

# ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR: Um Estudo de Caso

**Juliane Elis Both<sup>1</sup>**  
**Marcio Rossato Badke<sup>2</sup>**  
**Nadieli Daandels<sup>3</sup>**  
**Débora Rosina Hepp<sup>4</sup>**  
**Adriane Marines Santos<sup>5</sup>**

## RESUMO:

A amputação, que consiste na remoção parcial de um órgão/membro, tem ocorrido mais frequentemente do que se imagina. Contudo, sabe-se que a amputação representa uma perda de autonomia do sujeito, pois ele passa a depender de familiares para inúmeras atividades. Uma alternativa encontrada são as próteses, que visam compensar a perda do membro. Portanto o objetivo do presente estudo consiste em analisar a história clínica de um paciente internado em um hospital de médio porte do Norte do Rio Grande do Sul. O caminho metodológico utilizado foi o estudo de caso, de um paciente internado por amputação decorrente de acidente de trânsito. Pode-se verificar durante este estudo, a importância do apoio psicológico e da comunicação com o paciente, mesmo sedado, além da importância de apresentar alternativas para o retorno ao domicílio desse paciente.

**Descritores:** Enfermagem; Amputação; Autocuidado; Cuidado; Assistência de Enfermagem.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. RS/Brasil. Bolsista PET. E-mail: julianeelisboth@hotmail.com.

<sup>2</sup> Professor Mestre da USFM/CESNORS. Coordenador da pesquisa. E-mail: marciobadke@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. RS/Brasil. E-mail: nadielidaandels@hotmail.com

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. RS/Brasil. E-mail: dedinha.hepp@hotmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira, Especialista em UTI. Coordenadora da UTI do Hospital de Caridade de Três Passos. E-mail: dhiessen@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

As amputações caracterizam-se pela remoção de um órgão/membro ou parte dele, situado na extremidade do corpo humano. As causas mais comuns de amputações dos membros inferiores e superiores são de cunho vascular, tumores e traumas decorrentes de acidentes em diversas situações, sendo que principalmente os de origem traumática podem ocorrer em qualquer faixa etária.

Segundo Smeltzer et. al (2009) a amputação é usada para melhorar a função, aliviar sintomas, e o mais importante, salvar a vida do paciente ou melhorar sua qualidade de vida. Por isso não devemos considerá-la como o fim de alguma coisa e sim o início de uma nova fase, que necessita de adaptações. Hemorragia, infecção, ruptura da pele, dor de membro fantasma e contratura articular são algumas das complicações possíveis de uma amputação. Como pode haver uma ruptura de grandes vasos sanguíneos o sangramento maciço pode acontecer. Infecção é um risco em qualquer procedimento cirúrgico, mas no caso de amputação traumática esse risco aumenta se existirem feridas contaminadas. A dor de membro fantasma é causada pela secção dos nervos periféricos, caracterizando-se por uma sensação da presença do membro ou do órgão após sua amputação, sendo referida na parte amputada do membro. Os mecanismos pelos quais a dor fantasma ocorre ainda não foram identificados, porém tem sido associada aos transtornos psicológicos. (TEIXEIRA, IMAMURA, PEÑA CALVIMONTES, 1999).

As amputações costumam retrain a autonomia das pessoas, tornando-as dependentes de outrem. Assim, elas precisam de força e incentivo para que busquem a autonomia, permaneçam a realizar as atividades que lhe promovam prazer e para re-ocupar seus espaços na sociedade.

Conforme Chini (2005), a percepção desfavorável da auto-imagem pode gerar sentimentos de inferioridade e ansiedade, além de afetar a capacidade para o autocuidado adequado. Tais sentimentos devem ser amenizadas pelos profissionais de saúde através do estímulo do auto-cuidado. Onde o pacien-

te é encorajado a ser um participante ativo no auto-cuidado, sem ser apressado para executar tarefas, estar em um ambiente relaxado com pessoas que o apoiem e incentivem lhe dando toda a independência (tomar banho, vestir-se, alimentar-se) prestando assistência apenas quando necessário.

Segundo Paiva e Goellner (2008), para muitos pacientes, a perda de um membro é um processo doloroso e inesperado. O coto, decorrente da amputação passa a estar sempre presente, trazendo a lembrança continuamente, a parte do corpo que estava presente, representando a morte de uma parte do corpo.

