

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAG
MANUELLE THAIS BARON DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DA SÍNDROME DE DOR FANTASMA EM PACIENTES AMPUTADOS
TRANSTIBIAIS E TRANSFEMORAIS**

CASCABEL
2018

CENTRO UNIVERSITÁRIO FAG
MANUELLE THAIS BARON DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DA SÍNDROME DE DOR FANTASMA EM PACIENTES AMPUTADOS
TRANSTIBIAIS E TRANSFEMORAIS**

Trabalho apresentado como requisito parcial do Trabalho
de conclusão de curso, do curso de Fisioterapia do Centro
Universitário da Fundação Assis Gurgacz.
Professor Orientador: Carlos Tanaka.

CASCADEL
2018

ANÁLISE DA SÍNDROME DE DOR FANTASMA EM PACIENTES AMPUTADOS TRANSTIBIAIS E TRANSFEMORAIS

NASCIMENTO, Manuelle Thais Baron do¹
TANAKA, Carlos Eduardo Yukio²

RESUMO:

Amputação é a remoção de uma extremidade do corpo, caracterizando assim um processo reconstrutivo de uma extremidade sem função ou com função limitada. Dor fantasma é caracterizada como uma sensação dolorosa de parte do membro, ou parte dele que já não existe mais em pacientes, como aperto, formigamentos, compressões e dores intensas. Já a sensação fantasma é definida como uma sensação de partes do membro já não existente. **Objetivo:** Analisar a Síndrome de Dor Fantasma, causas e incidências de dor fantasma em pacientes amputados de MMII do Centro de Reabilitação do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz. **Método:** Estudo transversal, com amostra de 30 indivíduos entre 18 a 80 anos, 17 amputados Transtibiais e 13 Transfemorais, a coleta de amostra foi realizada nas dependências do Centro de Reabilitação do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz em Cascavel- PR. **Resultados:** O número total de participantes da pesquisa foi de 30 indivíduos, com média de idade de 55 anos, totalizando 23 do gênero masculino e 7 do feminino. Com relação a dor fantasma, apresentaram a mesma em pós amputação, na semana após e no momento da entrevista. A prevalência de localização foi mais evidenciada nos pés, o caráter de dor predominante foi a do tipo aperto. **Conclusão:** Conclui-se que pacientes amputados de membro inferior, apresentam dor fantasma com prevalência tanto transtibial quanto transfemoral, sendo sua maior causa a traumática. **Palavras-chave:** Amputação, Dor Fantasma, Sensação Fantasma.

ANALYSIS OF GHOST PAIN SYNDROME IN TRANSFEMORATIVE AND TRANSTIBIAL AMPUTED PATIENTS

ABSTRACT:

Amputation is the removal of one end of the body, thus characterizing a reconstructive process of an end without function or with limited function. Phantom pain is characterized as a painful sensation from part of the limb, or part of it that no longer exists in patients, such as tightness, tingling, compression and intense pain. Phantom sensation is defined as a sensation of parts of the limb that no longer exists. **Objective:** To analyze the index, causes and incidence of phantom pain in patients with amputees of MMII at the Assis Gurgacz Foundation University Center for Rehabilitation. **Method:** A cross-sectional study with a sample of 30 individuals aged 18 to 80 years, 17 transtibial amputees and 13 transfemoral patients, sample collection was carried out at the Rehabilitation Center of the Assis Gurgacz Foundation University Center in Cascavel-PR. **Results:** The total number of participants was 30 individuals, with a mean age of 55 years, totaling 23 males and 7 females. With regard to phantom pain, they presented the same in post-amputation, the week after and at the moment of the interview. The prevalence of localization was more evident in the feet, the predominant type of pain was the squeeze type. **Conclusion:** It is concluded that lower limb amputees present with phantom pain with both transtibial and transfemoral prevalence, being the major cause of trauma. **Keywords:** Amputation, Phantom Pain, Phantom Sensation

¹Discente do Curso de Fisioterapia no Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel- PR. Email: manuellethais@live.com

² Fisioterapeuta, Docente Orientador do curso de Fisioterapia no Centro Universitário Assis Gurgacz de Cascavel-PR. Email: yokoshirozig@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A amputação é caracterizada como a remoção de segmento do corpo caracterizando como um processo reconstrutivo de determinadas extremidades sem função ou com funções limitadas.

Dentre as diversas causas que podem levar à amputação de membros inferiores estão relacionadas principalmente as traumáticas, sendo sua maior incidência em adultos com menos de 50 anos de idade, seguido de tumores, distúrbios vasculares e infecções, dentre as mais comuns estão: diabetes, com início do “pé diabético”, e a trombose venosa profunda, seguido dos traumas. Maffei (1995), relata que os fatores de risco aumentam a incidência de acordo com idades avançadas, fumantes, diabetes mellitus, casos de indivíduos hipertensos, as quais influenciam o desenvolvimento de doenças vasculares.

Na cidade do Rio de Janeiro no Brasil, estima-se que as incidências de amputações sejam de 13,9 por 100.000 habitantes por ano, sendo que a maioria dos sujeitos envolvidos podem vir a apresentar doenças vasculares e, nesses, 85% das amputações são de membros inferiores (SPICHLER, 2004).

A sensação fantasma pode ser caracterizada como coceira, formigamento, parestesia, pressão, dormência, presença do membro fantasma, alteração de temperatura e dores do tipo pontadas em regiões específicas descritas pelos pacientes. Essa dor é característica da maioria das pessoas amputadas por motivos vasculares e infecciosos, apresentando um histórico de dor aguda no membro, antes do processo de amputação, permanecendo com a sensação dolorosa após a cirurgia e remoção do seguimento (FISCHER, 1991).

Carvalho (1999) relata que os pacientes que sentem, apresentam dores fortes no membro que sofreu amputação, na qual apresentam emoções e fantasias que traduzem sofrimentos, incertezas e medo de incapacidades.

Probstner e Thuler (2006) define a sensação da dor fantasma como algo maravilhosamente estranho e prodigioso, seria difícil acreditar que pacientes se queixem frequentemente após meses ou anos depois da amputação, de ainda sentirem fortes intensidades no membro onde realizou-se amputação.

