



TRATAMENTOS E ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA DO PACIENTE AMPUTADO COM SÍNDROME DO MEMBRO FANTASMA

Mariane Paiva Rangel; Rodrigo César Carvalho Freitas.

UniFOA – Centro Universitário de Volta Redonda.

Introdução: No século XVI, na França, o membro fantasma foi percebido e descrito, pela primeira vez, pelo médico e cirurgião Ambroise Paré, como a alucinação de que um membro ausente estaria presente¹. Hoje, a sensação de membro fantasma é qualquer tipo de sensibilidade em um membro inexistente, com características semelhantes às do membro real e se manifesta quando há amputação de um membro ou remoção cirúrgica de um órgão, como mama, pênis, dente e outros, em lesões de plexo braquial ou quando o paciente se torna tetraplégico. A Síndrome do Membro Fantasma (SdMF) compreende: dor residual no coto, localizada na extremidade da amputação; sensação do membro fantasma, que é qualquer sensação no membro perdido, menos a dor; e a Dor no Membro Fantasma (DMF), definida como a sensação dolorosa no membro perdido. Um fantasma pode aparecer apenas como sensações de ações normais de um membro real, que são sequelas muito comuns da amputação, atingindo até 98% dos pacientes; porém, um caráter patológico pode se desenvolver e causar paralisia, deformação ou dor torturante nesse membro, a qual tem uma incidência de 80%. Há diversos estímulos internos e externos que podem modular a DMF. Dentre os fatores agravantes, temos a atenção, a emoção, o toque ou pressão no coto, a mudança de temperatura, reflexos autônomos e dor de outra origem. Já entre os fatores de alívio, foram referidos o descanso e a distração, além de movimentos, percussão ou massagem do coto. O uso de prótese, no entanto, é tanto um fator agravante quanto de alívio, o que varia de paciente para paciente. Sendo assim, a DMF é um resultado não de um único evento, mas da interação de vários efeitos neuronais desencadeados por fatores psíquicos e fisiológicos, sendo as alterações do Sistema Nervoso Central (SNC) o principal mecanismo envolvido nesse fenômeno, além de mecanismos periféricos também importantes.



Objetivos: Relacionar a plasticidade neural e as reorganizações córticossensoriais no SNC com a SdMF em pacientes com membros amputados e esclarecer possíveis dúvidas em relação ao tema.

Metodologia: Foram coletados artigos nas bases de dados Scielo e Science Direct, na revista virtual Ciências & Cognição e mais informações em livros relevantes sobre o assunto.

Discussão: Alguns autores afirmam que, dentre os 80% dos pacientes que desenvolvem a DMF, 75% a 85% percebem-na imediatamente após a remoção do membro. Outros acreditam que apenas 50% sentem dor nas primeiras 24 horas e 60% a 70% um ano mais tarde⁴. Apesar dessa diferença, percebe-se que todos alegam que a maioria dos amputados desenvolverá a dor em algum momento. A SdMF e, especialmente, a DMF não se apresentam uniformemente em todos os casos. Há variações de qualidade e de intensidade da dor para cada paciente individualmente, sendo influenciada pelo modo como ocorreu a perda do membro e como isso foi conduzido posteriormente, tanto em âmbito psicológico como neurofisiológico. Dentre as diferentes formas de aparecimento da DMF, foram referidas dor em pontada, aperto, pulsante, queimação e câimbra na extremidade do membro fantasma, assim como coceira, formigamento, choques e disparos. Os resultados de tratamentos e de prevenção da DMF ainda são inconsistentes e sem comprovação científica. Entretanto, há terapias e medicamentos utilizados para redução da dor, como o método do espelho desenvolvido por Ramachandran, a acupuntura, o uso de opioides e de antidepressivos tricíclicos, como o cloridrato de amitriptilina, que possui efeitos comprovados no tratamento da dor, especialmente da dor neuropática e, portanto, poderia apresentar efeitos positivos na supressão da incidência da DMF ou na atenuação de sua intensidade se utilizada como terapia preventiva perioperatória. A terapia do espelho, por sua vez, tem se mostrado bastante eficiente, com resultados rápidos e baixo custo financeiro, necessitando apenas de uma caixa e de um espelho para estimular o cérebro a reorganizar o centro de imagem corporal, pois acredita-se que ocorrem reorganizações rápidas dessa imagem no córtex sensorial, em menos de 48 horas após a amputação, o que talvez seja a causa do surgimento do fantasma, que se mantém devido a uma paralisia aprendida. Essa paralisia é desaprendida pelo *feedback* visual transmitido ao cérebro pela imagem do movimento do membro fantasma refletido no espelho.



Conclusão: O conhecimento a respeito da DMF ainda é muito limitado, portanto faz-se necessário ampliar e aprofundar os estudos sobre o tema, a fim de entender a origem da dor e assim definir um tratamento mais eficaz e, talvez, até a cura para a SdMF, em geral.

Palavras-chave: Membro-fantasma; “phantom limb”; sensação do membro fantasma; reorganização funcional cortical; síndrome do membro fantasma.

REFERÊNCIAS

BARROS, D. D. **Imagem corporal:** a descoberta de si mesmo. Goiânia: [s.n.], 2004.

CONCEIÇÃO, M. I. G.; GIMENES, L. S. Uso de biofeedback em paciente tetraplégica com sensação de membro fantasma. **Interação em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 123-8, 2004.

NIKOLAJSEN, L.; JENSEN, T. S. Phantom limb pain. **Br J Anaesth**, v. 87, n. 1, p. 107-16, 2001.

RAMACHANDRAN, V. S.; HIRSTEIN, W. The perception of phantom limbs. **Brain**, v. 121, p. 1603-30, 1998.

ROHLFS, A.; ZAZÁ, L. Dor fantasma. Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em:
<<http://www.icb.ufmg.br/neurofib/NeuroMed/Seminario/DorFantasma/f6.htm>> Acesso em: 15 mar. 2014.

marirangel29@yahoo.com.br