

PERFIL CLÍNICO DE AMPUTADOS DE MEMBRO INFERIOR PROVENIENTES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA PERCEPÇÃO SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE

Clinical profile of lower extremity amputees registered with the Family Health Program and their perception of the health service

Clébya Candeia de Oliveira Marques¹, Lígia Raquel Ortiz Gomes Stolt²

RESUMO

O termo amputação designa a retirada ou ausência, total ou parcial, de um segmento corporal. Fatores como idade, etiologia, nível da amputação, início da reabilitação, complicações clínicas e nível socioeconômico interferem na reabilitação dos amputados. Diante disso, esse estudo visa verificar o perfil clínico de amputados de membro inferior provenientes das Unidades de Saúde da Família que atendem ao bairro José Américo em João Pessoa/PB, além de investigar o esclarecimento desses em relação aos serviços oferecidos nessas unidades e sua utilização pelos mesmos. Participaram desse estudo, 13 amputados de membro inferior cadastrados nas cinco Unidades de Saúde da Família do bairro em estudo. Para coleta de dados, foi aplicada uma ficha de avaliação semiestruturada, visando obter o perfil clínico dos sujeitos e caracterizar seu acesso à Atenção Básica. Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram orientados em relação a cuidados básicos com o coto. Os dados obtidos foram tabulados e analisados descritivamente. Houve variação em relação ao nível de escolaridade e ocupação dos sujeitos. A maioria das amputações é decorrente de diabetes, seguida pelos problemas vasculares e os níveis predominantes foram transfemorais e de dedos. Doze dos treze sujeitos relataram apresentar problemas no coto, porém apenas metade dos sujeitos realizou algum tipo de tratamento para resolução destes. A maioria dos sujeitos não possui prótese. Doze dos amputados utilizam os serviços da USF, dez destes estão satisfeitos com os serviços prestados e a maioria considera difícil o deslocamento até a Unidade de Saúde da Família. Foi possível traçar um perfil da amostra, verificando-se a importância do acompanha-

ABSTRACT

The term amputation means the removal or absence, total or partial, of a body segment. Factors such as age, etiology, level of amputation, start of rehabilitation, clinical complications, and socio-economic status influence the rehabilitation of amputees. Therefore, this study aims to determine the clinical profile of lower extremity amputees registered in the five Family Health Units that attend the Jose Américo neighborhood in the city of João Pessoa, Pernambuco, and to investigate their observations in relation to the services offered in these units and their use of the services. The participants of this study were 13 lower extremity amputees registered in the five Family Health Units of the neighborhood under study. For data collection, a semi-structured evaluation form was applied to obtain the clinical profile of the subjects and to characterize their access to Primary Care. All the subjects had signed an informed consent and had been instructed in relation to basic care of the residual limb. The collected data were tabulated and analyzed descriptively. There was variation in relation to the education level and occupation of the subjects. Most of the amputations are due to diabetes, followed by vascular problems. The predominant levels were transfemoral and fingers. Twelve of the thirteen subjects reported having problems with the residual limb, however only half of the subjects took some type of treatment to resolve this. Most of the subjects did not have any prosthesis. Twelve of the amputees use the services of the Family Health Units, ten of them are satisfied with the services provided, and most of them find it difficult to shift to the Family Health Unit. It was possible to outline a profile of the sample, verifying the importance of continuously monitoring the general

¹ Clébya Candeia de Oliveira Marques, Especialista em Residência Multiprofissional Hospitalar com Ênfase na Atenção à Saúde cardiovascular do Adulto - Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba, UFPB. E-mail: clebyacandeia@yahoo.com.br

² Lígia Raquel Ortiz Gomes Stolt, Mestra em Ciências do Movimento Humano - Universidade do Estado de Santa Catarina, UDESC. Professora Assistente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba, UFPB

mento contínuo do estado geral de saúde dessa população no nível de Atenção Básica, onde a maioria da amostra é acompanhada e utiliza os serviços prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Amputados; Perfil de Saúde; Atenção Básica à Saúde.

