



**VIVÊNCIA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM MEMBROS INFERIORES
AMPUTADOS DECORRENTES DE COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS**
**EXPERIENCE OF THE INSTITUTIONALIZED ELDERLY WITH AMPUTATED LOWER LIMBS DUE
TO COMPLICATIONS OF DIABETES MELLITUS**

**LA VIVENCIA DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON EXTREMIDADES INFERIORES
AMPUTADAS DEBIDO A COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS**

Elisabeth Fragôso Bello¹, Elizabeth Moura Souza², Isabel Comassetto³, Janine Melo Oliveira⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer a vivência do idoso institucionalizado com membros inferiores amputados decorrentes de complicações do Diabetes Mellitus. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos de Maceió-AL, com idosos diabéticos e amputados. A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas e observação de prontuários. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, parecer n° 1293/12. **Resultados:** evidenciou-se que o processo de amputação envolve sentimentos de perda, dependência e isolamento social. Ser diabético com amputação significa vivenciar um cotidiano permeado por dificuldades e limitações, e sofrer pela dependência de outras pessoas para realizar atividades básicas de vida diária. **Conclusão:** conhecer a vivência do sujeito amputado é fundamental para tornar a assistência mais integrada, valorizando as singularidades dele, e favorecer o processo de reabilitação. **Descritores:** Idoso; Diabetes Mellitus; Amputação; Vivência.

ABSTRACT

Objective: to know the experience of the institutionalized elderly with lower limbs amputated due to complications of Diabetes Mellitus. **Method:** descriptive study with a qualitative approach, carried out in an Institution of Long Permanence in Maceió-AL, with diabetics and amputees elderly. The production of the data was collected through interviews and observation of patient records. The research obtained approval of the Research Ethics Committee, opinion n° 1293/12. **Results:** it was evidenced that the process of amputation involves feelings of loss, dependence and social isolation. To be diabetic with amputation means experiencing a life permeated by difficulties and limitations, and suffer from other people's dependence to perform basic activities of daily living. **Conclusion:** to know the experience of amputee fellow is fundamental to make the more integrated assistance, valuing the singularities, and facilitate the process of rehabilitation. **Descriptors:** Elderly; Diabetes Mellitus; Amputation; Experience.

RESUMEN

Objetivo: conocer la vivencia de los ancianos institucionalizados con extremidades inferiores amputadas debido a complicaciones de la Diabetes Mellitus. **Método:** estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, realizado en una Institución de Permanencia Prolongada de Maceió-AL, con ancianos diabéticos y amputados. La producción de los datos fue realizada a través de entrevistas y observación de registros de pacientes. La investigación obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación, opinión n° 1293/12. **Resultados:** se constató que el proceso de amputación implica sentimientos de pérdida, dependencia y aislamiento social. Ser diabético con amputación significa vivir una vida impregnada por restricciones y limitaciones y sufrir por la dependencia de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria. **Conclusión:** conocer la vivencia de los sujetos amputados es fundamental para hacer que la asistencia sea más integrada, valorando las singularidades y facilitar el proceso de rehabilitación. **Descriptores:** Ancianos; Diabetes Mellitus; Amputación; Vivencia.

¹Estudante, Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: efgbello@gmail.com;

²Enfermeira, Professora, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Doutoranda, Programa Interunidades de Doutorado de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: elmososo@gmail.com;

³Enfermeira, Professora, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Doutoranda, Programa Interunidades de Doutorado de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: isabelcomassetto@gmail.com;

⁴Enfermeira, Professora, Mestranda em Enfermagem no Cuidado em Saúde e na Promoção da Vida, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: nine.melo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um fenômeno crescente em âmbito mundial. O modo como o indivíduo envelhece é condicionado por múltiplos fatores em todo o percurso da vida, entre eles fatores biológicos, genéticos e hábitos de vida. Desta forma, o indivíduo pode envelhecer de forma saudável ou não.¹

Estudos evidenciam que, proporcionalmente ao aumento da expectativa de vida, vem observando-se um número cada vez mais significativo de institucionalizações de idosos. No entanto, a transferência do idoso para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) constitui um importante potencial para produzir danos como: depressão, confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização, senso de isolamento e separação da sociedade, e consequentemente, declínio da capacidade funcional.²

