atendidos no CER II, no que se refere ao sexo, que 70,4% (50) foram do sexo masculino, 29,6% (21) feminino.

Quando avaliada a idade dos pacientes submetidos a amputações, observou-se que predomina a idade entre 61 a 70 anos com 29,6% (21), seguidas de 51 a 60 anos com 25,4% (18), 71 a 80 anos com 15,5% (11), 21 a 30 anos e 31 a 40 anos com 8,5% (6), respectivamente, e 16 a 20 anos e 81 a 84 anos com 2,8% (respectivamente).

O estado civil dos pacientes submetidos a amputações mostrou que 38% (27) são casados, 16,9% (12) solteiros, 7% (5) em União estável e 8,5% (6) viúvos. Dos prontuários, 29,6% (21) não constava este dado.

Quando avaliado o grau de escolaridade dos pacientes submetidos a amputações e atendidos no CER, observou-se que 25,4% (18) tem Ensino fundamental incompleto, 15,5% (11) Ensino médio incompleto, 8,5% B(6) Ensino fundamental completo, 4,2% (3) Ensino médio completo, 2,8 % (2) são analfabetos, e 1,4% (1) ensino superior incompleto e ensino superior completo, respectivamente. Dos 71 prontuários analisados 40,8% (29) não continham esta informação.

Foi identificado também a religião dos pacientes submetidos a amputações atendidos no CER. Os resultados apontaram para 50,7% (36) católicos, 5,6% (4) Evangélicos e 43,7% (31) dos prontuários não constava esta informação.

Quanto a renda familiar, os pacientes submetidos a amputações 43,7% (31) recebem até um salário mínimo, 22,5% (16) até dois salários mínimos, 1,4% (1) até 3 salários mínimos e 32,4 % (23) não estava informado no prontuário.

Quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a amputações e atendidos no CER, encontrou-se que 43,7% (31) dos pacientes teve amputação no ano de 2019, 16,9% (12) no ano de 2017, no ano de 2015 foram 14,1% (10), em 2014 foram 9,9% (7), em 2018 8,5% (6) e em 2016 foram 7% (5).

Quanto ao nível das amputações aos quais os pacientes atendidos no CER foram submetidos observou-se conforme figura 01: transfemural com 53,5% (38), seguidos de 32,4% (23) transtibial, 8,5% (6) amputação de pé, desarticulação de ombro 2,8% (2), amputação transtibial e transfemural e desarticulação de joelho foi 1,4 % (1) respectivamente.

Quando avaliado as causas que levaram os pacientes as amputações, observou-se de acordo a Tabela 01, que 40,85% dos casos foram deflagrados pela Diabetes, 32,39% por traumas, 29,58% por vasculopatias, 4,23% por doenças osteoarticulares e neoplasias respectivamente.

Quando identificadas as comorbidades dos pacientes submetidos a amputações percebeu-se que predomina a Diabetes com 56,34% (40) dos pacientes, seguidos por HAS com 50,70% (36), 15,49% (11) tabagismo, Cardiopatia depressão e IRC com 8,45% (6) respectivamente, bem como dislipidemias e vasculopatias com 5,63% (4), 18,31% (18) não tem nenhuma comorbidade e 15,49% (11) com outras comorbidades.

Foi avaliado também o tempo entre a amputação e o recebimento da prótese, conforme mostra a tabela 02, a qual mostra que 18,31 % levaram de 7 a 12 meses entre a amputação e o recebimento da prótese, 16,90% de 1 a 6 meses, 11,27% de 13 a 18 meses. 26,75% não aderiram ao uso de prótese, 14,8% aguardam a prótese, 2,82 % não tem solicitação de prótese assim como o mesmo percentual estão em período de fortalecimento do coto, 1,41% tem pedido recente de prótese, desistiram, estão em readequação e fortalecimento motor, foram transferidos de município e não consta informação no prontuário, respectivamente.

Quando avaliados pacientes que foram submetidos ao enfaixamento por ano, percebeu-se que em 2014 e 2015 foram 6,66% (3), no ano de 2016 foram 8,88%

(4), nos anos de 2017 e 2018 foram 17,77% (8), no ano de 2019 foram 40% (18) e no ano corrente- 2020, 2,26% (1) paciente.

Quando identificado sobre o profissional que realizou o acompanhamento e orientação dos pacientes para enfaixamento observou-se conforme tabela 03. Dos prontuários 77,8% continham registros que os pacientes foram enfaixados e orientados pelo Fisioterapeuta, 5,6% foram pelo Enfermeiro e 16,7% não continham esta informação.