INTRODUÇÃO

O termo amputação designa a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial, de um segmento corporal.^{1,2} Além disso, algumas pessoas nascem com a ausência (agenesia) de membros³ e outras ainda apresentam a necessidade de amputação como alternativa de tratamento para malformações congênicas com deformidades complexas.⁴

Nas amputações de membros inferiores, encontram-se etiologias relacionadas a processos vasculares, neuropáticos, traumáticos, tumorais, infecciosos, congênicos e iatrogênicos. Essas amputações podem ter sido decorrentes de cirurgias tanto de urgência quanto eletivas.¹

A amputação de membros tem uma incidência mundial de mais de 1 milhão de casos ao ano.⁵ No entanto, este número tende a cair, se realizada a prevenção e o tratamento precoce correto no caso das amputações com indicações eletivas. Por outro lado, tende a aumentar, considerando o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, maior prevalência das síndromes plurimetabólicas (Diabetes Mellitus, obesidade, entre outros), menor qualidade de vida e maior risco de doenças.

Inúmeras vezes, esse procedimento é decisivo para salvar a vida do doente e melhorar sua qualidade de vida.^{1,5,6} Entretanto, frequentemente, esse procedimento deixa o indivíduo marcado socialmente, pois os amputados trazem inscrites em seus corpos sinais que os tornam diferentes, algumas vezes, sendo identificados como imperfeitos e incapazes.³ Contudo, aquele paciente que considera a amputação uma nova oportunidade de vida tende a ter mais sucesso no processo de adaptação ao novo corpo.⁷

São de extrema relevância estudos que abordem a incidência e o perfil dos pacientes submetidos às amputações, visto que este mudou muito nos últimos anos, devido à evolução técnico-científica tanto nos tratamentos conservadores quanto cirúrgicos das patologias/condições que podem levar à amputação.^{5,6} Entre os fatores que interferem na reabilitação dos amputados, destacam-se: idade avançada; etiologia e nível da amputação; tempo de evolução entre a amputação e o início da reabilitação; complicações clínicas e nível socioeconômico.⁸ Daí a importância de se

state of health of this population at the Primary Care level, where the majority of the sample are monitored and use the services provided.

KEY-WORDS: Amputees; Health Profile; Primary Health Care.

investigar o perfil clínico e epidemiológico dessa população de pacientes.

Com base nessas informações, verifica-se a necessidade desses pacientes receberem os cuidados oferecidos em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo o nível de Atenção Básica (AB), no qual é possível caracterizar mais fidedignamente a prevalência e perfil de amputados da área adscrita. Dessa forma, é possível realizar pesquisas junto à Unidade de Saúde da Família (USF), a qual atua em território de abrangência definida e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área.⁹

A USF está inserida na AB, vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos, às famílias e à comunidade. Considera-se que, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), é possível realizar o mapeamento local de indivíduos amputados, os quais podem referir mudanças no seu deslocamento e necessidades de assistência à saúde após a amputação.

Esse estudo visa verificar o perfil clínico de amputados de membro inferior provenientes das USFs que atendem ao bairro José Américo em João Pessoa/PB, além de investigar o esclarecimento desses em relação aos serviços oferecidos na USF e sua utilização pelos mesmos.

MÉTODOS

Participaram desse estudo quantitativo, de delineamento transversal, 13 sujeitos submetidos à amputação de membro inferior, que correspondem à totalidade dos sujeitos cadastrados nas cinco USFs do bairro José Américo da cidade de João Pessoa/PB, a saber: 1) USF José Américo I; 2) USF José Américo II; 3) USF José Américo III; 4) USF Laranjeiras e 5) USF Colibris. Entre eles, seis mulheres e sete homens, com média de idade entre 59 e 75 anos e cognitivo preservado. A amostra pesquisada corresponde à totalidade dos sujeitos submetidos à amputação de membro inferior e cadastrados no bairro supracitado.

Os sujeitos foram intencionalmente selecionados a partir de consulta aos prontuários das USF. Apenas participaram do estudo os que voluntariamente assinaram o

termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Foram excluídos indivíduos que se encontravam cadastrados nas USF, porém não foram encontrados por terem se mudado para outras áreas.