Além da transferência do seu lar para uma ILPI constituir um fator de risco para produzir danos ao idoso, a presença de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como o Diabetes Mellitus (DM), representa outro potencial para o declínio da capacidade funcional destes indivíduos.³

Diante da elevada prevalência do DM e por estar frequentemente associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, o DM tem-se tornado um importante problema de saúde pública⁴. Dentre as suas principais complicações estão: doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética, e pé diabético.⁵

Os agravos nos membros inferiores se devem a alterações vasculares periféricas, que podem provocar condições neuropáticas do pé ou, até mesmo, a amputação do membro. A falta de propostas de um tratamento precoce e adequado dessas complicações crônicas repercute em um alto índice estatístico de lesões que, se não tratadas, podem levar a amputações de Membros Inferiores (MMII).⁶⁻⁸

No Brasil, o DM é causa importante de amputações de MMII, sendo um considerável fator de incapacidade, invalidez e mortes evitáveis, e representando um impacto significativo em nível funcional, especialmente na população idosa, afetando a habilidade para executar Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's), tornando o idoso muito vulnerável à deterioração físico-

funcional e comprometendo a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos.⁹

Ressalta-se, ainda, que a perda de uma parte do corpo traz repercussões na existência dos idosos, pois a incompletude vivenciada por estes sujeitos irá exigir uma readaptação do viver e uma compreensão de perspectiva de mundo.⁷ De maneira geral, as pessoas amputadas preocupam-se com a dependência e apresentam dificuldade em visualizar as ações que podem executar. Os idosos, principalmente, mostram-se dependentes para a realização de atividades diárias, sendo importante que o profissional de saúde estimule o paciente ao autocuidado, à aceitação de suas limitações e ao retorno às atividades.¹⁰

Alguns autores discorrem que as primeiras reações vividas pelo diabético amputado são, principalmente, o choque, a descrença e a angústia. Ultrapassada a primeira fase da dor, os diabéticos tendem a passar por uma fase mais longa, de intenso sofrimento psíquico. Nesse percurso de lamentação, eles se culpam, isolam-se do mundo e demonstram vontade de morrer. Por fim, têm-se a fase de conformação, que consiste no momento em que o indivíduo aceita a realidade e procura um mecanismo de recuperação.^{4, 11}

Tendo em vista que a perda de uma parte do corpo comumente acarreta repercussões negativas na existência do ser, a humanização na assistência a esses indivíduos é essencial para que o profissional de saúde desempenhe suas atividades de modo mais efetivo e completo.

As informações anteriores aliadas à vivência de uma das autoras sobre a temática, quando por ocasião de uma atividade em uma ILPI, quando observou um número considerável de idosos submetidos a amputações em decorrência do DM, despertaram o interesse neste estudo. E é nessa perspectiva que se concentra a seguinte questão norteadora: Qual a percepção do idoso em frente da amputação decorrente de complicações do Diabetes Mellitus?

O presente estudo faz-se relevante, portanto, por fornecer subsídios para a sensibilização dos idosos diabéticos, em especial, dos que possuem algum tipo de amputação, sobre suas limitações, incentivar o trabalho dos profissionais da área da saúde, preparando-os para uma atuação mais adequada à realidade destes idosos visando a um maior conhecimento acerca do assunto. Sua importância fundamenta-se no impacto sociocultural para com os idosos de toda a sociedade.

Olhar a pessoa amputada, a partir da sua perspectiva, permite um cuidar dirigido à singularidade da pessoa e à particularidade da experiência por ela vivida.⁸ Assim, este estudo teve como objetivo conhecer a vivência do idoso institucionalizado com membros inferiores amputados decorrentes de complicações do Diabetes Mellitus.

MÉTODO

Estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.¹²

A abordagem qualitativa é particularmente importante, uma vez que nem sempre os fenômenos do mundo social e psicológico podem ser adequadamente quantificados. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.¹³

O cenário da pesquisa foi uma ILPI de Maceió, na qual residiam 68 idosos - 28 mulheres e 40 homens. Destes, 12 eram diabéticos e cinco possuíam amputação de membros inferiores decorrente de complicações do DM. A amostra do estudo foi censitária, realizada com todos os diabéticos amputados que tinham condições, de acordo com o resultado da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), de responder aos questionamentos.