Contudo, a tecnologia sempre inovadora, traz ao mercado, novas alternativas, como o corpo protetizado. Como tais instrumentos não são naturais do corpo, são vistos como um agente estranho, necessitando por isso de um processo de adaptação. Assim é importante prestar apoio ao paciente, pois o desconhecido gera medo e incertezas. As próteses consistem em acessórios versáteis que foram acoplados aos seus corpos, objetivando, definitivamente ou temporariamente, solucionar a deficiência presente. Esta experiência pode ocasionar no indivíduo, uma série de sensações, fazendo-se assim necessário o constante apoio da equipe de saúde. (PAIVA e GOELLNER, 2008)

Desta forma o objetivo deste trabalho consiste em analisar a história clínica de um paciente internado em um hospital de médio porte do Norte do Rio Grande do Sul.

## METODOLOGIA

Este estudo possui caráter descritivo, uma vez que consiste de um estudo de caso, acerca da história clínica de um paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva após sofrer um acidente automobilístico, resultando em amputação do membro superior direito. Sendo assim, para a realização deste relato, foi necessário o aceite voluntário do paciente, no caso, familiar responsável, pois o mesmo encontrava-se sedado. Como o familiar permitiu a realização deste estudo de caso, o mesmo assinou o Termo Con-

sentimento Livre e Esclarecido, do qual uma cópia ficou em mãos dos autores e outra foi entregue ao familiar, visando poder-se utilizar as fotos.

Para a realização deste estudo foram seguidos os preceitos éticos conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo a identidade e privacidade do paciente e assegurado ao mesmo que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Como este estudo constitui-se em um estudo de caso, realizado durante as atividades práticas da Disciplina de Cuidado ao Adulto Crítico, apresentando a história clínica de um paciente, este não foi enviado ao Comitê de Ética da Universidade.

Desta forma, este estudo proporciona maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes com amputações de membros.

O estudo de caso pode ser considerado uma forma de pesquisa qualitativa, porém é usado mais como uma forma pedagógica que para pesquisa propriamente dita. Assim, o estudo de caso consiste em organizar dados de caráter unitário do objeto estudado. Durante este estudo o paciente será chamado de FORÇA, como forma de manter o anonimato do sujeito pesquisado.

Para apresentar-se os resultados realizou-se uma revisão bibliográfica e fez-se uso da observação e acompanhamento detalhado do paciente, além da consulta ao prontuário. Também realizou-se o curativo do membro sendo avaliado o processo de cicatrização e o estado da lesão. As informações obtidas foram estudadas, discutidas e comparadas com a literatura, afim de possibilitarem a construção do conhecimento.

## RESULTADOS

FORÇA interna pós-acidente automobilístico, com capotagem, resultando em esmagamento do membro superior direito. Como conduta médica, foi optada pela amputação do membro. FORÇA ainda apresentava-se com choque hemodinâmico e foi utilizada a ventilação mecânica para tratar o choque.

Após o procedimento cirúrgico FORÇA é internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), do referido hospital. O mesmo encontrava-se sedado no leito, fazendo uso de Sonda Nasoentérica, pela qual recebia a alimentação, tubo orotraqueal com Ventilação Mecânica tipo PCV (ventilação com pressão controlada— na qual a frequência respiratória é determinada pelo ventilador), acesso em jugular direita e acesso venoso central pelos quais recebia soluções, inclusive a sedação.

No sexto dia de internação, na UTI, FORÇA continuava respirando pelo ventilador mecânico, do tipo PCV. Durante a realização do curativo do coto, percebe-se presença de grande quantidade de exsudato fétido e hiperemia local, sendo aberto um ponto para que a secreção pudesse drenar com maior facilidade.

A aspiração do tubo no oitavo dia apresentava muita secreção de aspecto serosanguinolento, sem odor, já no nono dia a secreção era amarela clara, espessa.

No nono dia de internação a realização do curativo do coto, apresentava-se praticamente limpa, com pequena área com secreção, em bom processo de cicatrização.

Na avaliação tissular o paciente encontra-se em anasarca, com pele hiperemiada, decorrente das medicações, porém continuava apresentando pulso pedioso. Quanto à avaliação pupilar, suas pupilas estavam fotoreagentes e isocóricas.

Na avaliação pela escala de Glasgow, utilizada para pacientes críticos que apresentam alguma alteração no Sistema Nervoso Central, que atingem o nível de consciência, foi obtida pontuação 7, no sétimo dia de internação, o que representa coma, segundo Smeltzer et. al, 2009.