Este estudo foi pré-aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo de nº 237/2009, conforme preconiza a resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para o estudo, foi utilizada uma Ficha de avaliação semiestruturada, composta por 21 questões elaboradas para obter o perfil clínico e epidemiológico dos sujeitos do estudo e o acesso e utilização dos serviços de AB pelos mesmos, com o intuito de levantar informações referentes aos dados pessoais, à amputação do sujeito, estado atual do coto de amputação, aquisição e utilização da prótese, aceitação pessoal e acessibilidade à USF local.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, realizou-se a análise de prontuários em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (documental), visando identificar os amputados cadastrados nas referidas USFs do bairro José Américo, em João Pessoa/PB. A segunda etapa constou da efetivação do contato com os amputados, convidando-os para participarem do estudo e realizando o agendamento de visita domiciliar conforme disponibilidade dos sujeitos e pesquisadores.

Durante a visita, inicialmente foram explicados os propósitos da pesquisa bem como todas as tarefas que o sujeito deveria realizar ao aceitar participar do estudo, além da necessidade de exibir a parte do corpo amputada e de assinar o TCLE. Em seguida, os sujeitos foram submetidos a uma entrevista dirigida individual, na qual responderam algumas questões referentes aos seus dados pessoais e perfil epidemiológico, utilizando-se da Ficha de avaliação semiestruturada construída para esse fim.

Ao final da entrevista, os sujeitos foram orientados em relação a cuidados básicos com o coto, higienização e enfaixamento deste. Além disso, os mesmos receberam um folder elaborado por Stolt, Calgare e Almeida¹⁰ com a mesma finalidade.

Os dados relativos ao perfil clínico e epidemiológico dos sujeitos foram tabulados no Excel, apresentados em gráficos e analisados descritivamente.

RESULTADOS

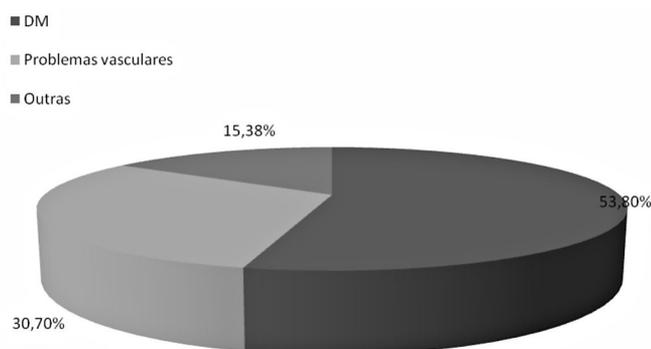
Em relação às características socioeconômicas dos indivíduos investigados, o nível de escolaridade variou desde sujeitos que não estudaram até sujeitos que concluíram o

e Ensino Médio. Além disso, a maioria (9 - 69,2%) vive exclusivamente da aposentadoria; Dois (15,4%) continuam a exercer a atividade laboral que possuíam antes da amputação e dois (15,4%), além de serem aposentados, exercem outras ocupações laborais como trabalhos manuais e atividades domésticas, consistindo em uma fonte de renda alternativa.

Ao se investigar o tempo de amputação dos sujeitos, oito (61,5%) haviam sido amputados entre um e três anos atrás; dois (15,4%) foram amputados entre três e cinco anos; dois (15,4%) foram amputados há mais de cinco anos e um (7,7%) foi amputado entre seis meses e um ano.

Quanto à etiologia da amputação, a maioria (7 sujeitos - 53,8%) a realizou por problemas decorrentes de Diabetes Mellitus (DM), seguida por problemas vasculares primários (4 sujeitos - 30,7%). Os outros dois sujeitos (15,38%) foram submetidos à amputação devido a infecções e obstrução arterial pós-trauma, respectivamente (Gráfico 1).

Gráfico1 - Causas da amputação no bairro José Américo, João Pessoa/PB, 2009.