Dos cinco idosos com amputações de membros inferiores decorrentes de complicações do DM, residentes no cenário do estudo, apenas três não apresentaram déficit cognitivo, de acordo com o MEEM e, portanto, estavam aptos a participar do estudo, compondo a amostra do mesmo.

A produção de dados ocorreu no mês de agosto de 2012, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, que foi gravada (MP4), com variáveis que possibilitaram caracterizar os sujeitos; e questionamentos acerca da vivência deles após a amputação; aplicação do Índice de Katz (IK) e do Índice Charlson de Comorbidades (ICC); além da observação dos prontuários.

Nesse processo de constantes descobertas, as entrevistas foram analisadas seguindo três momentos: a) Pré-análise: Refere-se à capacidade de compreender a linguagem do sujeito; a leitura em que surgem hipóteses ou questões norteadoras, sendo sistematizadas as principais ideias; b) Exploração do material: consiste na operacionalização das ideias

construídas na fase anterior. Serão discriminações espontaneamente percebidas nas descrições dos sujeitos quando o pesquisador assume uma atitude psicológica e a certeza de que o texto é um exemplo do fenômeno pesquisado. Caracteriza-se pela descrição analítica e seleção das unidades de análise ou unidades de significados; c) Tratamento dos resultados: o pesquisador condensa e destaca as informações para análise, culminando na interpretação referencial e/ou processo de categorização.

Vale ressaltar, ainda, que se utilizou a Análise de conteúdo, na modalidade de Análise temática, sob a perspectiva de Bardin, a qual consiste em um método de análise que aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso.¹⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os entrevistados, dois se caracterizam por serem do sexo feminino e um do sexo masculino. Esta predominância do sexo feminino confronta com outros estudos^{15, 16} realizados no Brasil, nos quais a maior ocorrência da amputação em decorrência do DM era no sexo masculino. No entanto a literatura ainda não define claramente a relação entre a amputação e o sexo masculino, mas os mesmos estudos apontam que esse fato pode estar associado ao maior autocuidado realizado pelas mulheres, possibilitando assim prevenir os fatores de risco relacionados com as amputações decorrente do DM.

Os sujeitos pesquisados possuem idade entre 64 e 75 anos. Esse dado corrobora uma pesquisa realizada em uma clínica vascular de um hospital público de uma cidade da região nordeste, no ano de 2011, na qual se observou maior frequência de amputação em indivíduos diabéticos com faixa etária entre 60 e 70 anos em relação às faixas mais avançadas¹⁷. De acordo com a literatura, a maioria dos pacientes submetidos à amputação é de idosos, sendo que esse número está aumentando em função do envelhecimento populacional e da prevalência de doenças vasculares periféricas. A incidência de amputações nesses membros aumenta após os 55 anos de idade, principalmente no sexo masculino.¹⁸

Do total de sujeitos, um era procedente do interior de Alagoas e dois da capital do estado. Dois eram solteiros e um era casado. Já a quantidade de filhos referida por eles varia entre dois a sete.

Dentre eles, o nível de escolaridade é variável, pois um deles é analfabeto, um tem o ensino fundamental incompleto e um

concluiu o ensino médio. Sabe-se que a condição de baixa escolaridade pode dificultar o acesso às informações, resultando em menores oportunidades de aprendizagem quanto ao cuidado com a saúde, especialmente ao se considerar que no DM os próprios portadores desenvolvem grande parte de seus cuidados e, para tanto, necessitam ter algum conhecimento sobre a patologia.⁶

Em relação ao tempo de residência na instituição, todos os sujeitos tinham em média três anos. Quanto à existência de um cuidador próprio para auxiliá-los em suas atividades, todos os indivíduos negaram. No que diz respeito ao tempo de descoberta do DM, os sujeitos tinham entre três e 28 anos, evidenciando que os entrevistados tem um tempo de diagnóstico considerável, encontrando-se em condições de refletir sobre suas experiências. Já em relação ao tempo de amputação, os entrevistados tinham entre um e três anos.

