

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PADRONIZADA APLICADA A DEFICIENTES FÍSICOS AMPUTADOS

STANDARDIZED PHYSICAL THERAPY RECORD APPLIED FOR AMPUTEES

Luís Eduardo Maggi*, Carolina Vilela Del Acqua**, Ana Lucia Carloni Fleury Curado**, Thais
Teixeira Lemes**

*Eng. Biomédico doutorado Universidade Estadual de Goiás

**Fisioterapeuta especialista Universidade Estadual de Goiás

e-mail: luis.maggi@gmail.com

Abstract: Most of collected data from the institutions take care to Goiás/Brazil amputees were lost or underutilized. There is no standardization of amputees' physical therapy evaluation between these institutions. It brings on terms disparate and impairment data. It is necessary to develop a standardized physical therapy evaluation for amputees. Firstly, orthopedic physical therapy evaluations from 7 institutions were collected. They were compared with each other and with literature. Each item of physical therapy evaluation was analyzed and it was created the standard one to answer the complete and general evaluation. A Standardized Physical Therapy Record for Amputees (SPTRA) was developed. It was divided in 4 sections: 1) Identification, 2) Anamnesis, 3) Physical Examination and 4) Final Opinion. The SPTRA was evaluated and approved by the majority of the questioned professionals on the present study. It makes the process of physical and functional assessment of amputees more organized, improving health care quality assessment and making it more efficient.

Key-words: Disability Evaluation; Amputees;

Introdução

Amputação (do latim ambi = ao redor de/em torno de, e putatio = podar/retirar), é definida como a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro do corpo¹. Para muitos, a amputação é um processo de agressão que traz implicitamente a sensação de incapacidade e derrota^{2,3}.

Considerando-se o nível das amputações, as de membros inferiores são bem mais frequentes que as de membros superiores, sendo estas responsáveis por acarretar maior perda sensorial e funcional e uma maior alteração da imagem corporal do amputado⁴.

As amputações geralmente ocorrem por indicação eletiva ou por urgência³. O objetivo da cirurgia de amputação é criar um membro residual dinamicamente equilibrado, com controle motor e sensibilidade preservados. O coto residual deve ser bem cicatrizado e

ter uma forma adequada com maior comprimento funcional possível para minimizar o déficit¹.

A necessidade de se preservar maior quantidade de tecido viável tem exigido uma avaliação minuciosa de cada caso clínico e, com base na avaliação, determina-se o nível ideal para a amputação. Apesar do arsenal tecnológico disponível e da conscientização dos profissionais da saúde, a definição do nível de amputação não é uma tarefa fácil. Quanto mais distal for a amputação, menor será o gasto energético do paciente ao efetuar manobras. Atualmente, a comunidade médica objetiva buscar a adaptação à prótese e o retorno ao convívio social e profissional mais rapidamente, visando a redução de custos desses pacientes para a sociedade⁵.

Com o avanço tecnológico, encontram-se disponíveis no mercado próteses funcionais e leves, proporcionando ao amputado maior tolerância à sua utilização. Portanto, o nível da amputação, o tipo de cirurgia utilizada, os cuidados pós-operatórios e o tratamento fisioterapêutico são de grande importância para o alcance de um resultado satisfatório^{6,7}.

Segundo GAILEY⁸ o fisioterapeuta deve saber avaliar o paciente de acordo com a deficiência, limitações funcionais, incapacidades e condições relacionadas à saúde e à qualidade de vida, a fim de se formular um programa de reabilitação adequado para o treinamento da marcha e que proporcione melhoras na qualidade de vida^{8,9}.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Lisboa 2004, sugere uma linguagem padronizada para a descrição da saúde, relacionando a funcionalidade e a incapacidade às condições de saúde, identificando o que uma pessoa "pode ou não pode fazer na sua vida diária"¹⁰. A CIF enfoca a funcionalidade em seu aspecto positivo, abrangendo os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social^{11,12}. Na prática clínica e na pesquisa em reabilitação, o sucesso da CIF depende de sua compatibilidade com os testes/instrumentos padronizados, habitualmente utilizados pelos profissionais^{13,14}. Em relação à inclusão social, dados sobre condições psicológicas e adaptação à

prótese ou ao meio têm que ser levados em consideração^{4,15}. Contudo, a falta de um banco de dados unificado e cultural que enfatize as estatísticas dificultam este processo¹⁶. Ao se buscar dados estatísticos referentes aos amputados do Estado de Goiás, constatou-se que a maioria dos dados colhidos nas instituições que atendem este tipo de deficiente físico é perdida ou mal aproveitada. Não há uma uniformização das fichas de avaliação entre as instituições, ocasionando imparidade de dados e disparidade de termos. As avaliações são realizadas em fichas manuais ou mesmo em programas não especializados, sem qualquer padronização dos termos empregados ou treinamento adequado dos profissionais. Neste quesito, percebeu-se que, embora não tenha sido quantificado, a maioria dos profissionais desconhece a CIF ou não está preparada para utilizá-la. Além disso, o arquivamento das avaliações é inadequado na maioria das instituições, dificultando as análises retrospectivas de cada paciente.