Quando cruzados dados como idade e tipo de amputação, observou-se conforme a Tabela 04, que 33,3% dos amputados de pé tinham entre 61 e 70 anos. Das amputações transfemorais 28,9% tinham entre 61-70 anos; as transtibiais 60,9% entre 51-70 anos.

As amputações transfemorais aconteceram em 13,2% (5) dos pacientes que apresentavam HAS e 15,8% (6) em pacientes com HAS e DM. As amputações transtibiais aconteceram mais em pacientes com DM e IRA com 8,7% (2), e DM e HAS com 17,4% (4). Dos amputados transtibial e transfemural, assim como desarticulação de joelho 100% (1) tinham DM, URC e tabagismo.

DISCUSSÃO

A amputação de membros constitui-se em um grande problema de saúde pública, é responsável por altas taxas de morbimortalidade, e consiste na perda de um membro ou segmento dele, acarretando grande impacto no aspecto psicossocial do sujeito e representando também um fator dispendioso para a saúde. Na maioria das vezes é realizada como último recurso, na procura pelo reestabelecimento da saúde da pessoa, quando todas as outras opções já foram descartadas ou sejam viáveis, seja por conta de isquemias irreversíveis ou traumas com aniquilamento profunda do membro afetado^{8,9}.

Um estudo realizado em Chapeco/SC, junto a 60 pacientes com amputações de MMII, mostrou que a maioria era do sexo masculino (68,33%), onde a maioria dos entrevistados (38,33%) encontram-se na faixa etária entre 60 e 69 anos, seguida pela faixa etária de 70 anos ou mais (26,67%). A escolaridade mediana encontrada foi de 4 anos, com intervalo interquartil entre 4 e 8 anos. Do total de entrevistados, 55% indivíduos tinham até 4 anos de escolaridade (11,67% nunca

estudaram e 43,33% estudaram de 1 a 4 anos). A renda da maioria dos entrevistados (86,67%) recebia até R\$ 937,00, o que corresponde a um salário mínimo. Outra pesquisa realizada em São Paulo mostrou que a maioria dos pacientes submetidos a amputações são do sexo masculino, com idade média de 38 anos; solteiros; com o ensino fundamental incompleto. Os dados destas pesquisas corroboram em parte com os dados encontrados no Centro especializado em Reabilitação ora estudado, que mostrou 70,4% de homens, 55% com idade entre 51 a 70 anos, 28% nunca estudaram, 25,4% com 1 a 4 anos de estudo (ensino fundamental incompleto) e 43,7% com ganho de um salário mínimo. Diferem dos dados da região metropolitana que predominam pacientes jovens.

Souza e colaboradores (2019)¹⁰, publicaram um estudo realizado em Recife, que mostrou quanto as causas das amputações, como sendo 13,5% traumáticas, 10,4% relacionadas a doenças do aparelho circulatório, 0,3% por osteomuscular e tecido conjuntivo e 0,3% por fatores oncológicos. Barbosa et al., (2008)¹¹ já mostraram estudos que apontavam para as causas não traumáticas como sendo as predominantes no caso das amputações. O presente estudo confirma quando mostra que 32,39% das amputações realizadas em pacientes atendido no CER, são de origem traumática, as demais de outras origens, predominando a Diabetes com 40,85% dos casos.

Quanto as comorbidades presentes nos pacientes submetidos a amputações, Chamlian e Starling (2013)¹² mencionam que com o envelhecimento populacional, torna-se crescente o número de indivíduos acometidos por múltiplas comorbidades, contribuindo de certa forma com o aumento do número de pacientes com amputações periféricas. Para Seleno et.al (2017)⁹, a diabetes, hipertensão e doença renal são as principais comorbidades, que em dado momento podem se tornar a causa das amputações. O presente estudo demonstrou que dos prontuários avaliados, 56,34% dos pacientes tinham Diabetes, 50,70% HAS e 8,45% IRC como comorbidades, indo ao encontro das dalas de Seleno et al (2017)⁹ e Chamlian, Starling (2013)¹².

Ainda, estudos de Matsumura e colaboradores (2013)¹³, as causas mais comuns de amputações de membros inferiores podem estar relacionadas aos processos vasculares, neuropáticos, traumáticos, tumorais, infecciosos, congênitos e iatrogênicos. Entre as amputações realizadas nos membros inferiores, a maioria

ocorre em pacientes idosos e 85% delas são decorrentes de isquemia, consequências de doenças vasculares.