Quando argumentados sobre a locomoção, todos os idosos responderam que necessitam do apoio de cadeira de rodas para desempenhar essa ação.

Sabe-se que a Amputação de Membros Inferiores configura uma das complicações crônicas com grande potencial incapacitante e alta morbidade. Para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade tanto no processo do envelhecimento quanto na presença de doenças crônico degenerativas e de seus agravos, a aplicação do IK mostrou-se útil.

Em relação às ABVD's, avaliadas pelo IK, foi constatado que o primeiro dos entrevistados era dependente para a realização de todas as funções, o segundo era independente para todas as funções exceto banho e mais uma adicional; e o terceiro era independente para todas as funções exceto banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional. Cada um desses entrevistados representou 33,3% da amostra.

Quando questionados sobre a existência de problemas de saúde que poderiam afetar o desempenho das atividades de vida diária, os participantes do estudo referiram, em sua totalidade, apresentar ansiedade/transtorno do pânico, DM, Hipertensão Arterial Sistêmica e insônia.

Por meio da análise das falas, em relação à vivência do idoso após a amputação, surgiram três categorias, das quais se puderam extrair núcleos de sentido para cada uma delas conforme descritas abaixo.

A primeira categoria visou compreender como se deu o percurso até a amputação. Como núcleos do sentido, obtiveram-se informações de que a DM era controlada, de

que não existia nada e o relato do aparecimento de úlceras e cuidados com elas.

Nas falas dos sujeitos, prevaleceram os relatos de apresentação de ferimentos precedentes à amputação e o idoso responsabiliza o cuidador pelo sua situação atual-amputação. Assim como o descuido se deu no posto de saúde, tendo sua lesão uma evolução péssima, com relato de criar bicho.

Formou duas borbulhas atrás, no calcanhar, aí ficou dessa grossura a batata da perna, eu não podia nem tocar (I3).

A experiência da amputação é relatada desde o início, quando os fatores predisponentes (bolhas e feridas) apareceram, dando partida a uma série de eventos que culminaram na amputação do membro. Inicialmente foram realizados curativos na Unidade de Saúde, mas os cuidados com o membro não foram suficientes para impedir o progresso da lesão, à medida que o médico é procurado e, pelo estado avançado da lesão, o problema só tem uma solução: a amputação. Esse fato é evidenciado a partir do discurso de I2:

Deram um nó na minha perna que prendeu a circulação [...], aí criou uma ferida na borbulha que virou uma úlcera. Aí eu não liguei. [...] Eu fui me cuidando no posto de saúde e chegou a criar até bicho no pé, aí tive que amputar (I2).

Apenas um idoso referiu não ter apresentado solução de continuidade antes da amputação.

Eu num tinha nada, eu num comia nada, nunca. A pressão e diabetes eram controladas. (I1)

Estudos^{4,6} apontam que cerca de 87% dos casos de amputações em diabéticos são precedidos de ulcerações nos pés, caracterizadas por lesões cutâneas com perda do epitélio, as quais se estendem até a derme ou a atravessam e chegam aos tecidos mais profundos, envolvendo algumas vezes ossos e músculos. No entanto essas afecções podem ser prevenidas com um acompanhamento multidisciplinar adequado, além da ajuda dos familiares no controle do diabetes e também no autocuidado com o pé de risco.⁴

Na segunda categoria, em que os indivíduos foram questionados acerca do que representa ser diabético com amputação, puderam-se extrair quatro núcleos de sentido: significa vivenciar um cotidiano permeado por dificuldades e restrições; representa tristeza; relato de falha no esclarecimento de informações sobre o processo de amputação e arrependimento de ter se submetido a ela; e significa perceber a

ameaça constante de vir a apresentar outras complicações.

A primeira unidade de significação diz respeito às limitações impostas pelo estado de saúde, na qual um dos sujeitos relatou sentimentos de angústia e restrições, conforme é possível observar a partir da leitura da fala, a seguir:

Né bom não, eu num acho que é bom não. [...] As comidas que eu tenho vontade de comer não posso comer por causa da diabetes, porque se eu for comer aumenta. Eu sem comer já aumenta a glicose, pior se eu comer (I3).