As incidências encontradas em diversos estudos variam entre 2% e 97%, sendo que a dor tende a aparecer nas primeiras semanas pós amputação e ser persistente por alguns meses ou até mesmo anos. Sakomoto (1995) relatou que normalmente a dor se localiza em região distal no membro fantasma, como nos dedos, pés e panturrilha e apresentam uma sensação de aperto.

O objetivo desse estudo foi analisar a Síndrome de Dor Fantasma em pacientes que frequentam o Centro de Reabilitação da Fundação Assis Gurgacz, amputados de membros inferiores transtibiais

e transfemorais, bem como suas características e suas causas, em indivíduos que frequentam o Centro de Reabilitação da Fundação Assis Gurgacz.

2 METODOLOGIA

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, com número do CAAE: 91574318.9.0000.5219, número do parecer 2.788.296, caracteriza-se como analítico, do tipo transversal, contemporâneo, para o qual foram selecionados pacientes de ambos os sexos que realizaram amputações em membros inferiores e apresentaram Dor Fantasma após a amputação.

Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética e pesquisa e autorização da Coordenadora do Curso de Fisioterapia e do Centro de Reabilitação da Fundação Assis Gurgacz, os dados foram coletados em agosto de 2018, no Centro de Reabilitação da Fundação Assis Gurgacz, que é considerado na região Oeste do Paraná, um centro de referência no tratamento de pacientes submetidos à amputação. Como critérios de inclusão para a pesquisa, a idade dos pacientes selecionados foi de 18 a 80 anos, pacientes amputados de Membros Inferiores transtibiais ou transfemorais e que relataram sentir dor fantasma. Excluíram-se da pesquisa participantes que não relatavam a dor fantasma, pacientes amputados de MMSS e pacientes que se recusaram a responder ao questionário.

Para a coleta de dados, os pacientes eram abordados na Clínica enquanto estavam à espera de consultas no setor de prótese.

Os participantes foram informados de como seria o procedimento de coleta dos dados, em seguida convidados a ler, após concordarem, assinaram o termo de consentimento fornecido pela pesquisadora. (Apêndice 1)

A coleta contou com dados pessoais do participante, como nome, idade, sexo, causa de amputação e tipo de amputação, perguntas abertas e fechadas com a utilização do “Questionário de Dor Modificado” (Anexo1), o qual foi desenvolvida em Lisboa no ano de 2010 pela pesquisadora Lúcia de Fátima Da Cunha Duarte Quadros.

Responderam se havia dor antes da cirurgia e dor fantasma em pós-amputação, definiram sua localização Dor/Sensação Fantasma, tipo de dor, sensação e tamanho do membro fantasma, o tempo da sensação fantasma e utilizavam medicamentos. A Escala Analógica da Dor (EVA) é citada em 3 perguntas do questionário de dor modificado.

O “Questionário de Dor Modificado” (Anexo 1) é constituído por 6 perguntas, sendo que na primeira pergunta o participante respondeu se sentia dores antes da cirurgia (amputação), como era

essa dor, o local e EVA. Na segunda pergunta, respondeu se houve dor fantasma seguido a amputação, a localização, como era essa dor e EVA. Na terceira pergunta respondeu se houve sensação fantasma após amputação, localização e se o membro ainda existisse como ele se apresentava. Na quarta pergunta respondeu se no momento da entrevista havia sensação fantasma, como era essa dor, sua localização e EVA. Na quinta pergunta o participante respondeu qual foi o início da sensação fantasma. E na sexta pergunta respondeu se realiza tratamento medicamentoso, seu ritmo e tempo de medicação. Os dados foram analisados com auxílio do programa SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Carvalho, 2003, amputação é uma palavra derivada do latim, apresenta o significado de *ambi* = em torno/ ao redor e *putatio* = retirar/podar, definida como retirada, cirúrgica parcial ou total de um membro do corpo humano, caracterizando um processo reconstrutivo de determinada extremidade sem função ou com funções limitadas.

Amputação é caracterizada pela perda ou retirada de algum membro, causada por traumas ou doenças. As indicações para amputações só devem ser realizadas, quando não é possível realizar tratamento para reconstruções (CAROMANO et al., 1992).

As taxas de mortalidades associadas às amputações de causas vasculares podem variar entre 6 e 17% (LUCCIA & SILVA, 2003). Helm et al. (1986), descreve que o prognóstico de amputação é pior em pacientes com idade avançada, ou seja, idosos, pois está associado a habilidades físicas desfavoráveis e a maiores dependências sociais. A maioria dos amputados de causa vascular é em idosos e esse número vem sendo aumentado em função da população envelhecer e da prevalência de doença vascular periférica. A incidência em amputados aumenta após 55 anos de idade, prevalente no gênero masculino (CUSTON & BONGIORNI, 1996).

Frank & Herdon (1974) contestaram a teoria anteriormente e afirmaram que os jovens geralmente apresentam conflitos maiores como ansiedade e dificuldades em integrar-se à sua nova condição de vida, enquanto que pacientes idosos apresentam menos conflitos e se apresentam mais tranquilos psicologicamente, além de se prepararem para enfrentar as alterações de sua imagem corporal após sofrer a amputação.

Segundo Boccolini (2000) e Carvalho (1999), existem cerca de doze níveis de amputações de membros inferiores, onde as mais comuns são transtibiais e transfemorais, dividindo-se em três níveis, que são: terço proximal, médio e distal, sendo que amputações transtibiais significam a

desarticulação tibiotársica e secção abaixo do maléolo lateral e medial, já transfemorais ocorrem a secção do fêmur.

Segundo O'Sullivan e Schmitz (2004), a causa principal de amputação de membro inferior corresponde à doença vascular periférica, particularmente quando está associada ao tabagismo e diabetes.

Carvalho (2005) relata que cerca de 85% dos casos de amputação são de membros inferiores, sendo que as causas mais comuns são caracterizadas por alteração vascular, destacando-se diabetes mellitus, doenças vasculares periféricas, traumas e malignidade que é a principal doença responsável pelas amputações bilaterais.