Quanto ao nível das amputações a transtibial apresenta-se como a mais frequente, sendo a proporção de 2:1 com relação à amputação transfemoral. A preservação da articulação do joelho é muito importante durante a reabilitação e deambulação dos pacientes¹³.

Sanglard (2018)¹⁴, diz que todo paciente diabético tem 25% de chance de desenvolver úlceras durante a vida, fazendo-se necessário uma abordagem multiprofissional no tratamento das úlceras do pé diabético, com intervenção nos vários componentes etiológicos, pois o paciente acometido sofre de prejuízos físicos, sociais, psicológicos e familiares. Um dos prejuízos é a amputação de MMII, sendo a transtibial a mais frequente. O presente estudo mostrou que 32,4% das amputações foram transtibiais e 56,34% dos pacientes eram diabéticos.

Para Maraes et al, (2014)¹⁵, o termo amputação transfemoral refere-se à retirada de parte do membro inferior entre a articulação do joelho e a do quadril. Este procedimento pode levar a uma série de alterações funcionais e na biomecânica corporal que podem intervir no cotidiano do amputado gerando, ainda, padrões de postura e de marcha para compensar a perda do membro. Este tipo de amputação pode gerar fraqueza nos músculos residuais do quadril, e este é um fator contribuinte para anormalidades na marcha de pacientes com amputação transfemoral.

Brasil (2013)¹⁶ estima que as amputações do membro inferior correspondam a 85% de todas as amputações de membros, apesar de não haver informações precisas sobre este assunto no Brasil. Em 2011, cerca de 94% das amputações realizadas pelo SUS foram no membro inferior. O presente estudo mostrou que 53,5% das amputações realizadas e que buscaram atendimento no CER, são amputações transfemorais.

Machado e Beirão (2013)¹⁷, em sua pesquisa mostraram que 89,2% dos pacientes amputados, do sexo masculino, 72,3% receberam próteses, 62,7% se adaptaram a elas e 100% dos pacientes voltaram ao mundo do trabalho, independentemente do nível de amputação realizada, ou de lado realizado.

De 2014 a 2020, 45 pacientes foram submetidos ao enfaixamento, preparando o coto para posterior protetização. Pinto (2001)¹⁸, Ramos e Salles (2003)¹⁹ já afirmavam, que no pré-operatório de uma amputação já devem ser avaliados

amplitude de movimento (ADM) das articulações e a força muscular, tanto do segmento envolvido como dos membros contralaterais, o grau de independência do indivíduo para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), o condicionamento físico, o suporte social e a forma de enfrentamento do paciente diante da situação, sobretudo nas cirurgias eletivas onde há tempo hábil para tal. Os mesmos autores, mencionam ainda da necessidade do cuidado com a postura do membro que será amputado evitando assim deformidades posteriores. Também deve ser realizada a avaliação cognitiva do paciente que poderá interferir diretamente na forma de enfrentamento e cuidados.

Uma equipe multiprofissional deverá atender o paciente na reabilitação que se inicia na fase pré-operatória até a alta do serviço de reabilitação (ambulatorial), a forma de como vai se lidar com esse assunto é fundamental para o ajuste da pessoa e da família à nova situação. Os profissionais que transmitirem a notícia da amputação deverá ser humana e ética, garantindo a acolhida e informação adequada ao paciente e à família⁶.

A reabilitação de pacientes amputados é dividida em duas fases, a fase pré-operatória e a fase pós-operatória (imediate e mediata). Na fase pré-operatória além das orientações sobre a dor fantasma, devem ser avaliadas alterações de sensibilidade e probabilidade de protetização. Para tanto, de acordo com as Diretrizes Brasileiras (DB)⁶, os pacientes e seus cuidadores devem ser orientados quanto à importância de evitar-se posições de flexão de joelho, abdução e rotação externa de quadril nesta fase. O guideline americano²⁰ recomenda inclusive orientar, no momento da alta hospitalar, quanto a dessensibilização do coto, utilizando-se de técnicas de massagem e estímulos sensoriais, além dos cuidados necessários em relação à ferida pós-operatória.

