

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VANESSA GRUDZINSKI

**SIGNIFICADO DA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NO
PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Porto Alegre

2008

VANESSA GRUDZINSKI

**SIGNIFICADO DA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NO PÓS-
OPERATÓRIO IMEDIATO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Professora Orientadora: Maria da Graça O. Crossetti

Porto Alegre

2008

AGRADECIMENTOS

Expresso meus agradecimentos:

Aos meus pais, Marlene e Helio, pelo incentivo e apoio que dispuseram a mim, mesmo distantes, durante toda a Faculdade.

Ao Bruno, meu amor, amigo e companheiro, pela paciência, compreensão nos momentos de angústia e pela ajuda técnica nos momentos de sufoco em frente ao computador.

À minha orientadora, Prof^a Dr.^a Maria da Graça Oliveira Crossetti, que ao longo deste estudo acreditou na minha capacidade, incentivou e respeitou minhas idéias.

“...as verdadeiras dificuldades não estão na vida,
mas dentro de nós, na maneira como as
enfrentamos.”

Maria Francilita Frota Loureiro

RESUMO

Este estudo tem por objetivo conhecer o significado da amputação parcial ou total do(s) membro(s) inferior(es) no pós-operatório imediato. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório-descritivo. Constituiu campo de estudo o Hospital Ernesto Dornelles. A população compreendeu os pacientes adultos submetidos à cirurgia de amputação de membro inferior internados nas unidades, do campo de estudo e a amostra foi de 6 participantes, dentre eles 3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino. A coleta de dados deu-se através de entrevista semi-estruturada. Essa pesquisa seguiu as determinações da resolução 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, que legisla sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Para a análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (1977) em que emergiram as seguintes categorias: família - suporte essencial; mudança no estilo de vida - uma necessidade imposta; revolta - não aceitação da amputação; fragilidade emocional - a existencialidade humana; medo - o futuro incerto; membro fantasma - a dura realidade; orientação à saúde - uma necessidade sentida; e, a esperança - o olhar para o futuro.

As categorias proporcionaram conhecer o significado da amputação do membro inferior no pós-operatório imediato.

DESCRITORES: Significado da amputação, Amputação, Pós-operatório imediato.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	9
3 CONTEXTO TEÓRICO	10
4 METODOLOGIA	13
4.1 Tipo de estudo	13
4.2 Campo de estudo	13
4.3 Participantes do estudo	13
4.4 Coleta das informações	14
4.5 Análise das informações	14
4.6 Aspectos éticos	15
5 DESCOBRINDO O SIGNIFICADO DA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO	17
6 COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DA AMPUTAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES	31
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados	37
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	38
ANEXO A - Carta de aprovação da COMPESQ/ENF	39
ANEXO B - Parecer da Comissão de Ética Médica/HED	40

1 INTRODUÇÃO

Durante a graduação de enfermagem, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao longo de minhas vivências profissionais, convivi com pacientes submetidos a cirurgia de amputação, os quais me fizeram refletir e questionar a respeito dos sentimentos experimentados por estes, diante da necessidade de realizar a amputação. Ao conversar com alguns pacientes, percebia que se fazia necessário compreender melhor seus sentimentos, para que desta forma, a partir das necessidades de cada um, a enfermagem pudesse estabelecer intervenções adequadas, de modo a esclarecer dúvidas e consequentemente, contribuir para reduzir a ansiedade dos mesmos.

Observei que um número expressivo de pacientes, que acompanhei ao longo de suas internações, eram, antes da cirurgia, pessoas comunicativas, otimistas e alegres apesar da dor manifesta no membro inferior doente. Contudo após a cirurgia este modo de ser se modificava, pois percebia que muitos destes pacientes perdiam o “brilho” de antes. Se tornavam tristes, deprimidos, com sentimento de desesperança em relação à vida, fato constatado pela verbalização de um paciente, quando afirmou “preferia morrer do que ter de passar por tudo isso...”. E o que mais me preocupava era que pareciam não estar recebendo um suporte emocional adequado, da equipe de saúde. Alguns pacientes falavam que não tinham com quem desabafar ou esclarecer suas dúvidas, e a cada dia que passava observava-se que a situação só ficava pior, pois devido a parte emocional abalada e pela má alimentação decorrente da falta de apetite, começavam surgir disfunções orgânicas e consequentemente estas contribuíam para evolução das complicações pós-operatórias.