Kalapatapu, Mills e Eidt (2012) descreveram que as amputações podem levar a complicações dentre elas: infecções, neuromas, hematomas, contraturas, além de poder apresentar, consequentemente, alterações psicológicas no paciente amputado, dor e sensação fantasma.

Segundo Carvalho (2016) o coto de amputação é responsável pelo controle da prótese durante o ortostatismo e a marcha. Para que isso ocorra, ele deve apresentar determinadas características, tais como: coto estável, nível adequado, presença de um bom coxim, bom estado da pele, ausência de neuromas e espículas ósseas, boa circulação, boa cicatrização e ausência de edemas.

Sampol (2007) relatou que o objetivo da protetização é reabilitar o paciente para uma vida normal e interagir à sociedade, permitindo assim sua locomoção através da prótese, gerando um maior grau de função em suas atividades de vida diárias e consequentemente evoluir para uma melhora da qualidade de vida.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em Brasília no ano de 2013, reforça a importância do posicionamento do membro que sofreu amputação após a cirurgia, pois assim evitamos contraturas musculares. Pacientes amputados transfemorais podem vir a apresentar contratura em abdução de quadril, já amputados transtibiais apresentam contraturas em flexão.

Carvalho (1999) & Creshaw (1996) afirmam que o desenvolvimento de neuromas é caracterizado como um fenômeno natural de reparação que ocorre em qualquer transecção de um nervo periférico. Em amputações de membros inferiores, o paciente pode vir a apresentar Neuromas. Esses neuromas são formações de terminações nervosas que estão presentes após o procedimento cirúrgico do paciente.

Após a amputação os pacientes relatam vários sintomas e principalmente dor fantasma, que é relatada frequentemente pelos amputados, como uma sensação de dor em vários graus, desde dores leves até as mais intoleráveis. Há casos de dores onde houve resistência ao tratamento e persistindo por um longo período (GIRAUX & SIRAUX, 2003).

A dor fantasma é caracterizada como uma sensação dolorosa referente ao membro amputado que apresenta diversas formas, como aperto, ardor, compressão ou até mesmo dores intensas e frequentes, a dor normalmente está presente na primeira semana após amputação, mas ela pode aparecer após meses ou até anos, estando localizada na parte distal do membro fantasma (ROHLFS & ZAZÁ, 2000). Segundo Probstner e Thuler (2006), a dor fantasma deve ser diferenciada da dor em que o paciente sujeito à amputação sente no coto, devido ao processo inflamatório decorrente à cirurgia.

Grande parte das nossas informações estão contidas no córtex cerebral, local em que ficam também armazenadas as sensações de dor e a imagem corporal, sendo assim após a cirurgia de remoção de membro o paciente sente um grande impacto psicológico, o que faz, na maioria dos casos, com que o paciente continue sentindo a dor inicial, ou sensações no membro amputado (SCHILDER, 1989).

Segundo Benedetto, Forgione e Alves (2002) “a dor pode permanecer por um longo período após a cicatrização dos tecidos já que a dor vem sido relacionada com uma regeneração defeituosa dos nervos do coto podendo formar neuromas”. Em outros casos, a dor pode assemelhar-se à que estava presente antes da amputação.

Para Souza et al (2004), “a dor fantasma pode ser produzida por ausência de impulsos nervosos do membro”. Quando ocorre a secção de nervos, pode surgir uma descarga lesional em todos os tipos de fibras.

Fisher (1991) relata que, a dor pode assemelhar-se a que estava presente no pré-operatório associadas à dor que varia em intensidades e durações, podendo ser definida como queimação, dormência do membro, pontadas, câimbra, ilusão de membro presente ou apenas a sensação de sua existência, que para muitos sujeitos causa angústia, espanto e dificuldade de lidar com uma sensação de possuir um membro inexistente, causando alterações emocionais e psicológicas, não tendo conhecimento desta patologia denominada dor ou sensação fantasma, que pode vir à acompanhar o amputado por um longo período.

Para Rohlfs e Zazá (2000), a Dor Fantasma é caracterizada como uma sensação dolorosa de parte do membro, ou parte dele que já não existe mais em pacientes, como aperto, formigamentos, compressões e dores intensas. Já a Sensação Fantasma é definida como a sensação de partes do membro já não existente.

De acordo com Probstner e Thuler (2006), essa sensação fantasma ocorre em pacientes amputados após a cirurgia, relatada como sensação de formigamentos ou de pressão e em certos casos dormência, a maioria dos pacientes submetidos à amputação evolui com algum tipo de

incômodo no membro inexistente e quando caracterizado como dor, esse desconforto tende a reduzir a qualidade de vida do paciente.

Para isso são realizados tratamentos de dessensibilização de coto com diversas texturas e temperaturas, para que, assim, o cérebro entenda onde termina o membro, qual o local de amputação e que não existe mais, aliviando assim dores e sensações desconfortáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Segundo Carvalho (2003), o início do processo de reabilitação se dará a partir da cicatrização da sutura cirúrgica, o fisioterapeuta desempenha um papel fundamental e indispensável na reabilitação de amputados em membros inferiores.

Todo paciente que inicia o tratamento fisioterapêutico visando o preparo do coto para protetização deve ser avaliado individualmente, pois a característica do coto influenciará na duração e eficácia do tratamento (CARVALHO, 1999)

Para Lima, Chamlian e Masiero (2006), a reabilitação do paciente amputado é caracterizada por algumas fases: avaliação geral do paciente, reabilitação pré-protética e pós-protética. Para que todas as etapas sejam alcançadas e realizadas com sucesso, é indispensável que o paciente esteja em um bom estado geral, sem alterações como deformidades, contraturas, úlceras, edemas, entre outras, que possam comprometer sua reabilitação. A presença de sintomas e sinais patológicos impedem a evolução do processo. A presença de dor fantasma, em que o paciente relata que ocorre com frequência pode prejudicar a reabilitação do amputado, em especial, o processo de marcha com a prótese.

O tratamento fisioterapêutico tem sido de extrema importância no período de pós-operatório, visando a melhora de edemas, sistema circulatório, trabalho de hipertrofia, prevenção de aderências e acostumar-se com a região de contato com a prótese, para a pressão que irá suportar. O pós-operatório adequado ajudará na recuperação e na reabilitação dos pacientes (CARVALHO, 2005).