Quanto ao enfaixamento do coto as Diretrizes Brasileiras (DB) e o guideline internacional indicam que o enfaixamento compressivo do coto deve ser iniciado na fase pós-cirúrgica imediata, sendo utilizado material compressivo rígido ou semi-rígido, buscando-se reduzir e evitar o edema residual, assim como excitar o metabolismo, modelando e preparando o coto para a futura protetização^{20,6}.

Sabino, Torquato, Pardini (2013)²¹ mencionam que após a amputação, o paciente geralmente passa por uma série de reações emocionais, pode vivenciar um desajustamento ao ter que lidar com a dependência forçada e a perda da autoestima.

Senra et al., (2013)²² demonstraram em seu estudo que os pacientes amputados relataram modificações drásticas na vida nas habilidades básicas e atividades diárias, na perda de independência, autocomiseração com sentimentos de inferioridade, problemas referentes ao bem-estar, mudanças negativas em sua vida profissional, mudanças de identidade e mudanças em sua vida afetiva ou sexual. Relatam sentir um misto de reações e sentimentos como tristeza, revolta, choque, aceitação, pensamentos de raiva e ideação suicida.

Todas estas questões fazem parte do sujeito e como tal precisam ser tratadas, de forma integral e interdisciplinar. A partir das Políticas de Saúde instauradas a partir das Redes de Atenção à Saúde – Rede de cuidado a saúde da pessoa com Deficiência, instituiu-se componentes de Atenção especializada, dentre elas o Centro Especializado em Reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual).

Segundo o Atr.2 da Rede de cuidados a pessoa com Deficiência tem como Diretrizes:

- I – Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para azerem as próprias escolhas;
- II – Promoção da equidade;
- III – promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- IV – Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V – Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI – Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- IX – Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- X – Promoção de estratégias de educação permanente;
- XI – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas

deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e

XII- desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).

Silva (2012)²³ menciona a reabilitação como sendo a área responsável por possibilitar a reconstrução habilidades que as pessoas já tinham (no caso de deficiência adquirida), tornando possível o enfrentamento dos obstáculos cotidianos. É reabilitar novamente algo que foi perdido e, para tanto, é fundamental o trabalho de uma equipe multidisciplinar, abrangendo profissões das mais diversas áreas - humanas, biológicas e exatas.

A reabilitação é um processo singular, que aponta para o desenvolvimento das potencialidades das pessoas e as conduz a uma vida com saúde, bem-estar e mais perfeito nível de autonomia. Porém, essa visão abrangente, que busca correlacionar reabilitação e qualidade de vida, é contemporânea na lógica dos serviços públicos de saúde. Por muito tempo, reabilitação e fisioterapia, para pacientes e gestores, foram consideradas sinônimas e isso cooperou para a não disponibilização de outros recursos e inferências terapêuticas. A partir da Política de Saúde com organização em Redes, e sobretudo na Rede de cuidados a pessoa com Deficiência, traz uma visão mais integral do usuário dos programas de reabilitação, conexas a um trabalho interdisciplinar harmonioso, que acende caminhos para uma resposta terapêutica mais ampla e favorável no tratamento dessas pessoas²⁴.

A Enfermagem, faz parte desta equipe interdisciplinar e tem papéis específicos, no cuidado da pessoa com Deficiência, neste caso a deficiência física adquirida por amputação. Na resolução 0567/2018/COFEN, regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. A regulação discorre sobre a competência dos Enfermeiros e nela prevê a avaliação, prescrição e execução dos curativos de todos os tipos de feridas; executar o Processo de Enfermagem; realizar atividades de prevenção; prescrever medicamentos e coberturas utilizados na prevenção e cuidado às pessoas com feridas, estabelecidas em Programas de Saúde e/ou Protocolos Institucionais. Executar o desbridamento auto lítico, instrumental, mecânico ou enzimático. Estabelecer políticas de riscos potenciais relacionados a feridas. Utilizar novas técnicas e tecnologias como Laser e

LED, terapia por pressão negativa, eletroterapia, hidrozonioterapia entre outros, mediante capacitação. A Resolução prevê muitas outras medidas, e todas elas, as mencionadas aqui e não mencionadas, mas constantes da Resolução fazem parte diretamente do cuidado de Enfermagem na Reabilitação física, podendo ser ações independentes ou interdependentes dos profissionais Fisioterapeutas ou Médicos.