Fonte: dados dos autores (2009)

Dos sujeitos investigados na pesquisa, cinco (38,46%) amputaram o membro inferior esquerdo; quatro (30,76%) amputaram o membro inferior direito e quatro sujeitos (30,76%) apresentam amputação bilateral de membros inferiores.

As amputações de dedos e transfemorais foram as predominantes, no presente estudo, apresentando cinco sujeitos (38,46%) cada uma; em seguida, vieram as amputações de transtibiais, com dois sujeitos (15,38%). E, por último, encontram-se as amputações de pé, em apenas um sujeito (7,69%).

Ao serem interrogados quanto à presença de problemas no coto, a grande maioria, 12 dos 13 sujeitos participantes (92,3%) relataram apresentá-los. Dentre eles, a dor fantasma foi a mais frequente (10 sujeitos), seguida por outro tipo de

dor (7), edema (5), inflamação (5), dificuldade na cicatrização (3), limitação de movimento (2), além de dormência (1) e alterações na marcha (1). Apenas um (7,69%) relatou não apresentar nenhum tipo de problema no coto.

Quando os sujeitos foram questionados a respeito da realização de algum tipo de tratamento para a resolução desses problemas no coto, seis sujeitos já haviam feito ou ainda faziam algum tipo de tratamento. Os tratamentos citados foram: realização de curativos (1), tratamento ortopédico (1), fisioterapia (1) e tratamento medicamentoso (3). Os outros seis sujeitos afirmaram que nunca realizaram nenhum tipo de tratamento, justificando esse fato devido à dificuldade em sair de casa, dificuldades financeiras, falta de orientação ou por acharem que não havia necessidade e que poderiam conviver com aquele problema.

No que concerne à amputação, a maioria dos sujeitos estudados (9 amputados - 69,2%) não possuía prótese. Estes justificaram o fato por apresentarem dificuldades financeiras, falta de orientação para adquiri-las, por acharem que não são capazes fisicamente de andar com uma prótese, e alguns disseram que não sentem necessidade do uso de uma prótese.

Dos quatro usuários de próteses, dois conseguiram a prótese exclusivamente através de recursos fornecidos pelo Sistema Público de Saúde; um adquiriu a prótese exclusivamente com recursos próprios e um conseguiu através de outras formas, em que parte da quantia financeira destinada à aquisição da prótese foi fornecida pelo Sistema Público de Saúde e a outra parte resultou de recursos próprios do usuário.

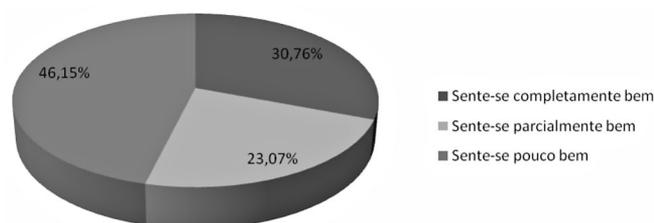
Em relação ao tempo de aquisição da prótese após a amputação, três dos quatro sujeitos protetizados adquiriram a prótese entre seis meses a um ano após a amputação; e o quarto sujeito, que sofreu amputação bilateral, adquiriu a primeira prótese em menos de seis meses e a segunda com três anos de amputação.

A frequência de uso da prótese pelos quatro usuários, no intervalo de uma semana, variou entre aqueles que sempre a utilizam e aqueles que nunca a utilizam. Os resultados revelaram que três dos sujeitos sempre utilizam a sua prótese e que um, apesar de possuir a prótese, nunca a utiliza. O motivo pelo qual este nunca utiliza sua prótese se resume ao fato da falta de adaptação da prótese ao coto.

O tempo de adaptação da prótese foi de menos de três meses para dois sujeitos estudados, um amputado unilateral e aquele que tem amputação bilateral, referindo-se a ambas as amputações; um outro sujeito se adaptou entre três e seis meses e o último amputado refere nunca ter se adaptado.