A Fisioterapia atuará através de um processo progressivo, tendo como objetivo a reabilitação do amputado, devolvendo a sua autoestima, qualidade de vida, auxiliando em sua correta protetização e reabilitação, propondo-o a novamente interagir com a sociedade (CARVALHO, 1999).

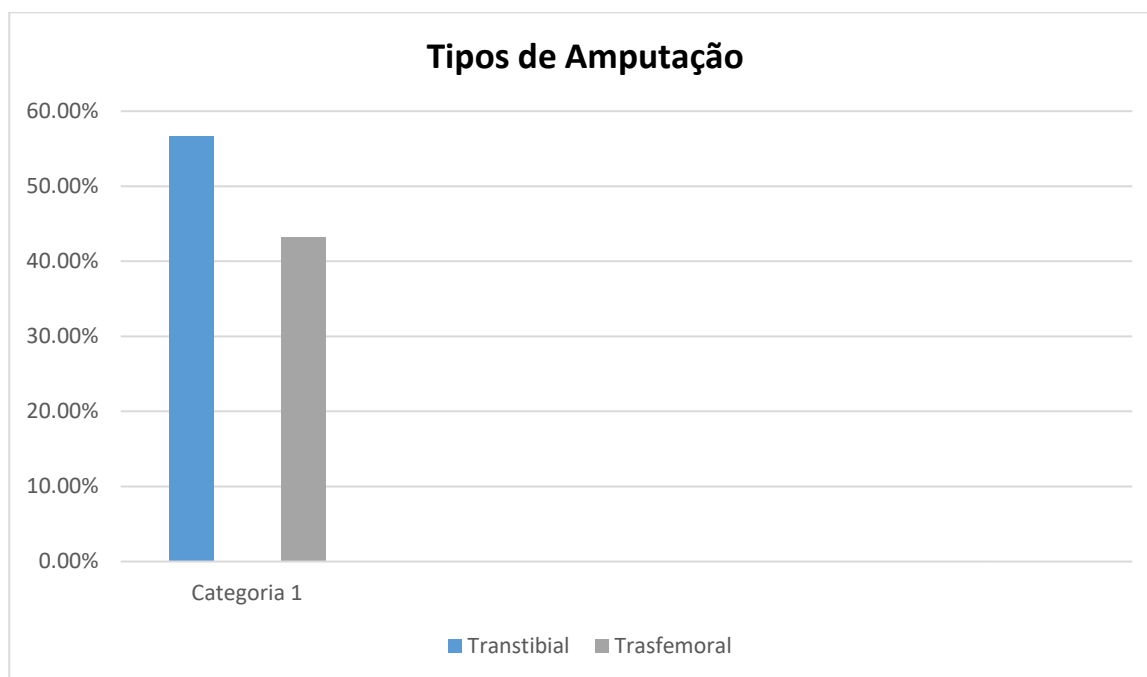
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esse estudo buscou verificar a presença de dor fantasma em pacientes amputados de membros inferiores, no Centro de Reabilitação da Fundação Assis Gurgacz, a busca foi realizada com base no Questionário de Dor Modificado no ano de 2010.

Participaram do estudo 30 indivíduos, sendo a maioria do gênero masculino 23 (76,7%) e do gênero feminino 7 (23,3%). A média de idade foi de $55,1 \pm 15,1$ anos.

Em relação ao tipo de amputação, 17 (56,7%) apresentaram amputação do tipo transtibial e 13 (43,3%) transfemoral, que podem ser visualizadas no gráfico 1.

Gráfico 1. Características do tipo de amputação dos participantes.



FONTE: NASCIMENTO, 2018.

A principal causa de amputação foi a traumática, sendo responsável por 43,3% (13) dos indivíduos, seguida da vascular/diabética com 30% (9).

Em relação a presença de dor antes da realização da cirurgia, 16 (53,3%) indivíduos não referiram dor, porém 14 (46,7%) referiram dor e desconforto antes do ato cirúrgico, com maior prevalência no pé em 9 (30%), todo membro 4 (13,3%) e pé e tornozelo 2 (6,7%), os indivíduos classificaram essa dor como sendo agulha 5 (16,7%), facada 4 (13,3%), queimadura e aperto 3 (10%), não apresentaram sensação do membro e a média da EVA foi de $4,3 \pm 2,5$ cm, podem ser visualizadas na Tabela 1.

Os participantes também foram entrevistados sobre a presença de dor fantasma após a amputação, 25 (83,3%) indivíduos referiram localizada no pé em 10 (33,3%) sujeitos, em todo o membro em 9 (30%), perna em 6 (20%) e por fim no pé e tornozelo em 2 (6,7%) sujeitos. A

sensação da dor fantasma foi referida como membro fletido em 12 (40%) dos sujeitos, pé fletido em 12 (40%) e joelho fletido em 2 (6,7%). A dor foi referida em aperto em 12 (40%) dos sujeitos, agulhada em 9 (30%), facada em 4 (13,3%) e em queimação em 2 (6,7%) dos participantes, que podem ser visualizadas na Tabela 1.

Na semana após a amputação, os pacientes responderam no questionário as mesmas perguntas, sendo que no questionário as perguntas 2 e 3 (Anexo 2) estão relacionadas ao pós-operatório. Os resultados foram similares, evidenciando a presença da sensação fantasma em 24 (80%) dos participantes, porém o local referido mudou, sendo a prevalência em todo o membro em 17(56,7%) dos participantes, seguido da perna em 6 (20%), pé 3 (10%) e apenas 1 (3,3%) em pé e tornozelo, o tipo de dor e a sensação não foram evidenciadas pelos pacientes. A média de dor fantasma referida foi de $6,6 \pm 3,1$ cm, podem ser visualizadas na Tabela 1.