Uma das dificuldades de aceitar a condição de diabético foi em relação aos prazeres da alimentação, visto que o mundo circundante representa um apelo ao degustar. Ao surgir uma complicação como a amputação de membros, as recomendações dietéticas devem ser seguidas à risca, de uma forma mais rigorosa, gerando mais oportunidades de transgressão e sentimentos de não aceitação.¹⁹

A dieta do diabético deve manter a glicose no sangue o mais próximo possível do nível fisiológico normal, a fim de prevenir ou retardar o desenvolvimento e progressão de complicações renais, oculares, neurológicas, cardíacas e vasculares.

Outro sentimento referido por um dos sujeitos do estudo foi o de tristeza, evidenciado a partir do discurso a seguir:

Foi triste. Foi sim que eu fiquei sem minha perna. Todo dia eu choro. (I1)

Com a amputação, os pacientes tendem a se sentir vivenciando uma tragédia, uma vez que a experiência da mutilação é devastadora. Sintomas depressivos são mencionados com frequência por pessoas com amputações, pois elas apresentam tristeza, pesar, episódios de choro, isolamento social, perda de apetite, dificuldade para dormir, entre outros. Sintomas como a tristeza e o pesar são respostas esperadas após a perda do membro, porém o indivíduo no período pós-operatório deve ser acompanhado de forma mais cautelosa pela equipe de saúde e familiares, pois o surgimento de uma depressão pode resultar em maiores complicações, por representar um risco significativo para o aumento de morbidade e mortalidade nesses pacientes.²⁰

Nesta fase de dor pela perda do membro, os pacientes tendem a demonstrar arrependimento por se terem submetido à amputação. De acordo com a literatura, nenhuma outra emoção humana é tão aflitiva e dolorosa quanto o arrependimento. Este, às vezes, pode tornar-se um sentimento aterrorizante, uma vez que somos

diretamente responsáveis por uma perda que sofremos, mesmo que isso seja necessário. Quando ocorre uma perda genuína, o sentimento de remorso, muitas vezes, é violento e persistente.¹¹

Em seu discurso, um participante se mostra ainda inconformado com seu estado físico, deixando transparecer o sentimento de traição pela profissional que lhe passou informações a respeito do procedimento cirúrgico ao qual ele iria submeter-se.

Ela me avisou antes que ele ia cortar, mas não doía não, e só era na perna. Ela não falou que era a coxa não. Se eu soubesse que era na coxa eu não tinha ido não. Perder a perna por brincadeira, mulé (I1).

No período pré-operatório, a meta da equipe de saúde deve ser conseguir que o paciente seja ativo na descoberta do processo de tratamento, de maneira que ele participe com autonomia desde a decisão de amputar até o processo de reabilitação.²⁰

Os profissionais de saúde devem estar abertos para dúvidas e esclarecimentos sobre os quais o paciente queira perguntar, estabelecendo uma comunicação aberta. Neste processo de comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, faz-se necessária uma atenção individualizada do profissional com o paciente, ter escuta ativa, abrir espaço para questionamentos e respondê-los com honestidade, usar uma linguagem acessível, oferecer ao paciente a sensação de controle e estimular a participação ativa dele no processo de decisão.²⁰

A comunicação entre o profissional de saúde e o paciente deve ser, portanto, honesta e realística, avaliando a aceitação e compreensão das informações recebidas, bem como assegurando os cuidados posteriores e suporte para enfrentar as situações que ocorrerão.²⁰

Foi possível extrair, a partir das falas dos sujeitos, o sentimento de medo diante da possibilidade de vir a apresentar outras complicações da DM. I2 demonstra aflição ao que sua situação de dependência pode evoluir.

Eu tenho medo de perder essa outra. [...] Aqui tem uma mulher que tem as duas pernas amputadas. Se eu chegar a esse ponto eu num sei de mim o que vai ser (I2).