Observava, que algumas pessoas apresentavam sentimentos ambivalentes ao longo do processo perioperatório, que corresponde ao período pré e ao pós-operatório. Em alguns momentos falavam que estavam contentes com a retirada do membro doente, pois esta parte do corpo só estava lhe trazendo dor, tristeza e obrigando a permanecer internado para receber analgésicos fortes ao longo de vários meses de tratamentos na tentativa de evitar a amputação, e assim estariam livres de todo sofrimento enfrentado. Por outro lado, o medo da amputação aparecia expresso na verbalização da necessidade de depender dos “outros” e, medo de se tornar um “estorvo” na vida dos familiares e amigos. Em alguns casos, segundo informação dos pacientes, nem todos dispunham de familiares para auxiliar nos cuidados, alguns pela necessidade dos familiares trabalhar e outros por serem “sozinhos”, ou seja, não tinham mais familiares, contando apenas com a ajuda de amigos.

De acordo com Chini (2007) a amputação é dotada de sentimentos ambíguos que interagem entre si e permanecem unidos, durante toda internação e, possivelmente, após a alta. Perder parte do corpo é doloroso e impõe um novo modo de viver, de estar-no-mundo e se relacionar com ele, exigindo um redimensionar, pois o corpo foi afetado e, conseqüentemente, a percepção do mundo e das coisas. Chini (2007) segue afirmando que por mais que seja difícil ou doloroso ser uma pessoa amputada, o paciente se rende à situação limite/limitante em que se encontra, na doença crônica, e opta pela realização da cirurgia, com esperança de acabar com a dor física ou de se manter no mundo, afastando a idéia de morte próxima. Contudo, desvelam-se sentimentos opostos em que tornar-se dependente é assustador, motivo de infelicidade, de insegurança, de medo. O amputado passa a preocupar-se com a dependência, vislumbrando-a como um futuro marcado por sofrimento.

Dessa forma, Chini (2007) salienta a importância da reabilitação, para que o paciente retorne à sociedade como uma pessoa independente, apesar da deficiência. A reabilitação deve ser capaz de levar ao paciente perspectivas de um fazer cotidiano ideal, de um existir modificado, que permita manter a abertura ao mundo e às coisas.

Certa vez, uma paciente falou que nunca mais sairia de casa, se tivesse que andar de cadeira de rodas, por que não aceitava ter de aparecer em público sentada em uma cadeira, necessitando ser carregada por alguém. A aceitação de sua nova condição estava bastante difícil, pois havia sido submetida a amputação das duas pernas em menos de duas semanas. Afirmava, que estava sendo tudo “novo”, ficou dependente de alguém para cuidados de higiene e conforto e necessitava de fraldas para suas eliminações. Era tudo muito difícil, relatava a paciente, pois em poucos dias deixou de ser independente para atividades tão corriqueiras, as quais realizava sem se dar conta. Segundo Santana (2000 p. 95,) “...nem sempre esse ser se encontra preparado para conviver com esse corpo reduzido”. Essas situações são vividas, geralmente, de forma emergencial e o preparo, tanto dos profissionais quanto dos pacientes submetidos a amputação, carecem de maiores reflexões (SANTANA, 2000).

Talvez estes pacientes, merecessem receber um tratamento diferenciado durante o período pré-operatório, devido à cirurgia mutiladora e “agressiva” a qual serão submetidos, em que receberiam informações a fim de amenizar a angústia pelo desconhecido. Acredita-se que alguns profissionais, trabalham com propósito de aliviar a dor, promover a cicatrização da incisão sem perceber as alterações emocionais que este paciente está vivenciando e quando as percebem, o dano já se instalou, tal como, a depressão.

Chini (2007) acredita que a enfermagem deve olhar a pessoa amputada, a partir da sua perspectiva, permitindo assim um cuidar direcionado à singularidade da pessoa e à particularidade da experiência por ela vivida. A enfermagem necessita despertar para o que vai além da dimensão biológica, pois o foco da profissão é o cuidar, que deve ser feito de modo que ganhe amplitude em diferentes dimensões do processo de cuidar.