Por fim, no momento da entrevista 15(50%) dos sujeitos continuaram com a sensação fantasma. Desses, 7(23,3%) a referiram no pé, 6(20%) em todo o membro e apenas 2(6,7%) na perna. A sensação dolorosa prevalente foi a em aperto em 6 sujeitos (20%), agulhada em 5(16,7%) e em facada em 4(13,3%). A sensação do membro amputado se mostrou como em pé fletido em 13(43,3%) dos sujeitos, em membro todo fletido em 8 (26,7%) e em joelho fletido em 3(10%) dos pacientes. A média de dor encontrada pela EVA foi de $2,5 \pm 0,5$ cm, pode ser visualizada na Tabela 1.

As características da dor fantasma entre os tempos de aplicação e EVA do questionário podem ser visualizadas na tabela 1.

Tabela 1. Características de dor fantasma, localização, sensação (n (%)) e EVA ($\pm$)

	Antes	Pós-Imediato	Semana Pós	Entrevista
PRESENÇA DA				
DOR				
<i>Sim</i>	14 (46,7%)	25 (83,3%)	24 (80,0%)	15 (50,0%)
<i>Não</i>	16 (53,3%)	5 (16,7%)	6 (20,0%)	15 (50,0%)
	EVA $4,3 \pm 2,5$	EVA $6,6 \pm 3,$		EVA $2,5 \pm 0,5$.
LOCALIZAÇÃO				
<i>Todo membro</i>	4 (13,3%)	9 (30,0%)	17 (56,7%)	6 (20,0%)
<i>Pé</i>	9 (30,0%)	10 (33,3%)	3 (10,0%)	7 (23,3%)
<i>Perna</i>		6 (20,0%)	6 (20%)	2 (6,7%)

<i>Pé e tornozelo</i>	2 (6,7%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)	
TIPO DE DOR				
<i>Facada</i>	4 (13,3%)	4 (13,3%)	0 %	4 (13,3%)
<i>Agulha</i>	5 (16,7%)	9 (30,0%)	0 %	5 (16,7%)
<i>Aperto</i>	3 (10,0%)	12 (40%)	0 %	6 (20,0%)
<i>Queimadura</i>	3 (10,0%)	2 (6,7%)	0 %	
SENSAÇÃO DO MEMBRO FANTASMA				
<i>Todo fletido</i>		12 (40,0%)	0 %	8 (26,7%)
<i>Joelho fletido</i>		2 (6,7%)	0 %	3 (10,0%)
<i>Pé fletido</i>		12 (40,0%)	0 %	13 (43,3%)

FONTE: NASCIMENTO, 2018.

O tempo de início da sensação fantasma foi evidenciado logo após a cirurgia na maioria dos participantes 13 (43,3%), porém 11 sujeitos (36,7%) iniciaram 72h após a cirurgia, 3 (10%) em 24h e apenas 1(3,3%) referiu em 48h de pós-cirúrgico. Apenas 2 (6,7%) sujeitos fizeram uso de medicamento para analgesia, como pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2. Tempo de Início da Sensação Fantasma após cirurgia e uso de medicamento (n (%)).

Sensação Fantasma Após Cirurgia	13 (43,3%)
72 horas	11 (36,7%)
24 horas	3 (10%)
48 horas	1 (3,3%)
Uso de Medicamentos	2 (6,7%)

FONTE: NASCIMENTO, 2018.

O presente estudo buscou analisar indivíduos amputados de membros inferiores no Centro de Reabilitação da Fundação Assis Gurgacz na cidade de Cascavel- Paraná, incluindo 30 participantes, observamos que o gênero masculino prevaleceu entre os entrevistados (23 sujeitos), tendo como a causa de amputação a do tipo traumática mais frequente com 13 participantes, seguida de vascular e

diabética, tal resultado pode ser compreendido pelos autores Araújo e Carvalho (2016), 70 participantes com amputações de membros inferiores, sendo 80% do gênero masculino e 20% feminino. A amputação transtibial mostrou diferença significativa comparada à outras amputações, sendo 64,29%, a amputação transfemoral apresentou 25,70%. A causa mais predominante foi a traumática com 55,72%, e os outros 44,28% relataram causa por algum tipo de doença, a qual não foi relatada.

Outro estudo realizado em Lisboa, Portugal pelo autor Quadros (2010), aplicou o questionário de Dor Modificado (Anexo 2) e contou com 52 pacientes amputados, sendo 76,9% do sexo masculino e 23,1% feminino, com média de idade em $67,5 \pm 12,8$. Comparado ao presente estudo, 76,7% eram do gênero masculino e 23,3% feminino, com média de idade de $55,1 \pm 15,1$. A causa em que levou à amputação foi prevalente a doença vascular periférica e, em mais de metade da amostra, os doentes tinham associado diabetes em 65,4% e cerca de 30,8% referiram tabagismo, já no presente estudo a causa prevalente foi a do tipo traumática com 55,72%. O nível da amputação foi maioritariamente supracondiliana em 69,2% amputados e infracondiliana em 21,2%, no presente estudo evidenciou-se as amputações transtibiais em 64,29% e 44,28% em transfemorais. A dor no membro em pré-operatório foi referida em 90,4% amputados, e 9,6% não referiram dor, comparado ao presente estudo 46,7% referiram dor em pré-operatório e 53,3% negaram a mesma. O local onde relataram maior prevalência foi em pé, sendo 55,8% e no presente estudo realizado o local prevaleceu em pé em 30%. O tipo de dor referida mais evidenciado foi o de caráter em agulhas em 34,6%, mostrando a mesma evidência no presente estudo com o caráter agulha em 16,7% com EVA ≥ 7 no estudo de Quadros (2010) e $4,3 \pm 2,5$, no presente estudo. No pós-operatório, 76,6 apresentaram dor fantasma, já no pós-operatório do presente estudo, 83,3% relataram dor fantasma. O local foi evidenciado prevalente em pé em 44,2%, com caráter agulha predominante em 38,5%, EVA ≤ 4 , já no presente estudo o local prevaleceu em 33,3%, com caráter em aperto em 40% com EVA $6,6 \pm 3,1$ cm. Apenas 30,8% realizaram tratamento medicamentoso com antidepressivos e anticonvulsivantes e no presente estudo 6,7% realizaram tratamento com medicamentos. A sensação fantasma estava presente em 98,1% com a localização de todo o membro em 32,7%, de caráter com presença do membro em 65,4%, e no presente estudo 80% referiram a sensação fantasma, com localização de todo o membro em 56,7%, não souberam relatar o caráter com a sensação do pé fletido em 43,3%. Após 24 horas, 59,7% referiram a sensação fantasma após a cirurgia, já no presente estudo evidenciou-se em 43,3% a sensação fantasma após a cirurgia.