Além da Escala de Glasgow, para a avaliação neurológica, também é utilizada a Escala de Ramsay, que tem por objetivo avaliar o grau de sedação de um paciente em uso de fármacos sedativos. De acordo com Mendes et. al (2008), o nível de sedação, segue a numeração de 1 a 6 para determinar graus de ansiedade, agitação ou ambas, até coma irresponsivo.

O paciente recebia até o nono dia, dieta rica em fibras, orientado manter cabeceira do leito elevada. Indicada a aspiração de secreção do tubo sempre que necessário e cuidados com a Ventilação Mecânica. Dentre as medicações estão Plasil (anti-emético), Dipirona (Analgésico/Antitérmico), Ranitidina (anti-ulceroso), Tramal (Analgésico), Tilatil, Clindamicina (antibiótico), Dimorf (analgésico), Omeprazol (protetor gástrico), Meropenem (antibiótico), Vancomicina (antibiótico), Midazolam (sedativo), Lasix (diurético) e Heparina (anticoagulante) (GUIA DE REMÉDIOS 2010/2011).

Sabe-se que o ser humano possui uma clara necessidade de estar se comunicando continuamente, assim o paciente internado, mesmo estando sedado necessita ouvir uma voz, saber quem mexe em seu corpo. Conforme Zinn, Silva e Telles (2003), a comunicação depende do grau de sedação, sendo que em um grau profundo a mesma pode ser prejudicada ou difícil. Entende-se que a dúvida se o paciente está ou não ouvindo pode ser fator que interfere no grau de comunicação do enfermeiro. É importante que a comunicação tanto verbal quanto não verbal, esteja presente em todos os momentos.

É importante estimular a comunicação da família com o paciente, incentivando-a trazer notícias positivas ao paciente internado, para fornecer assim, apoio psicológico para enfrentar essa fase da vida.

O paciente encontrava-se com resposta ocular, quando realizado estímulo verbal:

Força se você me escuta abra os olhos! Ele abriu.

Força: Se você tem dor abra e feche os olhos! Ele abriu e fechou.

Dessa forma, evidencia-se a importância da comunicação com o paciente mesmo sedado, pois ele ouve tudo que é falado ao lado de seu leito. Comprova-se assim a necessidade de passar vibrações positivas, demonstrar carinho, amor, saudade e estimular o paciente a pensar nas coisas boas que sua vida tem, do lado de fora do hospital.

Já no 11º dia de internação, FORÇA deixou a ventilação mecânica, porém permanece apresentando farmacodermia, fazendo uso portanto de Polaramine (antialérgico) e Hidrocortisona (antiinflamatório) (GUIA DE REMÉDIOS-2010/2011). Encontra-se lúcido, ori-

entado e comunicativo, aceitando bem a dieta por via oral. Também apresentou diminuição do edema. O curativo do coto, apresentando bom aspecto de cicatrização, com discreta hiperemia local e calor.

## DISCUSSÃO

É importante saber que qualquer pessoa que sofre a perda de um membro necessita de apoio psicológico, pois, por muitas vezes o indivíduo pode não se conformar com a perda, passando a mesma a ser vista como uma deficiência. O indivíduo sente-se incapaz de lidar com algumas situações, toma algumas atividades como restritas, como uma perda de atividade, uma seqüela. O sujeito com o membro amputado considera que a sociedade o vê como um sujeito pobre, que nunca mais será o que foi, que não terá o que ele perdeu de volta, um deficiente, um dependente (COSTA). Os outros passam a ver o sujeito com o membro amputado como diferente, e por muitas vezes as relações também variam.

A dor fantasma pode se tornar presente logo após a cirurgia ou 2 a 3 meses depois da amputação. Normalmente o paciente descreve dores ou sensações incomuns, como dormência, formigamento ou câimbras, assim como uma sensação de que a parte do membro está presente, mas está esmagada, enrijecida ou torcida em uma posição anormal. Tais sensações tendem a diminuir com o tempo e sempre que descrita por um paciente a enfermeira deve reconhecê-la e através de técnicas de distração e atividades, ajudar o sujeito a modificar essas percepções. (Brunner e Suddarth, 2009)

A ventilação mecânica consiste em um método para proporcionar a ventilação do paciente que está com dificuldades para respirar. Consiste em 1 segundo para inspirar e 3 segundos para expirar. Quando o paciente apresenta  $O_2$  em 50% começa-se a pensar em desmame. É rotina do hospital que em todo paciente entubado seja instalada um sonda nasogástrica para além de fixar a sonda impedir, no caso de epistaxe, a aspiração dessa para o pulmão. O balonete do tubo tem como funções fixação da sonda e evitar que comida siga para a árvore traqueobrônquica. É importante ressaltar que todo o

paciente com tubo tem uma predisposição à pneumonia, uma das alternativas para minimizar esta consiste em manter a cabeceira elevada.