A criação de uma ficha de avaliação que não apenas traga informações necessárias a uma avaliação completa, como também sirva de ferramenta para o prognóstico do paciente é indispensável. A padronização de uma ficha pode favorecer a troca de informações entre as instituições que trabalham com amputados. Portanto, este trabalho propõe um modelo de ficha de avaliação padronizado, capaz de fornecer dados imprescindíveis a uma avaliação completa do amputado, permitindo a troca de informações entre as instituições de ensino, centros de reabilitação, indústrias protéticas, como também no âmbito da saúde pública. Cabe lembrar que o objetivo da ficha de avaliação proposta é padronizar os termos, não sendo necessário o emprego da mesma na íntegra, podendo o usuário retirar dela os itens que julgar cabíveis.

Materiais e Métodos

Esta pesquisa foi realizada por acadêmicos de fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás (UEG), com a colaboração de profissionais da área e de 7 instituições que trabalham diretamente com amputados em Goiás. Inicialmente, foram coletadas as fichas de avaliação fisioterapêutica utilizadas em amputados destas instituições, as quais foram submetidas a uma análise comparativa entre si e com outras descritas na literatura, seguida de consultas técnicas com profissionais especializados na área de reabilitação e protetização. Os itens de cada ficha foram analisados e classificados em seções e outras subdivisões para a confecção de uma ficha padrão que atendesse às necessidades de uma avaliação geral, completa e eficiente.

A ficha de avaliação foi confeccionada e discutida pela equipe, buscando a maior praticidade ao seu usuário e menor número de páginas possíveis. A proposta inicial da ficha padrão foi apresentada em algumas instituições de ensino, a fim de se coletar

críticas para o aprimoramento da mesma, possibilitando um preenchimento ainda mais rápido e eficiente. As críticas então foram anotadas, analisadas e reformulou-se a ficha novamente, chegando a um consenso.

Posteriormente, a nova ficha padronizada foi apresentada a 7 fisioterapeutas que trabalham diretamente com amputados em quatro instituições públicas da cidade de Goiânia, a fim de combinar o conhecimento teórico obtido com as peculiaridades da prática clínica. Foi também apresentado um questionário de avaliação da ficha proposta para estimar o grau de aprovação e possíveis sugestões, as quais as mais frequentes foram admitidas e a ficha foi novamente reformulada, finalizando a confecção da mesma.

O questionário para se avaliar a ficha proposta continha em seu cabeçalho, um termo de esclarecimentos da pesquisa proposta e foi lembrado que a mesma não precisa ser utilizada na íntegra pelas instituições que a adotarem, retirando-se dela somente os tópicos que forem necessários, preservando os termos nos itens objetivos propostos.

O questionário foi dividido em 4 seções onde as três primeiras seguem as da Ficha de Avaliação Padronizada: Identificação, Anamnese e Exame Físico, com suas subdivisões. Em todas essas seções foi perguntado ao examinador se o mesmo considerava os dados completos, se acrescentaria algo ou se excluiria algo. A última seção do questionário leva em conta Aspectos do Avaliador, tais como: Você trabalha com alguma Ficha de Avaliação? Em caso afirmativo, essa ficha é específica para Amputados? Em geral, o que você achou da Ficha de Avaliação Fisioterapêutica para Amputados proposta? As respostas foram discriminadas no formato Sim/Não ou Ruim/Regular/Boa/Muito Boa/Ótima, possibilitando apenas uma escolha e facilitando a análise dos dados.

Resultados

Como resultado a Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Padronizada para Amputados (FAFPA) apresenta-se dividida em 4 seções: 1) Identificação, 2) Anamnese, 3) Exame Físico e 4) Parecer Final. Cada uma destas seções está dividida em subseções (Figura 01).

Ficha de Avaliação Padronizada

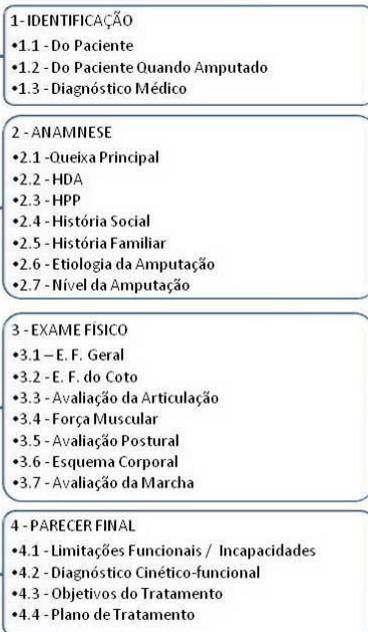


Figura 01 – Diagrama das Seções e Subdivisões da Ficha de Avaliação Padronizada.

A seção IDENTIFICAÇÃO é subdividida em 3 partes: 1.1 – Do Paciente, onde são coletados dados gerais do paciente tais como nome, idade, data de nascimento, etc. 1.2 – Do Paciente Quando Sofreu a Amputação, muito importante para diferenciar, em uma análise estatística, a diferença entre o estado atual do paciente e quando ele sofreu a amputação. 1.3 – Diagnóstico Médico, que, como o próprio nome diz, descreve o diagnóstico clínico, o nome do médico responsável e seu CRM, e medicamentos em uso. (ANEXO I).

A seção ANAMNESE é subdividida em 7 partes e aborda a Queixa Principal, Histórico da Doença Atual e Progressiva, Histórico Social e Familiar, Etiologia da Amputação e Nível da Amputação (ANEXO I).