Já no momento da entrevista, 61,7% pacientes apresentaram dor fantasma, sendo que 40,4% não souberam determinar o local, caráter e EVA, no presente estudo, 50% referiram dor fantasma, com localização no pé em 20%, de caráter em aperto em 20%, EVA $2,5 \pm 0,5$ cm.

Foi realizada uma pesquisa no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2010, no Lar São Francisco, pelos autores Chamlian et al (2012), em que analisaram a presença e ausência de dor fantasma, analisados 330 prontuários, apenas 3,3% sujeitos referiram dor fantasma, de acordo com o presente estudo cerca de 83,3% referiram a dor fantasma já no pós-operatório. De acordo com o gênero, 244 eram do sexo masculino e 86 femininos. Duzentos e sessenta e dois (262) possuíam como etiologia da amputação alteração vascular, sendo que no presente estudo a causa traumática prevaleceu. A média dos pacientes amputados que apresentavam dor fantasma era de 48,8 anos, e no presente estudo a média de idade foi de $55,1 \pm 15,1$ anos. As dores referidas foram dos tipos latejamento, em choque e esporádicas. A prevalência de dor fantasma apresentou-se baixa entre os amputados do estudo, sendo 3,3%. No presente estudo, a dor prevalente foi a em aperto e se tratando da dor fantasma cerca de 83,3% apresentaram a mesma logo após a amputação. Segundo Nikolajsen (2001), a abordagem de dor fantasma necessita ser melhor estudada dentro de cada sujeito amputado.

Ainda segundo Nikolajsen e Jensen (2008) os valores de prevalência de dor fantasma citados na literatura podem variar de 2 a 90%, o que pode ser justificado pela falta de padronização e critérios em suas avaliações.

É referido na literatura, que a dor tende a reduzir com o tempo após a amputação (MACHADO, 2009).

Os resultados apontaram que a amputação do tipo transtibial obtém a maior margem de amputação, isso comparado a outros grupos pesquisados, o resultado nos leva a concordar com os dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde em 2013, em que a amputação transtibial vem apresentando a maior incidência no Brasil, tendo a transfemoral em segundo lugar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a dor fantasma em pacientes Transtibiais e Transfemorais. De acordo com os resultados, apresentaram semelhanças significativas no que diz respeito à dor fantasma e sua localização, na qual se evidenciou em extremidades do membro inferior, sendo 17 amputados transtibiais e 13 transfemorais e dos 30 entrevistados, 14 relataram sentir alguma dor no pré-operatório, sendo localizada na mesma região de pé em 9 sujeitos. A dor fantasma foi evidenciada em 25 sujeitos no pós-operatório, sendo sua localização mais prevalente no pé em 10 entrevistados, já no momento da entrevista 15 relataram dor fantasma com localização no pé.

Os resultados apontaram que pacientes, tanto amputados transfemorais quanto transtibiais, apresentam Dor e Sensação Fantasma, tanto no pós-operatório quanto no momento em que foi entrevistado. Quanto à sua causa e com base em artigos pesquisados a mais evidenciada foi a

traumática e o tipo de amputação predominante foi a do tipo transtibial. Para melhores resultados sobre a dor fantasma estudos mais detalhados no que se diz respeito à amputação são necessários.

REFERÊNCIAS

BENEDETTO, KN; FORGIONE, NCR; ALVES, VLR. **Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma.** ACTA. Fisiátrica, p.208-212, 2002. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102367>. Acesso em 10/09/2018.

BOCOLINI, F. Reabilitação - **Amputados, Amputações e Próteses.** P2-6. 2 ed., São Paulo: Robe, 2000. Acesso em 12/09/2018.

CAROMANO et al. **INCIDÊNCIA DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR, UNILATERAL: ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS.** P5-6. São Paulo, 1992. Acesso em 12/09/2018.

CARVALHO. **Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação.** São Paulo: Manole; 1999 p1-2. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0643_0982_01.pdf. Acesso em 12/09/2018.

CARVALHO, J. A. **Amputações de membros inferiores.** P2-3. 2. ed., São Paulo: Manole, 2003. Acesso em 10/08/2018.

CARVALHO, Debora. Araujo, Daise. **QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DOS AMPUTADOS EM MEMBROS INFERIORES DO HOSPITAL SANTA MARCELIN.** Porto Velho, 2016. P4-5. Disponível em: <http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/2030>. Acesso em 10/09/2018.

CARVALHO, et al. **Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários.** Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, jan. /abr. p.23-30, 2005. Aceso em 12/09/2018.

CHAMLIAN Therezinha Rosane, Renata dos Ramos Varanda, Caio Leal Pereira, Juliana Mantovani de Resende, Cecília Caruggi de Faria. **Perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos no Lar Escola São Francisco entre 2006 e 2012.** Lar Escola São Francisco, dezembro, p4-5 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103814> .Acesso em 21/08/2018

CRENSHAW, A. H. et al. **Cirurgia ortopédica de Campbell.** São Paulo: Manole, 1996. Acesso em 12/09/2018.

CUTSON TM, Bongiorno D, el al. **Early management of elderly dyvascular below-knee amputes.** P4-5 J Prothet Orthot, 1996. Disponível em: https://journals.lww.com/jpojournal/Abstract/1994/00630/Early_Management_of_Elderly_Dysvascular_Below_Knee.2.aspx. Acesso em 12/09/2018.

FICHER, el al. **Abortion and self-determination,** 1991. P8-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11656127> . Acesso em 13/09/2018.

FRANK JL, Herdon JH. **Psychiatric orthopedic liarsion in the hospital management of the amputee war casualty.** Int J Psychiatr Med. p7-8, 1974. Disponível em:

<https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/469385/>. Acesso em 12/09/2018.