A pessoa que já experienciou uma amputação descobriu previamente a dor da perda e sente a ameaça permanente de uma nova amputação, que é algo que pode ou não estar próximo. O medo é desvelado da amputação prévia do próprio membro, é o pavor, visto que há a possibilidade de vir a

apresentar outras complicações, o que já é algo conhecido e familiar.¹⁹

Pessoas com úlcera e/ou amputação prévia possuem importantes fatores de risco para recidivas, uma vez que a existência de alguma dessas complicações aumenta em cerca de 14,5 vezes a possibilidade do indivíduo sofrer outra amputação, já que eles apresentam a vascularização comprometida.²¹

Além do risco aumentado de o paciente precisar se submeter a outras amputações, o diabético amputado tem um prognóstico desanimador, visto que a porcentagem de sobrevida é de 50% após três anos da primeira amputação e, no prazo de 10 anos, o índice de mortalidade chega à estimativa entre 39 e 68%.¹¹

Portanto, torna-se de grande valia reforçar as orientações aos indivíduos diabéticos, em especial àqueles que já foram submetidos a alguma amputação, quanto à importância dos cuidados com a pele, inspeção dela e o uso de calçados adequados que não venham a apertar o pé, e o proteja de injúrias extrínsecas.⁶

A terceira categoria do estudo viabilizou conhecer as dificuldades vivenciadas pelos sujeitos após a amputação. Durante as falas dos indivíduos, foi possível destacar três núcleos de sentido: a necessidade constante do auxílio de outras pessoas para a realização de atividades básicas, como banhar-se; o comprometimento do andar; e o isolamento social.

A dificuldade mais referida pelos sujeitos do estudo foi a limitação que eles sofrem por já não serem detentores de um corpo “completo”. Dos três entrevistados, dois associaram o atual estado físico ao sentimento de dependência.

Pra ir no banheiro tem que ter uma pessoa, pra tomar banho tem que ter uma pessoa (I2).

Tem hora que eu penso assim “ah, quem era eu e agora quem eu tô, né?” [...] Quando eu tava boa eu andava, passeava pra os cantos, viajava [...], farrava. [...] Eu trabalhava. [...] Pois é, nem poder andar, nem fazer nada (I3).

O comprometimento da saúde em virtude do DM implica, muitas vezes, a perda concreta de órgãos através de cirurgias mutiladoras, bem como mudanças de hábitos e costumes, levando a um rebaixamento da autoestima e do autoconceito.⁴

Com a amputação, as atividades diárias estarão mais limitadas, impondo dificuldades em realizar tarefas simples, assim como acarretando uma imagem corporal diferente, a qual pode ser rejeitada e difícil de ser aceita. Esse fato pode ser evidenciado tanto no amputado que perdeu apenas um ou dois

dedos, como também no indivíduo que perdeu todos os dedos ou até um membro completo.⁴

Comumente, a imagem que o indivíduo amputado passa a ter de si é de uma pessoa “deficiente”, incapaz, muitas vezes tornando-se um incômodo para a família e as pessoas próximas a ele. Depender de alguém até para a mais simples das atividades gera um sentimento de inutilidade, tristeza e até mesmo rejeição do próprio corpo.²²

Outra consequência da amputação, referida na fala de um dos entrevistados, foi o afastamento de amigos, conforme evidenciado a seguir:

A irmã do Roberto não quis mais saber de mim. Ela vinha sempre. [...] Agora não vem mais (I1).

O isolamento que a doença acarreta na vida dos amputados muitas vezes é caracterizado e decorrente das restrições, limites e possibilidades diminuídas de “viver a vida” por causa da dificuldade de movimentar-se, da necessidade de privar-se do convívio de outras pessoas, ou da impossibilidade de continuar trabalhando e até de ter seus momentos de lazer.⁸

O estigma social está presente em muitos grupos sociais, porém existe ainda a possibilidade de alguns indivíduos amputados utilizarem o mecanismo de defesa da projeção de seus sentimentos negativos sobre os outros, visto que conscientemente não aceitam estes sentimentos e os transportam para outras pessoas ou para a sociedade como um todo, culpando-os pelas suas dificuldades.²⁰

As modificações que acontecem no cotidiano do indivíduo em virtude da amputação são de grande dimensão, impactantes e significam uma vivência difícil para o ser diabético amputado, quando revelam sofrimento provocado pela dependência, pelo isolamento social que é fruto da dependência da acessibilidade e de outros fatores. Os indivíduos amputados referem solidão, gostariam de participar ativamente da vida social, familiar e comunitária. Desta forma, a amputação acaba acarretando a limitação e, com ela, a acomodação do indivíduo.²³

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que todos os sujeitos tinham mais de um ano de amputação de membros, o que evidencia que eles já tinham condições, em questão de tempo, de refletir sobre suas experiências.