A seção EXAME FÍSICO constitui a maior parte da ficha de avaliação, abordando o Exame Físico Geral, do Coto, Avaliação da Articulação, Postural e da Marcha, além de Força Muscular e Esquema Corporal. O Exame Físico do Coto abrange a inspeção da pele, cicatrização, coxim terminal, descarga de peso, deformidades, presença de membro e dor fantasmas, presença de espículas ósseas, neuromas, enxertos cutâneos e graduação da dor, avaliação vascular, palpação muscular e dos pulsos arteriais, perimetria, sensibilidade do coto, reflexos osteotendinosos. As avaliações Articular (Goniometria e End Feel), da Força Muscular e Postural foram disponibilizadas de forma mais objetiva possível, por meio de célula, tendendo a agilizar a coleta das informações. Por fim, são colhidos

dados finais, estes subjetivos, a respeito da avaliação do esquema corporal e da marcha.

A última seção da ficha é o PARECER FINAL do fisioterapeuta que avalia as limitações funcionais e incapacidades, diagnóstico cinético-funcional e descreve os objetivos e planos de tratamento (ANEXO I).

Excetuando-se os subitens Deambulação (14%) e Exame Físico do coto (29%), ambos da seção EXAME FÍSICO, todos os entrevistados consideraram que os dados levantados estão completos (Figura 2). Na seção IDENTIFICAÇÃO, 43% afirmaram que excluiria algum item. Em ANAMNESE e Dados Vitais e Estado Geral (EXAME FÍSICO) 57% dos entrevistados afirmaram que excluiriam algum item. Dos 7 avaliadores, 5 (71%) cotaram a ficha proposta como ótima e 2 (29%) como muito boa. Apenas 29% dos entrevistados utilizam uma ficha de avaliação específica para amputados. Todos afirmaram que a ficha proposta pode ser aplicada na prática clínica, sem grandes dificuldades (Figura 2).

		QUESTÕES	SIM	NÃO	TOTAL	
1- IDENTIFICAÇÃO		COMPLETOS?	100%	0%	100%	
		ACRESCENTARIA?	0%	100%	100%	
		EXCLUÍRIA ?	43%	57%	100%	
2- ANAMNESE		COMPLETOS?	100%	0%	100%	
		ACRESCENTARIA?	29%	71%	100%	
		EXCLUÍRIA ?	57%	43%	100%	
3- EXAME FÍSICO	3.1- EXAME FÍSICO GERAL	3.1.1- DADOS VITAIS E ESTADO GERAL	COMPLETOS?	100%	0%	100%
			ACRESCENTARIA?	0%	100%	100%
			EXCLUÍRIA ?	57%	43%	100%
		3.1.2- AVD's	COMPLETOS?	100%	0%	100%
			ACRESCENTARIA?	14%	86%	100%
			EXCLUÍRIA ?	0%	100%	100%
		3.1.3- TRANSFERÊNCIAS	COMPLETOS?	100%	0%	100%
			ACRESCENTARIA?	0%	100%	100%
			EXCLUÍRIA ?	0%	100%	100%
		3.1.4- DEAMBULAÇÃO	COMPLETOS?	86%	14%	100%
			ACRESCENTARIA?	14%	86%	100%
			EXCLUÍRIA ?	0%	100%	100%
	3.2- EXAME FÍSICO DO COTO	COMPLETOS?	71%	29%	100%	
		ACRESCENTARIA?	43%	57%	100%	
		EXCLUÍRIA ?	0%	100%	100%	
	3.3- GONIOMETRIA	ÚTIL A ESPECIFICAÇÃO?	100%	0%	100%	
		AVALIA TODOS OS ITENS?	86%	14%	100%	
	3.4- FORÇA MUSCULAR	LINHAS MELHOR?	100%	0%	100%	
AVALIA TODOS ITENS?		43%	57%	100%		
3.5- AVALIAÇÃO POSTURAL	GRUPO MUSCULAR MELHOR?	100%	0%	100%		
	COMPLETOS?	100%	0%	100%		
	ACRESCENTARIA?	14%	86%	100%		
	EXCLUÍRIA ?	0%	100%	100%		
3.6- ESQUEMA CORPORAL	ÚTIL A ESPECIFICAÇÃO?	100%	0%	100%		
	AVALIA TODOS OS ITENS?	100%	0%	100%		
3.7- AVALIAÇÃO POSTURAL	DEIXAR EM ABERTO?	100%	0%	100%		
	EM ABERTO?	86%	14%	100%		
4- ASPECTOS DO AVALIADOR		TRABALHA COM FICHA?	100%	0%	100%	
		ESPECIFICA PARA AMPUTAÇÃO?	29%	71%	100%	
		PODE SER APLICADA?	100%	0%	100%	

Figura 2 – Quadro das porcentagens das respostas sim ou não do questionário aplicado sobre a ficha de avaliação padronizada para avaliação de amputados.

Discussão

Após um longo período de pesquisas e entrevistas com profissionais especializados da área, a Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Padronizada para Amputados (FAFPA) aqui proposta foi idealizada com 4 seções divididas em subseções que facilitam a visualização, a interpretação e a busca pelos itens de interesse. Tornar a avaliação mais objetiva possível agiliza o preenchimento, uma vez que dispensa o avaliador de buscar em sua memória os melhores termos além de se reduzir os problemas quanto a grafias ilegíveis.