Os resultados desta pesquisa mostraram que grande parte dos pacientes amputados tem como etiologia ou comorbidade a Diabetes, IRC, são oncológicos, tiveram AVEs, amputações dentre outras. Todas estas situações provocadoras de deficiências físicas agudas adquiridas, são situações que via de regra causam déficit de mobilidade colocando o paciente no rol de risco para lesões por pressão, descamação, úlceras plantares, infecção e/ou deiscência de cotos cirúrgicos.

No caso dos pacientes amputados, o Enfermeiro deve participar do Processo Pré-operatório, intra-operatório e pós operatório mediato e imediato. Deve participar também na reabilitação no cuidado ambulatorial dos pacientes e preparação do coto para a protetização. Para a boa adaptação à prótese, o coto deve estar murcho, sem edema, o que se consegue com o enfaixamento compressivo, a partir do término da cirurgia. A absorção dos exsudatos, a redução do tecido adiposo e a atrofia muscular são conseguidos por conta do enfaixamento de tensão bem distribuída, que não provoquem zonas da constrição. O enfaixamento que mais atende à essa exigência é o tipo espiga. Nas amputações transfemorais o enfaixamento pode incluir a circunferência abdominal, para não escorregar e perder sua função. Desaconselham-se o uso de esparadrapo em contato com a pele, para evitar dermatites de contato e escarificação. Nas amputações transtibiais, os cotos deverão ser preferencialmente enfaixados de forma a deixar livre a articulação do joelho, facilitando a movimentação. É importante ressaltar que o processo de afunilamento do coto deve ser conseguido durante o período de cicatrização²⁵. Estas atividades são previstas na resolução 0567/2018/COFEn e põem ser realizadas independentes ou em pareceria com a fisioterapia.

A resolução 0567/2018/COFEN prevê ainda avaliação nutricional a partir do IMC, esse necessário utilizar-se de indicadores nutricionais como: hemoglobina, glicemia, albumina sérica, aporte de zinco, Vitamina B12e D, bem como solicitar exames laboratoriais ou radiológicos, realizar coleta de material microbiológico nos casos de cotos infectados, previsto em Protocolos Institucionais. Esta ação pode ser

independente ou interdependente dos profissionais nutricionista, Médicos, Biomédicos ou Farmacêuticos.

Mariano et.al., (2014)²⁶ menciona ainda da necessidade de avaliação da saúde mental dos pacientes amputados, pois nesta situação, pode ocorrer dificuldade de aceitação pelo paciente e/ou familiares, da nova realidade- a amputação. Essa dificuldade pode resultar em comprometimento emocional e na resistência ao tratamento. Esta avaliação primaria pode ser identificada pelo Enfermeiro a partir da aplicação de testes validados e no acolhimento realizado em qualquer Consulta de Enfermagem. O acompanhamento destes pacientes quando necessário pode ser realizado de acordo com o grau de comprometimento, com ações independentes do Enfermeiro, ou interdependentes com psicólogos.

CONCLUSÃO

O estudo alcançou seus objetivos a medida que identificou o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes submetidos a amputação atendidos em um CER, que demonstrou maioria homens, com idade entre 51 a 70 anos, casados, com nível de escolaridade baixo, católicos e que recebem em média um salário mínimo. Quanto ao perfil epidemiológico demonstrou: a Diabetes é a causa mais frequente das amputações e a comorbidade mais presente. O maior de espera para protetização foi de 7-12 meses, em alguns casos maior tempo, sendo a amputação transfemural a mais realizada e o fisioterapeuta o profissional que mais realiza o enfaixamento.

O estudo demonstrou claramente a partir das discussões a necessidade da intervenção interdisciplinar no cuidado das pessoas com Deficiências (amputações), mas também refletiu um novo nicho de atuação específica da Enfermagem- Enfermagem na Reabilitação. Esta não é uma área contemplada entre as especialidades da Enfermagem e sendo assim, sugere-se um encaminhamento dos dados obtidos neste estudo para COREn/SC e posteriormente COFEn para análise da probabilidade da ampliação das especialidades, criando-se a Enfermagem na Reabilitação ou reconhecendo-se a Enfermagem na Reabilitação multiprofissional.