Constatou-se que a trajetória para a amputação, em 66,6% dos sujeitos, teve como fatores precedentes à amputação ferimentos e bolhas nos pés. Tais resultados poderiam ter

sido evitados com um acompanhamento sistemático do diabético, com ênfase no exame dos pés, assim como, com o diagnóstico precoce da doença e orientação do profissional de saúde ao portador de DM.

Evidenciou-se que vivenciar a amputação é uma experiência triste, dolorosa, angustiante e difícil. Entretanto, a maneira como os indivíduos podem enfrentar a situação varia de sujeito a sujeito, a depender dos valores e do emocional de cada um deles.

As dificuldades encontradas pelos sujeitos após a amputação estavam relacionadas com a relação social, que se tornou comprometida, e a dependência física, como mostrou o resultado do índice de Katz. Eles preocupavam-se com a dependência, referindo um mundo marcado por sofrimento.

Experienciar uma amputação gera sentimentos de tristeza, culpa por estar com o corpo alterado, o desejar algo perdido, além de fazer com que os indivíduos sintam-se segregados do meio em que vivem, por terem uma parte do corpo ausente, diferentemente dos outros membros da sociedade. Portanto, conhecer o viver do sujeito amputado é fundamental para tornar a assistência mais integrada, com vistas a valorizar as singularidades dele, além de favorecer o processo de reabilitação.

Ao conhecer a experiência vivida por eles, apreende-se que os profissionais da saúde, aqui, especificamente, da enfermagem, repensem sua estratégia de cuidado ao idoso em um contexto mais abrangente, assim como proporcionem uma atuação de maneira mais dirigida às singularidades e reais necessidades dos idosos diabéticos e amputados. Percebemos que, somente a partir da compreensão acerca da vivência destes, é possível tornar a assistência mais integrada, de maneira que favoreça a presença ativa do indivíduo no seu processo de tratamento, estimulando a autonomia dele e, com isso, favorecendo o processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS

1. Banza MMS, José HMG. Projeto de intervenção em saúde comunitária envelhecimento ativo - amadurecer em saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Aug [cited 2012 Nov 22]; 6(8):1812-8. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3023> DOI: 10.5205/01012007
2. Reiners AA, Azevedo RC, Vieira MA, Arruda AL. Produção bibliográfica sobre adesão/ não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2008 Dec [cited 2012 Nov 22]; 13(supl.2):2299-2306. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a34.pdf>
3. Moraes WL, Alencar AM. Diabetes mellitus: a vivência do indivíduo frente à amputação. Cad cult cienc [Internet]. 2007 [cited 2012 Nov 22]; 1(1):70-82. Available from: http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/6/V1n1art6_2007
4. Reck LL, Silveiro SP, Azevedo DF, Azevedo MJ. Diabetes Melito: Diagnóstico e complicações. Rev HCPA [Internet]. 2010 [cited 2012 Nov 27]; 30(4). Available from: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/18304/10898>
5. Rocha RM, Zanetti ML, Santos MA. Comportamento e conhecimento: fundamentos para prevenção do pé diabético. Acta paul enferm [Internet]. 2009 Feb/Apr [cited 2012 Nov 24]; 22(1):17-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1.pdf>
6. Ruschel AP, Milano D, Berlezi EM, Schneider RH. Condições vasculares periféricas do pé diabético em idosos. RBCEH [Internet]. 2009 July/Dec [cited 2012 Dec 02]; 5(2):88-100. Available from: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/126/250>
7. Lucas LP, Barichello E, Zuffi FB, Barbosa MH. A percepção dos portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 em relação à amputação. Rev eletr enferm [Internet]. 2010 Sept [cited 2012 Dec 02]; 12(3):535-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a17.htm>
8. Lopes FM, Brito LL. Fatores associados ao estado funcional de idosos com amputação por diabetes. Rev baiana de saúde pública [Internet]. 2009 Apr [cited 2012 Dec 02]; 33(3): 402-415. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a008.pdf>
9. Chini GC, Boemer MR. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. Rev latinoam enferm [Internet]. 2007 Mar/Apr [cited 2012 Dec 02]; 15(2):01-08. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21
10. Ribeiro LCC, Alves PB, Meira EP. Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. Cienc cuid saúde [Internet]. 2009 Apr/June [cited 2012 Nov 24]; 8(2):220-7. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CienCuidSaude/article/view/8202/4929>