Embora tenha havido alguma contradição entre os entrevistados quanto a quais itens deveriam ser retirados ou acrescentados, muitas das sugestões fornecidas pelos avaliadores foram acatadas, melhorando-se a aplicabilidade e aceitação da ficha proposta. Apesar de ter sido salientado que a respectiva ficha não precisava ser utilizada na íntegra, muitos avaliadores julgaram-na extensa para aplicação na prática clínica, visto que a atuação profissional exige maior celeridade na avaliação. Cabe relembrar então, que a ficha padronizada aqui proposta deve ser utilizada apenas como base para a confecção da ficha de avaliação a ser empregada na clínica, deixando a critério do profissional a escolha dos itens a serem abordados de acordo com a realidade de cada instituição, preservando-se, porém, os termos nela empregados, para facilitar as análises estatísticas dos amputados.

No trabalho final apresentado, a maioria das seções foi julgada como completa pelos avaliadores e todos confirmaram a aplicabilidade da ficha proposta, alcançando-se assim um modelo mais eficiente de um prontuário padrão de amputados.

De acordo com a literatura, um protocolo de avaliação completo deve considerar três aspectos básicos: 1) Aspectos físicos: idade, etiologia, estado da pele, dor, funcionalidade na ausência de prótese; 2) Aspectos psíquicos: estado emocional, coeficiente mental e 3) Aspectos sociológicos: atividade profissional, situação social, relação familiar⁹. Tais aspectos foram abordados e tiveram uma boa aceitabilidade no modelo de ficha de avaliação proposto.

Brito (2003) classifica a etiologia das amputações em congênicas e adquiridas, sendo estas, as mais frequentes, principalmente por traumatismo e doenças vasculares periféricas⁵. As causas da amputação podem ser divididas em 4 categorias⁶: 1) congênicas, mais conhecidas pela Síndrome da Banda de Constrição Congênita (SBCC)⁷, 2) tumorais, 3) traumáticas e 4) insuficiências circulatórias. Já MAGEE (2005)¹ relata que as indicações para as amputações podem ser: 1) traumas, 2) infecções, 3) tumores e 4) distúrbios neurológicos^{18, 19}. Na FAFPA, a etiologia da amputação contida na anamnese abordou itens que mesclaram essas classificações.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) aborda as funções e

estruturas do corpo, bem como as deficiências, limitações e restrições deste diante do ambiente e da sociedade.

Em relação às funções neuromusculoesqueléticas, são descritas as funções das articulações (mobilidade e estabilidade), ossos, músculos (força, tônus e resistência) e demais condições relacionadas aos movimentos (reflexos, reações, padrões de marcha, entre outros). A mobilidade do corpo também é descrita, incluindo as transferências e o transporte de objetos^{20, 21, 22}.

A FAFPA proposta encontra-se em conformidade com a CIF, sendo que esses aspectos são encontrados principalmente no menu exame físico.

Em conformidade aos motivos que nortearam a criação desse trabalho, estudos paralelos realizados em outras áreas da saúde também mostraram a deficiência de modelos padronizados de prontuários que facilitem o seu preenchimento. Análises realizadas por DORILEO et al. (2006) apontam que a maioria dos hospitais da região de São Paulo ainda apresentam o Prontuário Clínico na forma de texto aberto, surgindo falhas como a falta de preenchimento, o preenchimento incompleto ou rasuras. Atualmente há grande interesse do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto em construir um sistema de registro das informações do paciente devidamente estruturado, ainda que de forma informatizada²³.

Outros estudos de Barsottini e Wainer apontaram que na prática médica é cultural dar mais importância à discussão do caso do paciente que ao registro das informações no prontuário. Dessa forma, há discrepâncias importantes entre os dados coletados no prontuário do paciente e as informações necessárias para conseguir a integração entre os profissionais, sendo que o que está escrito é substancialmente diferente do que é falado²⁴.

CHY et al. analisou as formas de apresentação dos dados fisioterapêuticos dentro de uma unidade de terapia intensiva e constatou a necessidade de uma melhor abordagem e criação de modelos de informação para prontuários eletrônicos do paciente crítico, o que representa um grande desafio para o sistema de saúde como um todo²⁵.

Conclusão

A falta de dados referentes a deficientes físicos em Goiânia/Goiás impulsionou-nos a pesquisar sua real abrangência e condutas terapêuticas nas instituições de reabilitação. Observou-se, com a coleta das fichas de avaliação nessas instituições, que as mesmas, além de diferirem entre si, são compostas principalmente de avaliações subjetivas, deixando a critério do fisioterapeuta o direcionamento da avaliação, assim como a busca na memória dos itens imprescindíveis para avaliar o paciente. Procurou-se, portanto facilitar a avaliação desses pacientes, visto que dados

imprescindíveis são esquecidos, quando colhidos sem uma referência adequada.

O estudo baseou-se na carência de modelos padrões de avaliação fisioterapêutica de amputados, mas a busca por novas informações mostrou que a deficiência desses prontuários persiste não apenas na área de amputação, como também nas demais áreas da saúde distribuídas pelas regiões do Brasil.