GIRAUX, P. e Sirigu, A. **Ilusory movements of the paralyzed limb restore motor cortex activity**. Lyon: Institut des Sciences Cognitives, p12-13. CNRS, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14597303> . Acesso em 13/09/2018.

HELM et al. **Function after lower limb amputation**. Department of Orthopedics, Hvidovre Hospital, Copenhagen, Denmark, p19-18. 1986. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3109/17453678609000891> . Acesso em 15/09/2018.

KALAPATAPU V, Mills LJ, Eidt JF. **Lower extremity amputation**. p6-7. Uptodate 2012. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/lower-extremity-amputation> . Acesso 19/09/2018.

LF Almeida, Camargos, GV, Corrêa CL. **Mudanças reorganizacionais nos córtices somatossensorial e motor em amputados: revisão da literatura**. Rev Neuroc, p2-3, 2009. Disponível em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/12.pdf> . Acesso em 15/08/2018.

LIMA K. B. B., Chamlian T. R., Masiero D. - **Dor fantasma em amputados de membro inferior como fator preditivo de aquisição de marcha com prótese**. p4-5. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102743> . Acesso em 17/09/2018.

LUCCIA, Nelson, Silva, Erasmo Simão. **Aspectos técnicos das Amputações dos Membros Inferiores**. Maceió, p7-8. 2003. Acesso em 12/09/2018. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/aspectos-tecnicos-da-amputacao.pdf> . Acesso em 13/09/2018.

MACHADO, Aguiar FC, Lobo JEO, Miranda LCG, Costa J. **Dor em membro fantasma de longa duração: relato de caso**. P4-5 Rev. Dor. 2009. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=472 . Acesso em 19/09/2018.

MAFFEI, Francisco. **Doenças vasculares Periféricas**, p464-465, 1995. Disponível em: <https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/maffeiamostras> . Acesso em 24/09/2018.

Ministério da Saúde. Brasília. **Diretriz de Atenção à pessoa amputada**, p3-4 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf . Acesso em 20/09/2018.

NIKOLAISEN L, Jensen TS. **Phantom limb pain**. Br J Anaesth, p5-6, 2001. Disponível em: <https://www.webmd.com/pain-management/guide/phantom-limb-pain> . Acesso em 20/09/2018.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004. Acesso em 12/09/2018.

PROBSTNER. D; THULER. C; **Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros: revisão de literatura**. Revista Brasileira de Cancerologia, p12-13. 2006. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v04/pdf/revisao_literatura5.pdf . Acesso em 15/09/2018.

QUADROS, Lúcia. **A prevalência e a repercussão psicológica e funcional da dor e sensação fantasma na amputação do membro inferior por isquemia avançada**. Mestrado em Ciências da Dor. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, p12-13. 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1977> . Acesso em 12/09/2018.

ROHLFS, A e Zazá, L. **Dor fantasma**. Universidade federal de Minas Gerais, 2000.

SAKAMOTO, Hatsue (1995) Revista Fisiátrica: **Dor pós-amputação - abordagem terapêutica**, p6-7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/101944> . Acesso em 15/08/2018.

SAMPOL, V.A **A protetização no membro inferior**. Revista Fisio&Terapia. n.5. Out/Nov 2007, disponível em: <HTTP://www.vitalsampol.com.br/artigos/artigo16-30/artigo19.html> . Acesso em 12/08/2018.

SCHILDER, P. (1989). **A imagem do corpo: As energias construtivas da psique**. São Paulo: Editora Martins Fontes, p8-9. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/13586/10093> Acesso em 10/08/2018.

SOUZA, et al. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento**. São Paulo: 2. ed. Manole, 2004.

Spichler D, Miranda F Jr, Spichler ES, Franco LJ. **Amputações maiores de membros inferiores por doença arterial periférica e diabetes melito no município do Rio de Janeiro**. J Vasc Bras. 2004;3(2):111-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v16n1/1677-5449-jvb-16-1-16.pdf> . Acesso em 19/09/2018.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “**ANÁLISE DA SÍNDROME DE DOR FANTASMA EM PACIENTES AMPUTADOS TRANSFEMORAIS E TRANSTIBIAIS**”, em virtude de participar de uma pesquisa, coordenada pelo (a) Professor (a) Carlos Tanaka e contará ainda com os alunos de graduação de fisioterapia: Elizandra Aparecida de Oliveira e Manuelle Thais Baron do Nascimento.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a FAG ou com o Centro de Reabilitação da FAG.

Os objetivos desta pesquisa são: avaliar participantes submetidos à amputação em membros inferiores, através de um questionário de qualidade de vida e um outro questionário de dor. Com a amputação de MMII através destes questionários iremos saber como está a saúde do participante e se sente algum desconforto/ dor fantasma no membro e o quanto interfere em suas atividades de vida diária (AVD’S). Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: responderá a dois (2) questionários, sendo que o Questionário de Dor é composto por 5 perguntas para serem marcadas de acordo com o que participante sente, e um outro questionário de Qualidade de Vida composto por 11 perguntas para serem marcadas referente à sua saúde. O tempo previsto para a participação das avaliações é aproximadamente vinte minutos.

Caso haja alguma intercorrência durante a entrevista, a equipe multiprofissional da unidade será acionada e você será atendido (a) imediatamente.

Os benefícios relacionados ao estudo são: esclarecimentos teóricos sobre a Síndrome de Dor Fantasma em MMII, suas alterações comuns, cuidados gerais de prevenção de complicações, análise da qualidade de vida e percepção do potencial de cada participante.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal.