Segundo Teixeira et. al 2004, a pneumonia decorrente da ventilação mecânica é uma das maiores causas de infecção em UTI's. este fenômeno ocorre porque os mecanismos de defesa das vias aéreas superiores (VAS) estão diminuídas pelo fato, da intubação reduzir a eficácia das defesas nasais e pulmonares (SAFAR & CAROLINE, 1982). Assim a pneumonia associada a ventilação mecânica é considerada uma resposta inflamatória do hospedeiro à multiplicação incontrolada de microorganismos invadindo as vias aéreas distais (MEDURI, 1993).

## CONCLUSÃO

Dessa forma, entende-se a amputação como um processo dolorido, que necessita de constante apoio do familiar, da equipe e de incentivo para superar essa perda. Incentiva-se a busca pelo apoio psicológico para aceitar a mudança súbita na imagem corporal e para lidar com os estresses da hospitalização, reabilitação prolongada e modificação do estilo de vida, pois as dificuldades de adaptação nesse período são inúmeras. Contudo para o paciente compreender e aceitar sua nova situação pode-se necessitar de muito tempo, por isso, necessita-se de alternativas que o estimulem. Uma equipe multidisciplinar deve ajudar o paciente a obter um bom nível de desempenho e de participação nas atividades da vida, um exemplo na aceitação de sua perda e também no aprendizado do uso da prótese.

Enquanto acadêmicos de enfermagem, podemos afirmar que a amputação constitui-se em um processo que necessita de acompanhamento, e que ainda gera muitas indagações, fato este que nos levou a publicar este estudo de caso, visando possibilitar a construção de mais conhecimentos nessa área, maximizando assim, os cuidados que estes pacientes exigem.

## REFERÊNCIAS

COSTA, VA Diferença, desvio, preconceito e estigma: a Questão da deficiência. Disponível em: <http://www.asdef.com.br/innova/assets/artigos/historia011.pdf>. Acesso 25 de maio de 2011.

CHINI, G. C.O. A amputação sob uma perspectiva fenomenológica. Ribeirão Preto-SP, 2005. 138p. **Dissertação de Mestrado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP.** Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Orientadora: Boemer, Magali Roseira. Disponível em: < [http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=CHINI+2005%2C+artigo+percep%C3%A7%C3%A3o+desfavoravel&btnG=Pesquisar&lr=&as\\_ylo=&as\\_vis=0.](http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=CHINI+2005%2C+artigo+percep%C3%A7%C3%A3o+desfavoravel&btnG=Pesquisar&lr=&as_ylo=&as_vis=0.)>. Acesso em 10 de junho de 2010.

**GUIA DE REMÉDIOS 2010/2011.** Editora SCALA 2010.

MEDURI, G.U. Diagnosis of ventilator associated pneumonia. **Infect. Dis. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 295-329, Jun. 1993

MENDES, CL et. al. **Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos.** Rev. bras. ter. intensiva vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008

PAIVA, LL. GOELLNER, SV. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO** v.12, n.26, p.485-97, jul./set. 2008 <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a03.pdf>

SAFAR, P.; CAROLINE, N. Insuficiência respiratória aguda. In: SCHWARTZ, G.R. **Emergências médicas.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1982. Cap. 3, p. 50-97.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G; HINKLE, Janice L; CHEEVER, Kerry H. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica.** Volume 4. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2009.

TEIXEIRA, M.J., IMAMURA, M., PENÃ CALVIMONTES, R.C. Dor fantasma e no coto de amputação. **Rev. Med., São Paulo**, v.78 (2 pt.2) p.192-6, 1999

TEIXEIRA, PJZ et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da

multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade. **J Bras Pneumol;** v. 30 n.6 p.540-48 2004

ZINN GR, SILVA MJP, TELLES SCR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev Latino-am Enfermagem** maio-junho; v. 11 n.3 p.326-32. 2003 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16542.pdf>