Visando enfrentar os custos crescentes da assistência médica no Canadá, foi elaborado em 1974 o Informe Lalonde, documento através do qual se concluiu que a maior parte dos gastos diretos relativos à saúde, neste país, concentrava-se na organização da assistência médica²⁶. Um modelo que facilite a comunicação entre as áreas da saúde constitui uma iniciativa bastante aproveitável e contribui para a redução dos procedimentos burocráticos e desnecessários, promovendo assim maior transparência e celeridade na organização da assistência médica.

A Ficha Padronizada cumpre com o objetivo proposto e permitirá ordenar o processo de avaliação física e funcional de amputados, melhorando a assistência à saúde e a qualidade da avaliação, tornando-as mais eficientes. A implantação de um sistema eletrônico (prontuário eletrônico unificado) capaz de gerenciar dados entre instituições e profissionais pode reduzir significativamente os gastos gerados na saúde, uma vez que reduz o tempo de avaliação dos pacientes e permite uma demanda maior de atendimento em um menor espaço de tempo.

Enquanto esta realidade não acontece e tendo em vista a constante alteração das ferramentas de avaliação, ainda mais com a CIF, a implementação de uma ficha padronizada constitui o primeiro passo para o processo de uma avaliação unificada.

Espera-se, sobretudo fornecer essa ficha de avaliação para instituições que trabalhem com deficientes físicos amputados, como uma ferramenta para incentivar pesquisas e desenvolvimentos não só na área de amputação, como também em outras áreas da saúde, além de encorajar futuros fisioterapeutas e atuar nesse leque de reabilitação, em parceria com os técnicos de protetização já existentes.

A padronização da avaliação de amputados favorece a análise de informações sobre estes pacientes para posterior pesquisa e estudo estatístico. A adoção deste modelo de ficha permite mostrar quais as causas de amputação ocorridas no Brasil de acordo com a faixa etária, gênero, região do país, etc.

A avaliação global do indivíduo, portanto, permite uma visão mais ampla para o fisioterapeuta, que terá todos os dados necessários para definir com plena liberdade sua conduta de tratamento e, dessa forma, iniciar uma reabilitação mais precoce. A recuperação da funcionalidade e da estética são pontos levantados pelos pacientes em relação à prótese. Portanto, um processo adequado de reabilitação trará a esses indivíduos um estilo de vida ativo e com qualidade.

Referências

- 1 Magge DJ. Avaliação Musculoesquelética. 4th ed. Barueri: Manole ; 2005.
- 2 Spence AP. Anatomia Humana Básica.. 2nd ed. São Paulo: Manole; 1991.
- 3 Carvalho JA. Em Busca da Plena Reabilitação. In Amputações de Membros Inferiores. 2nd ed. São Paulo: Manole; 2003.
- 4 Jester A, Harth A, Wind G, Germann G, Sauerbier M. Disabilities of The Arm, Shoulder and Hand (Dash) Questionnaire: Determining Functional Activity Profiles in Patients with Upper Extremity Disorders.. Journal of Hand Surgery (British and European). 2005; p. 23 - 28.
- 5 Brito CMM. Reabilitação de Amputados de Membros Inferiores – Epidemiologia e Apresentação de Casos Clínicos: Aspectos Funcionais e Abordagem Terapêutica. in: Congresso de Telefisiatria. 2003.
- 6 Kottke F, Lehmann JF. Tratado de Medicina Fisiátrica e Reabilitação de Krusen. 4th ed. São Paulo: Manole; 1994.
- 7 Pardini Junior AG, Santos MA, Freitas AD. Bandas de Constrição Congênitas. Acta Ortop Bras. 2001; p. 5-12.
- 8 Leite CF, Frankini AD, Dedavid EB, Haffner J. Análise Retrospectiva sobre a Prevalência de Amputações Bilaterais de Membros Inferiores. J Vasc Bras. 2004; p. 206-213.
- 9 Santos CAS, Nascimento PFT. Debridamentos e Amputações: Angiologia e Cirurgia Vascular: Guia Ilustrado Maceió: Uncisal/Ecmal & Lava; 2003.
- 10 Boccolini F. Reabilitação – Amputados, Amputações e Próteses. 2nd ed. São Paulo: Robe; 2001.
- 11 Esquenazi A. Amputation Rehabilitation and Prosthetic Restoration. From Surgery to Community Reintegration. Disability and Rehabilitation. 2004; p. 831–836.
- 12 Gailey R. Reabilitação do Amputado Diabético. In Neals LaO. O Pé Diabético. Bowker. 6th ed. Rio de Janeiro: Di Livros; 2002.
- 13 Gabriel MRS. Fisioterapia em Traumatologia, Ortopedia Reumatologia Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
- 14 Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005; p. 187-93.