Os resultados da pesquisa também serão disponibilizados ao CER onde foi realizada a coleta dos dados para que sejam de conhecimento da equipe o Perfil dos usuários do CER submetidos a amputações.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira CF, Dias ND, Franciscon IN, da Mota JPT, Oliveira TQ. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Revista Online SINUS*, 2014.
2. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, Júnior JB. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19 (11): 4301-4312.
3. Malta DC, Neto OLM, da Silva MMA, Rocha D, de Castro AM, dos Reis AAC, Akerman M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. saúde coletiva*, 2016; 21(6): 1683-1694.
4. Brasil. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília,DF: Presidência da República.
5. Tuon L, Ceretta LB. Rede de cuidado à pessoa com deficiência [Recurso eletrônico on-line], 1 ed. – Tubarão: Copiart, 2017.
6. Brasil. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil. Publicado: 23 de jun. de 2015.
8. Reis G, Adroaldo-Junior JC, Campos RS. Perfil epidemiológico de amputados de membros superiores e inferiores atendidos em um centro de referência. *Revista Eletrônica Saúde e Ciência*, 2012; 2(2).
9. Jesus-Silva SG, Oliveira JP, Brianezi MHC, Silva MAM, Krupa AE, Cardoso RS. Análise dos fatores de risco relacionados às amputações maiores e menores de membros inferiores em hospital terciário. *J. vasc. bras*, 2017; 16(1): 16-22.
10. Souza YP, Santos ACO, Albuquerque LC. Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil). *J. vasc. bras*, 2019; 18: e20190064.
11. Barbosa MH, Lima ACC, Barichello E. Amputação de membros: perfil dos pacientes de um hospital de clínicas do município de Uberaba-MG. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2008; 12(3): 342-345.

12. Chamlian TR, Starling M. Avaliação da qualidade de vida e função em amputados bilaterais de membros inferiores: revisão da literatura. *Revista Acta Fisiátrica*, 2013; 20(4).
13. Matsumura AD, de Resende JM, Chamlian TS. Avaliação pré e pós protética da circunferência dos cotos de amputados transtibiais. *Revista Acta Fisiátrica*, 2013; 20(4).
14. Sanglard ML, de Faria FC, Profilo LT, dos Reis LEA, Gomes RSS, Santiago LG, Leite SA. Amputação de membro inferior consequente de complicações de diabetes mellitus. IV Seminário Científico da FACIG. II Jornada de Iniciação Científica da FACIG. Novembro de 2018.
15. Maraes VRFS, da Cruz BOA, Moreira JÁ, Sampaio TF, Almeida CC, Garcia PA. Avaliação do quadril de amputados transfemoral durante contração isométrica em dinamômetro isocinético. *Ver Bras Med Esporte*, 2014; 20(5): 336-339.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Viver sem limite. Brasília/DF: SAS, Jan./2013.
17. Machado DF, Beirão ME. Análise dos índices de reabilitação para o trabalho nos pacientes amputados na região Sul de Santa Catarina no ano de 2011. *Revista da USP - Acta Fisiátrica*. 2013; 20(4): 183-186.
18. Pinto MAG. A Reabilitação do Paciente Amputado. In: LIANZA, S. (Ed.). *Medicina de Reabilitação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
19. Ramos AC, Salles IC. Amputações de Membros Superiores. In: TEIXEIRA, E. et al. (Ed.). *Terapia Ocupacional na Reabilitação Física*. São Paulo: Rocca, 2003.
20. United States of America. Rehabilitation of Lower Limb Amputation.VA/DoD Clinical Practice Guideline. Department of Veterans Affairs. Department of Defense. s. Washington, 2007.
21. Sabino SDM, Torquato RM, Pardini ACG. Ansiedade, depressão e desesperança em pacientes amputados de membros inferiores. *Acta Fisiátr*. 2013; 20(4): 224-228.
22. Senra H, Oliveira RA, Leal I, Vieira C. Beyond the body image: A qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical rehabilitation*. 2011; 26: 180-91.
23. Silva GA, Schoeller SD, Gelbcke FL, de Carvalho ZMF, da Silva EMJV. Functional assessment of people with spinal cord injury: use of the functional independence measure - FIM. *Textcontexto - enferm*, 2012; 21(4): 929-936.

24. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto contexto - enferm*, 2018; 27(3): e4480016.
25. Santos BK, da Luz SCT, dos Santos KB, Honório GJS, Farias GO. Atuação de equipe multiprofissional no atendimento à pessoa amputada: contextualizando serviços e protocolos hospitalares. *Cad Bras Ter Ocup*, 2018; 26(3): 527-537.
26. Mariano D, Leal SMCe, Soares JSF. Enfermagem frente à reabilitação de pacientes submetidos à amputação. *Enfermagem em Foco*, 2014; 5(1/2): 21-24.