Ao se investigar a aceitação do próprio corpo por parte dos usuários, verificou-se que seis (46,15%) se sentem pouco bem em relação ao seu corpo. Esses justificaram essa posição pelo fato de sentirem dificuldades decorrentes da idade, dor e debilidade, problemas estéticos, dores de coluna, excesso de peso e falta do membro amputado; quatro dos sujeitos (30,76%) afirmaram que se sentem completamente bem em relação ao corpo. E por último, três (23,07%) relataram que se sentem parcialmente bem em relação ao corpo, pelos mesmos motivos relatados acima (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Sensação em relação ao próprio corpo em usuários no bairro José Américo, João Pessoa/PB, 2009.



Fonte: Dados dos autores (2009)

A maioria dos usuários estudados recebe a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) de sua USF pelo menos uma vez por mês e utilizam os serviços de AB oferecidos pela USF de sua localidade, totalizando 12 sujeitos (92,3%). Apenas um dos sujeitos da amostra não recebe visita do ACS de sua USF e não é usuário desses serviços, por motivos pessoais.

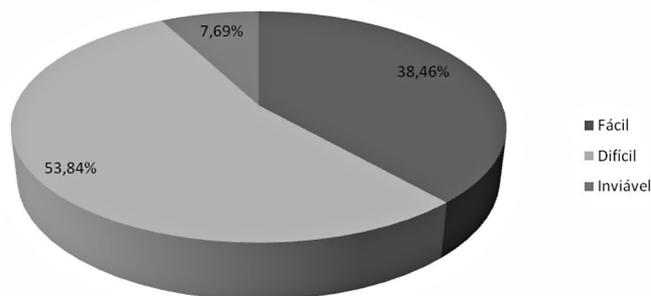
Dos usuários que utilizam os serviços da USF, 10 (83,33%) estão satisfeitos com os mesmos, enquanto dois (8,33%) não estão satisfeitos. Os sujeitos que não estão satisfeitos afirmam que o motivo de sua falta de satisfação está no fato de os serviços oferecidos serem precários, além de levarem muito tempo na prestação de soluções para os problemas dos usuários.

Em relação ao deslocamento de sua residência à USF local, cinco usuários (38,46%) classificaram esse deslocamento como sendo fácil, sete (53,84%) classificaram o deslocamento como sendo difícil e um (7,69%) disse que o deslocamento à USF era inviável (Gráfico 3).

Foram citados alguns agentes facilitadores e dificultadores que interferem no processo de deslocamento do usuário da sua residência à USF. Entre os agentes facilitadores destacam-se a proximidade, a utilização de transporte particular e as ruas pouco movimentadas e calçadas. No que se refere aos agentes dificultadores, foram citados fatores como a presença de escadas em casa, a falta de transporte,

o calçamento irregular, a falta de rampas nas calçadas, a distância e a dificuldade de adaptação com a prótese.

Gráfico 3 - Classificação do deslocamento à USF por usuários no bairro José Américo, João Pessoa/PB, 2009.



Fonte: Dados dos autores (2009)

DISCUSSÃO

No que diz respeito aos dados socioeconômicos, verificou-se, neste estudo, que a maioria dos amputados vive exclusivamente com recursos da aposentadoria. Esses dados corroboram os encontrados em outras pesquisas, em que se constatou um predomínio de aposentados (69,2%) nos 78 amputados estudados.¹¹ Além disso, como constatado nesta pesquisa, esse autor também verificou que uma menor proporção dos amputados de membro inferior (10,2%) exerce a mesma profissão que tinha antes da amputação. E, embora um pouco menos prevalentes, 3,8% dos amputados por ele estudados também exercem alguma atividade suplementar à aposentadoria.

Quanto à etiologia das amputações, os resultados do presente estudo estão de acordo com outros que encontraram em seus estudos que a maioria das amputações de MMII (70 a 80%) decorre de doença vascular periférica e/ou diabetes.¹² Os achados, embora menos prevalentes, também reforçam alguns estudos, em que a etiologia vascular foi responsável por 62,8% (49) das amputações.¹¹ Além disso, estudos dizem que, apesar das vasculopatias e Diabetes Mellitus serem os principais motivos de amputações, o trauma já é uma expressiva causa, principalmente, em pacientes jovens.⁵