- 15 Organização Mundial da Saúde (OMS). Direção-Geral da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa ; 2004.
- 16 Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. Rev. Bras. Fisioter. 2005; p. 129-136.
- 17 Williams RM, Ehde DM, Smith DG, Czerniecki JM, Hoffman AJ, Robinson LR. A Two-Year Longitudinal Study of Social Support Following Amputation. Disability and Rehabilitation. 2004; p. 862-874.
- 18 Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The Role of Environment in: The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Disability and Rehabilitation. 2003; p. 588-595.
- 19 Simeonsson RJ, Leonardi M, Lollar D, Bjorck-Akesson E, Hollenweger J, Martinuzzi A. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to Measure Childhood Disability. Disability and Rehabilitation. 2003; p. 602-610.
- 20 Dahl TH. International Classification of Functioning, Disability and Health: An Introduction and Discussion of Its Potential Impact on Rehabilitation Services and Research. J Rehabil Med. 2002; p. 201-204.
- 21 Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde Brasília; 2001.
- 22 Drumond AS. Exploração do Disabilities Arm, Shoulder and Hand (Dash) Através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Cif) e da Análise Rasch. [Dissertação de Mestrado]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
- 23 May BJ. Tratamento Pré-Protético para a Amputação de Membro Inferior. In Sullivan SOB ST. Fisioterapia: Avaliação e Tratamento. 2nd ed.; 1993.
- 24 Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Ciênc. Saúde Coletiva. 2000; p. 163-177.
- 25 DORILEO EAG, COSTA TM, SILVA MP, FELIPE JC. Estruturação da Evolução Clínica para o Prontuário Eletrônico do Paciente. [Online].; 2006 [cited 2011 06 28. Available from: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/380.PDF>.
- 26 BARSOTTINI CN, WAINER J. Anais do X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. [Online]. [cited 2011 JUL 27. Available from: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/1049.pdf>.
- 27 CHY A, RIELLA CL, CAMILLOTTI BM, ISRAEL VL. X Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. [Online].; 2006 [cited 2011 JUL 27. Available from: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/809.pdf>.



ANEXO I: FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PADRONIZADA APLICADA A DEFICIENTES FÍSICOS AMPUTADOS.

1. IDENTIFICAÇÃO:

1.1. Do paciente atualmente

Nome: _____ Identidade: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Idade: _____ Altura: _____
 _____ Peso: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade _____ Sexo: () M () F Cor: __ Estado Civil: _____
 Ocupação Atual: _____ Escolaridade: _____ Responsável: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
 Telefone: _____ E-mail: _____

1.2. Do paciente quando sofreu a Amputação:

Idade; cidade: Estado: profissão: Estado civil; Escolaridade:

1.3. Diagnóstico médico: _____

Médico responsável: _____ CRM: _____
 Exames complementares _____
 Medicamentos em uso _____

2. ANAMNESE:

2.1. Queixa principal: _____

2.2. HDA: _____

2.3. HPP: _____

Doenças Preexistentes: _____

Antecedentes Cirúrgicos: _____

2.4. História social:

Meio de transporte: _____
 () Tabagismo () Etilismo () Drogas - Quais: _____

2.5. História Familiar:

() Câncer de ____ () Cardiopatia () Hipertensão Arterial () Pneumopatia () Diabetes () Nefropatia
 () Outras _____

2.6. Etiologia da Amputação

() Vascular () Neoplásica () Infecciosa () Congênita () Traumática () Outros

2.7. Nível da amputação:		DIREITO					ESQUERDO				
SUPERIOR	Desarticulação de Ombro										
	Amputação de Braço	Terço proximal									
		Terço médio									
		Terço distal									
	Desarticulação de Cotovelo										
	Amputação de Antebraço	Terço proximal									
		Terço médio									
		Terço distal									
	Desarticulação de Punho										
	DEDOS	1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	5º
Amputação Transmetacarpiana											
Amputação Metacarpofalangiana											
Amputação Interfalangiana											



INFERIOR	Hemipelvectomia												
	Desarticulação de Quadril												
	Amputação Transfemoral	Terço proximal											
		Terço médio											
		Terço distal											
	Desarticulação de Joelho												
	Amputação Transtibial	Terço proximal											
		Terço médio											
		Terço distal											
	Amputação de Pirogoff (tíbio-társica com retenção de parte do calcâneo)												
	Amputação de Syme (tíbio-társica)												
	Amputação de Lisfranc (tarso-metatarsiana)												
	Amputação de Chopart (antepé)												
ARTELOS		1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	5º		
Amputação Transmetatarsiana													
Amputação Metatarsofalangiana													
Amputação Interfalangiana													

3. EXAME FÍSICO:

3.1 - EXAME FÍSICO GERAL *Parcialmente Independente = depende da ajuda, mas não na maioria das vezes

DADOS VITAIS:

FC: _____ FR: _____ P.A: _____ TEMP: _____

PACIENTE UTILIZA PRÓTESE? () não () sim

Tipo: _____ Há quanto tempo? _____

AVDs: Dependente (D) Parcialmente Independente (PI) Independente (I)

() alimentação () higiene oral () higiene genital () banho () vestuário

TRANSFERÊNCIAS: Dependente (D) Parcialmente Independente (PI) Independente (I)

() cama-postura ortostática () subir/descer escadas () cama-cadeira de rodas

() cadeira de rodas-vaso sanitário () cadeira de rodas-carro

DEAMBULAÇÃO

() sem auxílio () com supervisão

() com auxílio: () cadeira de rodas () bengalas () muletas () órteses () andador

3.2 - EXAME FÍSICO DO COTO

INSPEÇÃO

PELE:

Lesões Abertas: 1 - Tamanho: () Pequena: < 1 cm () Média () Grande: > 5 cm

2 - Formato: _____

3. Presença de Exsudado: () Sim () Não

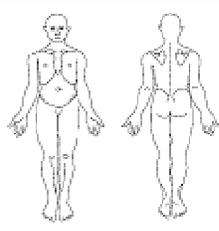
Edema: 1 - Volume: () exacerbado () regular () residual