11. Dell'Acqua MC, Miyadahira AM, Ide CA. Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e as competências clínicas. Rev esc enferm USP [Internet]. 2009 Apr [cited 2012 Nov 24]; 43(2):264-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a02v43n2.pdf>
12. Luciani JC, Cardoso NJ, Beuren IM. Inserção da controladoria em artigos de periódicos nacionais classificados no sistema Qualis da Capes. Contab vista rev [Internet]. 2007 Jan/Mar [cited 2012 Dec 02]; 18(1):11-26. Available from: <http://web.face.ufmg.br/face/revista/index.php/contabilidadevistaerevista/article/view/317/310>
13. BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
14. Tavares DM, Dias FA, Araújo LR, Pereira GA. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. Rev bras enferm [Internet]. 2009 Nov/Dec [cited 2012 Dec 02]; 62(6):825-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a04v62n6.pdf>
15. Milioli R, Vargas MAO, Leal SMC, Montiel AA. Qualidade de vida em pacientes submetidos à amputação. Rev enferm UFSM [Internet]. 2012 May/Aug [cited 2012 Dec 03]; 2(2):311-319. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4703/3755>
16. Santos ICRV, Nunes ENS, Melo CA, Farias DG. Amputações por pé diabético e fatores sociais: implicações para cuidados preventivos de enfermagem. Rev RENE [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2012 Dec 03]; 12(4):684-91. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/283/pdf>
17. Santos LF, Fritzen PG, Gonçalves BR, Melo AS, Silva VF. Perfil das amputações de membros inferiores de pacientes cadastrados na associação de deficientes físicos de Apucarana. Rev saúde pesq [Internet]. 2010 Jan/Apr [cited 2012 Dec 03]; 3(1):59-64. Available from: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/article/view/1327/1043>
18. Batista>NNLAL, Luz MHBA. Vivências de pessoas com diabetes e amputação de membros. Rev bras enferm [Internet]. 2012 Mar/Apr [cited 2012 Dec 03]; 65(2):244-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a07.pdf>

19. Gabarra LM, Crepaldi MA. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. Aletheia [Internet]. 2009 July/Dec [cited 2012 Dec 03]; 30:59-72. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06.pdf>
20. Assumpção EC, Pitta GB, Macedo AC, Mendonça GB, Albuquerque LC, Lyra LC et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. J vasc bras [Internet]. 2009 May [cited 2012 Dec 03]; 8(2):133-8 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a06v8n2>
21. Silva SE, Padilha MI, Rodrigues IL, Vasconcelos EV, Santos LM, Souza RF et al. Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. Rev bras enferm [Internet]. 2010 May/June [cited 2012 Dec 03];63(3):404-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a09v63n3.pdf>
22. Hirota CM, Haddad MC, Guariente MH. Pé diabético: o papel do enfermeiro no contexto das inovações terapêuticas. Cienc cuid saude [Internet]. 2008 Jan/Mar [cited 2012 Dec 03]; 7(1):114-120. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4955/3218>

Submissão: 09/12/2012

Aceito: 26/11/2013

Publicado: 01/01/2014

Correspondência

Elisabeth Fragôso Guimarães Bello
Universidade Federal de Alagoas
Conjunto Senador Rui Palmeira / bloco 3A /
Ap. 404 / Bairro- Serraria
CEP: 57046-340 – Maceió (Al), Brasil