Como se pôde verificar, uma grande parcela dos amputados estudados realizou amputações bilaterais, o que difere de estudos que encontraram amputação bilateral em uma menor proporção, em 22 (17%) dos pacientes diabéticos e 21 (13%) dos pacientes não-diabéticos em uma população de 133 pacientes diabéticos e 157 não-diabéticos.¹³

Os dados encontrados nesta pesquisa em relação ao nível de amputação diferiram dos constatados em pes-

quisas de outros autores, em que a amputação transtibial predominou em 90% dos pacientes diabéticos e 74% dos não-diabéticos.¹³

A dor fantasma foi o problema mais referido pela maioria dos sujeitos (83,3%), divergindo de estudos, nos quais apenas 25% dos amputados se queixaram de dor fantasma.¹⁴ Uma revisão sistemática contendo 11 trabalhos publicados entre 2000 e 2005 sobre a prevalência de dor fantasma em amputados, também verificou-se grande disparidade na prevalência de dor fantasma, variando desde 26 até 80%.¹⁵

Os mesmos autores confirmam ainda que essa variação já havia sido indicada por outros que apontam como principais fatores: a falta de conhecimento sobre o assunto por parte dos pacientes e médicos assistentes, a falta de homogeneização de critérios e instrumentos de coleta de dados que caracterizam o fenômeno e as diferentes respostas terapêuticas.¹⁵

Também citam como principais causas de complicações no coto edema, dor fantasma, inflamações, infecções, retração da cicatriz e espículas ósseas e dizem ainda que esses tipos de problemas costumam afetar o coto entre a segunda a terceira semana após o ato cirúrgico. Já os neuromas e contraturas musculares, que também estão presentes no presente estudo, acontecem mais tardiamente; enquanto a dor pode aparecer em qualquer época.¹⁶

Como se pôde constatar, apesar de a população de amputados do presente estudo ser pequena, a maioria não possui prótese, contrariando estudos em que 64,1% dos amputados de membro inferior utilizavam prótese.¹¹ Essa discrepância de resultados leva à reflexão do tipo de assistência e orientação oferecida a esta população de amputados.

Assim como no presente trabalho, em outros também foram relatados como principais obstáculos para o uso da prótese os problemas de adaptação e conforto com a mesma.¹¹ Além disso, verifica-se, na literatura, que grande parte (57%) dos amputados usuários de prótese não está satisfeita com o conforto proporcionado pela mesma, fato este que pode estar relacionado à persistência de dor, colaborando para o abandono da prótese.¹⁴

Os fatores relatados pelos amputados investigados que justificaram a dificuldade de aceitação do próprio corpo também são descritos em outras fontes, que afirmam que a alteração na imagem corporal, após uma amputação, pode acarretar ansiedade, depressão, diminuição do amor-próprio e da participação em atividades físicas, dificultando a aceitação corporal.¹⁷

Alguns pesquisadores concluíram que havia uma relação positiva entre o grau de atividade física e a imagem do corpo em amputados, o que parece contrariar os resultados do

presente estudo, visto que três dos quatro amputados que afirmaram não ter problemas em relação à própria imagem corporal não utilizam prótese e todos são aposentados, sugerindo assim que seu grau de atividade física tende a ser limitado.¹⁸

Além disso, quanto à interferência dos fatores psicológicos em relação à aceitação corporal de amputados, os estudos enfatizam que as sequelas psicológicas deixadas pela amputação também vão interferir na fase da reabilitação.¹⁹

Nos dados encontrados nesse estudo, pôde-se constatar a presença de acompanhamento da família pela AB na frequência prevista pelo PSF através do ACS, que é um conhecedor da população local, organizador do acesso ao serviço de saúde, vigilante de riscos e controlador da aderência aos cuidados de saúde propostos pela equipe de saúde da família, além de estar inserido em tarefas educativas.²⁰

CONCLUSÃO

Com esse estudo, foi possível traçar um perfil dos amputados de membro inferior que residem no bairro José Américo, onde se verificou que a maioria dos sujeitos vive exclusivamente da aposentadoria e foram submetidos à amputação entre um e três anos atrás, em decorrência de Diabetes Mellitus e outros problemas vasculares. Além disso, uma parcela importante da amostra realizou amputação bilateral de membros inferiores e a grande maioria apresenta problemas no coto, no entanto, apenas metade realizou algum tipo de tratamento para resolução destes. Portanto, constata-se a importância do acompanhamento contínuo do estado geral de saúde desses usuários no nível de Atenção Básica para evitar novas amputações, visto que a maioria destas se deve a causas vasculares.