2. Enfaixamento: () Gessado () Convencional () Sem enfaixamento

Lesões Dermatológicas Presentes: () Psoríase () Dermatites () Cistos () Pêlos Encravados

() Eczemas () Furúnculos () Hiperemia () Escaras () Outros

Alterações Tróficas da Pele: Sim: () Hipotrofia () Ressecamento () Distensão () Desidratação () Outros: () Não

CICATRIZAÇÃO:	
Localização da Cicatriz:	
Características:	1. <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular 2. <input type="checkbox"/> Normotrófica <input type="checkbox"/> Hipotrófica <input type="checkbox"/> Hipertrófica 3. <input type="checkbox"/> Liberada <input type="checkbox"/> Aderida a planos profundos 4. <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> Fechada por Tecido Mal Vascularizado 5. <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Deiscência de suturas 6. <input type="checkbox"/> Invaginada <input type="checkbox"/> Retração 7. <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Secreção
COXIM TERMINAL:	
Paciente realizou	<input type="checkbox"/> Mioplastia <input type="checkbox"/> Miodese
Características do Coxim Adiposo	<input type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Ideal <input type="checkbox"/> Volumoso
Movimentos mioplásticos	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
DESCARGA DE PESO:	
<input type="checkbox"/> Cabeça dos metatarsos <input type="checkbox"/> Distal sobre o coto <input type="checkbox"/> Musculatura da Coxa <input type="checkbox"/> OUTROS _____ <input type="checkbox"/> Tuberosidade Isquiática <input type="checkbox"/> Ísquio Contralateral <input type="checkbox"/> Região Torácica <input type="checkbox"/> No tendão patelar (entre a borda inferior da patela e a tuberosidade da Tíbia) <input type="checkbox"/> Nas regiões com tecidos moles localizadas nas faces lateral, medial e posterior do coto	
DEFORMIDADES:	
MEMBRO FANTASMA:	
Paciente apresenta sensação de membro fantasma?	Sim: <input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> Formigamento <input type="checkbox"/> Dormência <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Coceira <input type="checkbox"/> Posição do Membro
DOR FANTASMA:	
Paciente apresenta dor fantasma?	Sim: <input type="checkbox"/> Disparo Doloroso <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Queimações <input type="checkbox"/> Câimbra
ESPÍCULAS ÓSSEAS:	
Há presença de Espículas Ósseas ao RX?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Paciente apresenta dor à palpação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Paciente apresenta dor durante o uso da prótese?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
NEUROMAS:	
1. Paciente apresenta neuromas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Tamanho:	<input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande
3. Localização:	
ENXERTOS CUTÂNEOS:	
1. Paciente apresenta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. Localização:	
3. Maturação do Enxerto:	<input type="checkbox"/> Enxerto maduro <input type="checkbox"/> Enxerto recente
4. Sensibilidade:	<input type="checkbox"/> Hipossensível <input type="checkbox"/> Normossensível <input type="checkbox"/> Hiperssensível
COMPLICAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DA AMPUTAÇÃO:	
1. Paciente apresenta?	Sim: <input type="checkbox"/> Do próprio coto <input type="checkbox"/> Neurológicas <input type="checkbox"/> Sensoriais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Psicológicas <input type="checkbox"/> Clínicas
DOR	
	(-----) Nível da amputação (x) Local de dor Intensidade (0-10): _____

AValiação VASCULAR DO LOCAL DE AMPUTAÇÃO:	
Cianose:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Temperatura local:	<input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentada
Hiperemia:	

PALPAÇÃO DE MÚSCULOS					
Músculos:	Tônus:	MMSS:	MMII:		
	Normotônico				
	Hipertônico				
	Hipotônico				
Ecurtamentos		() não () sim Grupo Muscular:			
PALPAÇÃO DOS PULSOS ARTERIAIS:					
MMII	Poplíteo	MMSS	Subclávio		
	Femoral		Axilar		
	Pedioso		Braquial		
	Tibial Posterior		Radial		
	Tibial Anterior		Cubital		
PERIMETRIA : PONTO DE REFERÊNCIA:					
DATA	Distância	Membro Direito	Membro Esquerdo		
SENSIBILIDADE DO COTO: Ausente (---) Diminuída (D) Normal (N) Aumentada (A)					
Superficial	tátil	Profunda	proprioceptiva		
	dolorosa		cinético-postural		
	térmica		discrim. 2 ptos		
			barognosia		
REFLEXOS OSTEOTENDINOSOS:		Hiperreflexia	Normoreflexia	Hiporeflexia	
MMSS	Estilo radial				
	Bicipital				
	Tricipital				
MMII	Patelar				
	Aquileu				

3.3 - AVALIAÇÃO ARTICULAR **GONIOMETRIA:** **END FEEL:**
 Ativa (A) Passiva (P) Rígido (R) Mole (M) Est. Tissular (E)

OMBRO						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão (0 - 180°)						
Extensão (180° - 0)						
Hiperextensão (0 - 45°)						
Rotação Interna (0 - 65°)						
Rotação Externa (0 - 90°)						
Abdução (0 - 180°)						
Adução Horizontal (0 - 120°)						
Abdução Horizontal (0 - 30°)						

COTOVELO						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão (0 - 145°)						
Extensão (145° - 0)						

RADIOULNAR						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Pronação (0 - 90°)						
Supinação (90° - 0)						