Qualquer gasto financeiro da sua parte não será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Pesquisador Responsável: Carlos Tanaka

Endereço: Av. das Torres, 500 - Loteamento Fag, Cascavel - PR, 85806-095

Telefone: (45) 3321-3858

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do participante da pesquisa: _____

Assinatura do participante da pesquisa: _____



FACULDADE ASSIS
GURGACZ/PR



Informações – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz
Avenida das Torres 500 – Bloco 4 – Bairro FAG
Cascavel-Paraná CEP: 85806-095
Tel.: (45)33213791
Coordenadora: Prof^a. Andressa Almeida
Email: comitedeetica@fag.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA SÍNDROME DE DOR FANTASMA EM PACIENTES AMPUTADOS
TRANSFEMORAIS E TRANSTIBIAIS

Pesquisador: CARLOS EDUARDO YUKIO TANAKA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91574318.9.0000.5219

Instituição Proponente: FACULDADE ASSIS GURGACZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.788.296

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada ANÁLISE DA SÍNDROME DE DOR FANTASMA EM PACIENTES AMPUTADOS

TRANSFEMORAIS E TRANSTIBIAIS sob responsabilidade do pesquisador CARLOS EDUARDO YUKIO TANAKA e número de CAAE 91574318.9.0000.5219 ENCONTRA-SE DE ACORDO com as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme normativas do Sistema CEP/CONEP. A equipe da pesquisa respeita os participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados, bem como, descreve que oferecerá o suporte necessário em eventual risco.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa ANÁLISE DA SÍNDROME DE DOR FANTASMA EM PACIENTES AMPUTADOS TRANSFEMORAIS E TRANSTIBIAIS é analisar o índice de dor fantasma e qualidade de vida em pacientes amputados dos MMII.

A pesquisa é um estudo transversal exploratório, com coleta de dados em questionários oferecidos aos participantes que estiverem presentes em um Centro de Reabilitação e justifica-se pela necessidade de investigar o estado dos pacientes amputados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa ENCONTRA-SE DE ACORDO a resolução 466/12 quanto aos Riscos e Benefícios conforme o item I.3 - assistência ao participante da pesquisa:

II.3.1 - Assistência imediata - é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e

II.3.2 - assistência integral - é aquela prestada para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa;

II.4 - benefícios da pesquisa - proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa.

De acordo com o informado no projeto de pesquisa a coleta de dados possui como risco constrangimento e desconforto durante a entrevista.

Os benefícios ao participante são esclarecimento da Síndrome de Dor Fantasma em MMII, suas alterações comuns, cuidados gerais de prevenção e complicação, análise de qualidade de vida e percepção potencial de cada paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa enviada a este CEP possui relevância social e de saúde pública ao investigar as queixas dos pacientes amputados, procurando trazer dados que gerem medidas de apoio e melhora da vida dos mesmos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram corretamente anexados e ESTÃO DE ACORDO com os critérios éticos exigidos. As autorizações estão assinadas e carimbadas e o TCLE contempla todos os itens exigidos, sendo claro, objetivo e informativo quanto aos procedimentos que serão realizados durante a coleta de dados.

Recomendações:

Recomenda-se que o pesquisador siga fielmente os procedimentos metodológicos descritos no

projeto, bem como envie relatório final ao término da pesquisa. Caso haja alguma modificação no projeto, este CEP deverá ser informado por meio de emenda.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Esta pesquisa encontra-se APROVADA e não possui pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Continuação do Parecer: 2.788.296

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1147476.pdf	11/07/2018 12:53:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projet.pdf	11/07/2018 12:50:39	MANUELLE THAIS BARON DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	11/07/2018 12:50:24	MANUELLE THAIS BARON DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20180612192043253.pdf	12/06/2018 20:51:11	MANUELLE THAIS BARON DO NASCIMENTO	Aceito
Folha de Rosto	doccc.pdf	05/06/2018 23:18:35	MANUELLE THAIS BARON DO NASCIMENTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQ.pdf	29/05/2018 19:12:02	MANUELLE THAIS BARON DO NASCIMENTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 27 de Julho de
2018

Assinado por:
Thayse Dal Molin Alérico
(Coordenador)

ANEXO 2

PARTICIPANTE: _____ **DATA:** __/__/__
IDADE: ____ **SEXO:** ____
TIPO DE AMPUTAÇÃO: () Transfemoral () Transtibial **Causa:** _____

QUESTIONÁRIO DE DOR MODIFICADO

Responda, por favor às seguintes questões colocando uma cruz à frente de cada resposta.

Irá utilizar uma escala para medir a sua dor. Vou explicar como funciona a escala:

A escala é uma régua graduada com 10 números de 1 a 10 (0- sem dor nenhuma; 10- a pior dor que se possa imaginar sentir). O que se pretende é que dê um valor (um número de 1 a 10) à dor que sentiu ou que sente neste momento.

Considere que:

Dor fantasma é definida como uma sensação dolorosa de partes do membro já não existentes, portanto uma dor em partes do membro que já não existem.

Sensação fantasma é definida como uma sensação não dolorosa de partes do membro já não existentes, como se tivesse a noção de que o membro amputado ainda existisse.

Responda:

1- Teve dor antes da cirurgia: amputação? () SIM () NÃO

Se SIM, onde é localizado? () em todo o membro () pé () pé e tornozelo () perna

Como era essa dor? () facada () agulhas () aperto () queimadura

Que número dá à dor que sentiu, numa escala de 0 a 10? _____

2- Teve dor “tipo fantasma” a seguir à amputação? SIM () NÃO()

Se SIM, onde é localizado? () em todo o membro () pé () pé e tornozelo () perna

Como era essa dor? () facada () agulhas () aperto () queimadura

Que número dá à dor que sentiu, numa escala de 0 a 10? _____

3- Teve “sensação de membro fantasma” na semana após a amputação? SIM() NÃO ()

Se sim, onde eram referidas a “sensação fantasma”? em todo o membro () pé() pé e tornozelo () perna ()

Como era a sensação tipo membro fantasma? Como se o membro amputado ainda existisse (sensação de tamanho e volume do membro), como apresenta? () membro todo fletido () joelho fletido () pé fletido

4- Neste momento tem sensação tipo membro fantasma? () SIM () NÃO

Se sim, onde é localizado? () em todo o membro () pé () pé e tornozelo () perna

Como é essa dor? () facada () agulhas () aperto () queimadura

Que número dá à dor que sentiu, numa escala de 0 a 10? _____

5- Qual foi o tempo de início da sensação fantasma? () logo após a cirurgia () 24 horas () 48 horas () 72 horas ()__ horas.

6- Quando começou iniciou alguma medicação? () SIM () NÃO

Se sim, qual o medicamento, a dose por dia, ritmo do dia? _____

Quanto tempo tomou essa medicação? _____