Quanto ao acompanhamento dos sujeitos estudados pela Atenção Básica, a maioria da amostra é usuária dos serviços oferecidos na USF e está satisfeita em relação aos mesmos. Apesar disso, grande parte ainda considera o deslocamento de sua residência à USF como difícil, principalmente devido à distância da unidade em relação à sua residência.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JA. Amputações de membros inferiores: em busca da plena reabilitação. Barueri: Manole; 2003.
2. Chini GCO, Boemer MR. A Amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. *Rev Latinoam Enferm*. 2007; 15(2):159-66.
3. Paiva LL, Goellner SV. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2008; 12(26):485-97.
4. Belangero WD, Livani B, Angelini AJ, Davitt M. Amputação dos membros inferiores na criança. Relato e experiência em 21 casos. *Acta Ortop Bras*. 2001; 9(3): 6-10.
5. Seidel AC, Nagata AK, Almeida HC, Bonomo M. Epistemologia sobre amputações e desbridamentos de membros inferiores realizados no Hospital Universitário de Maringá. *J Vasc Bras*. 2008; 7(4):308-15.
6. Silva CP. Perfil dos pacientes amputados de membro inferior internados no hospital Nossa Senhora da Conceição [monografia]. Tubarão: Universidade do Sul de Santa Catarina, Curso de Bacharelado em Fisioterapia; 2006.
7. Matheus MCC, Pinho SS. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. *Acta Paul Enferm*. 2006; 9(1):49-55.
8. Cassefo V, Nacaratto DC, Chamlian TR. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco – estudo comparativo de 3 períodos diferentes. *Acta Fisiátr*. 2003; 10(2):67-71.
9. Santana ML, Carmagnani MI. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre os pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Rev Saúde Soc*. 2001; 10(1):33-53.
10. Stolt LROG, Calgaro J, Almeida SS. Amputação: cuidado com seu corpo e sua prótese [folder]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí; 2008.
11. Guarino P, Chamlian TR, Masiero D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. *Acta Fisiatr*. 2007; 14(2):100-3.
12. Luccia N, Silva ES. Aspectos técnicos das amputações dos membros inferiores. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E. *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003.
13. Johannesson A, Larsson G, Ramstrand N, Turkiewicz A, Wiréhn A, Atroshi I. Incidence of lower-limb amputation in the diabetic and nondiabetic general population: a

10. year population-based cohort study of initial unilateral and contralateral amputations and reamputations. *Diabetes Care*. 2009; 32(2):275-280.
14. Lima KBB, Chamlian TR, Masiero D. Dor fantasma em amputados de membro inferior como fator preditivo de aquisição de marcha com prótese. *Acta Fisiatr*. 2006 13(3):157-62.
15. Probstner D, Thuler LCS. Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2006 52(4):395-400.
16. Dias Júnior JRL, Pereira MP, Amaro SJB. Relação da Incidência de Amputados e Protetizados de Membros Inferiores em 2005, na URE Dr. Demétrio Medrado. Belém: Universidade da Amazônia; 2006.
17. Gallagher P, Horgan O, Franchignoni F, Giordano A, MacLachlan M. Body image in people with lower-limb amputation: a rasch analysis of the amputee body image scale. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007; 86(6):205-15.
18. Wetterhahn KA, Hanson C, Levy CE. Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *Am J Phys Med Rehabil*. 2002; 81(1):194-201.
19. Bhuvaneshwar CG, Epstein LA, Stern TA. Reactions to Amputation: recognition and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2007; 9(4):304.
20. Mendonca MHM. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(5):1433-4.
-
- Submissão: junho de 2011
Aprovação: outubro de 2011
-