PUNHO						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão (0 - 90°)						
Extensão (90° - 0)						
Hiperextensão (0 - 70°)						
Abdução (0 - 25°)						
Adução (0 - 35°)						

POLEGAR						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão MF (0 – 50°)						
Extensão MF (50° - 0)						
Flexão IF (0 – 80°)						
Extensão IF (80° - 0)						
Hiperextensão IF (0 – 90°)						
Flexão CMC (30 – 15°)						
Extensão CMC (0 – 70°)						
Oposição CMC						
Abdução CMC (0 – 60°)						
Adução CMC (60° - 0)						
Hiperextensão MF (0 – 10°)						

Movimento	2º DÍGITO		3º DÍGITO				4º DÍGITO		5º DÍGITO			
	Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo		Direito		Esquerdo	
	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P
Flexão MF (0 – 90°)												
Extensão MF (90° - 0)												
Hiperextensão MF (0 – 30)												
Flexão IFP (0 – 120°)												
Extensão IFP (120° - 0)												
Flexão IFD (0 – 80°)												
Extensão IFD (80 – 0°)												
Abdução MCF (0 – 20°)												
Adução MCF (20° - 0)												
Hiperextensão IFD(0 – 10°)												

Movimento	2º DÍGITO		3º DÍGITO		4º DÍGITO		5º DÍGITO	
	Direito		Esquerdo		Esquerdo		Esquerdo	
	A	P	A	P	A	P	A	P
Flexão MF (0 – 90°)								
Extensão MF (90° - 0)								
Hiperextensão MF (0 – 30)								
Flexão IFP (0 – 120°)								
Extensão IFP (120° - 0)								
Flexão IFD (0 – 80°)								
Extensão IFD (80 – 0°)								
Abdução MCF (0 – 20°)								
Adução MCF (20° - 0)								
Hiperextensão IFD(0 – 10°)								

QUADRIL						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão (0 – 125°)						
Extensão (125° - 0)						
Hiperextensão (0 – 10°)						
Rotação Interna (0 – 45°)						
Rotação Externa (0 – 45°)						
Abdução (0 – 45°)						
Adução (0 – 20°)						

JOELHO						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão (0 – 130°)						
Extensão (130° - 0)						

TORNOZELO						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Dorsiflexão (0 – 29°)						
Flexão Plantar (0 – 45°)						
Inversão (0 – 30°)						
Eversão (0 – 25°)						

PRIMEIRO DÍGITO						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão MTF (0 - 45°)						
Extensão MTF (45° - 0)						
Hiperextensão (0 - 90°)						
Flexão IF (0 - 90°)						
Extensão IF (90° - 0)						

DÍGITOS LATERAIS						
Movimento	GONIOMETRIA				END FEEL: (A) (P)	
	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo
	A	P	A	P		
Flexão MTF (0 - 40°)						
Extensão MTF (40° - 0)						
Hiperextensão MTF (0 - 45°)						
Flexão IFP (0 - 35°)						
Extensão IFP (35° - 0)						
Flexão IFD (0 - 60°)						
Extensão IFD (60° - 0)						
3.4 - FORÇA MUSCULAR Graus 5- normal, 4- bom, 3- regular, 2- fraco, 1-perceptível, 0-ausente						
Grupo Muscular	Direito				Esquerdo	

3.5 - AVALIAÇÃO POSTURAL

I) Vista anterior	SEM PROTESE			COM PROTESE		
	Direito	Esquerdo	Alinhado(as)	Direito	Esquerdo	Alinhado(as)
Maléolo mais elevado						
Patela mais elevada						
Genu varo						
Genu valgo						
ELAS mais elevada						
Desvio de linha alba						
Ombro mais elevado						
Triângulo de Talles MAIOR						
Inclinação de cabeça para						
Rotação de cabeça para						
II) Vista lateral	SEM PROTESE			COM PROTESE		
Joelho	Direito	Esquerdo		Direito	Esquerdo	
Normal						
Genum flexum						
Genum recurvatum						
Pelve	SIM	NÃO		SIM	NÃO	
Normal						
Anteversão						
Retroversão						
Tronco	SIM	NÃO		SIM	NÃO	
Hiperlordose lombar						
Retificação lombar						
Hipercifose torácica						
Retificação torácica						
Hiperlordose cervical						
Retificação da coluna cervical						



Abdome protruso						
Rotação do tronco para direita						
Rotação do tronco para esquerda						
Ombro protruso						
Cabeça protrusa						
III) Vista posterior	Direito	Esquerdo		Direito	Esquerdo	
Calcâneo varo						
Calcâneo valgo						
Calcâneo alinhado						
Escápula alinhada						
Escápula abduzida						
Escápula aduzida						
	Direito	Esquerdo	Simétricos	Direito	Esquerdo	Simétricos
Prega poplíteia mais elevada						
Prega glútea mais elevada						
Escoliose nível:						
Gibosidade						
Ombro mais elevado						
Observações:						

3.6 - ESQUEMA CORPORAL

3.7 - AVALIAÇÃO DA MARCHA

4. PARECER FINAL

4.1 - Limitações Funcionais / Incapacidades:

4.2 - Diagnóstico Cinético-funcional:

4.3 - Objetivos do tratamento:

4.4 - Plano de tratamento:

Assinatura do Avaliador