Neste contexto, acredita-se que seria importante o paciente iniciar um suporte emocional e esclarecimento de dúvidas antes da cirurgia, evitando quadros graves de alterações de humor e emoções, desmotivação e conseqüentemente déficit do auto-cuidado, inapetência entre outras complicações, provavelmente evitáveis.

Como se não bastasse a dor fisiológica, relacionada ao procedimento cirúrgico, alguns enfrentam a dor no membro fantasma, que traz sensações de dor semelhantes às anteriores à cirurgia. De acordo com Barros (2005), membro fantasma é a expressão usada se ocorrer uma amputação de alguma parte do corpo, as sensações provenientes do membro fantasma são principalmente táteis e cinestésicas, provocando coceira e dor, despertando vontade de movimentar o membro amputado. Também é freqüente a negação da perda do membro, principalmente nos primeiros dias de pós-operatório, evidenciadas comumente por quedas ao solo, após tentativa de deambular sem auxílio, como se o membro amputado ainda estivesse presente.

Estas constatações motivaram a realização deste estudo na busca de se conhecer a percepção do paciente com membros inferiores amputados. Neste sentido como questão de pesquisa têm-se: qual o significado da amputação de membro(s) inferior(es) no pós-operatório imediato?

O resultado deste estudo ressalta a importância do trabalho da enfermagem, no sentido de contribuir positivamente, na recuperação dos pacientes submetidos a cirurgia de amputação de membros inferiores. Portanto, sob a ótica destes pacientes descobriu-se suas percepções em relação às suas condições biopsico-sociais, desta forma, pode-se obter subsídios para intervir de modo a promover resultados positivos de enfermagem, que expressem mudanças das respostas humanas destes pacientes.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é: conhecer o significado da amputação parcial ou total do(s) membro(s) inferior(es) no pós- operatório imediato.

3 CONTEXTO TEÓRICO

A amputação é a retirada cirúrgica total ou parcial de um membro, necessária geralmente como resultado da perfusão tecidual inadequada, trauma grave, tumor maligno ou deformidade congênita. Pode ser classificada como aberta (guilhotina), usada em casos de pacientes com infecção ou que possuem graves riscos cirúrgicos, neste caso a lesão cura por granulação ou fechamento secundário e, fechada (mioplástia ou em retalho), quando o membro residual é coberto por retalho cutâneo. Esta é a técnica mais comumente empregada para a doença vascular (NETTINA, 2003).

Smeltzer e Bare (2005) afirmam que as causas mais freqüentes para amputação, em pessoas jovens, são traumatismos graves ou tumores, enquanto que em pessoas mais idosas a principal causa é relacionada à doença vascular periférica, caracterizada pela redução de fluxo sanguíneo através dos vasos periféricos. De acordo com Ochoa-Vigo (2005) cinquenta por cento das amputações não-traumáticas de membros inferiores estão relacionadas ao diabetes e o risco de amputação é quinze vezes maior do que na população geral.

Mesmo com uma tecnologia avançada em termos de materiais e o avanço das técnicas cirúrgicas, definir o nível de amputação não é tarefa fácil. De acordo com Loureiro *et al* (2002) quanto mais distal for a amputação, menor será o gasto energético do paciente ao efetuar manobras e desta forma contribui positivamente com a adaptação as próteses, além de que os custos financeiros serão menores e o retorno ao convívio social e profissional será mais rápido.

A amputação do membro inferior pode ser um procedimento com risco de vida, principalmente nos pacientes com mais de 60 anos de idade e com doença vascular periférica. A morbidade significativa acompanha as amputações acima do joelho por causa da associação à precária saúde e doença, assim como das complicações de sepse e desnutrição, além da agressão fisiológica da amputação (NETTINA, 2003).

Diogo (1993) acredita que a enfermagem se refere de maneira superficial ao estado psicológico do paciente submetido à amputação, se preocupando com o atendimento físico do paciente, pouco se importando com a assistência às reações emocionais.

A presença da deficiência física aumenta o sentimento de inutilidade e dependência, provoca alterações na auto-imagem e autoconceito. Para Santana (2000 p.95), “o corpo representa o homem, nossa presença no mundo, e, também por esse corpo ter sido e estar cada vez mais sendo valorizado pela sua exterioridade, tornando-se mais importante a sua aparência”. Mesmo que a pessoa receba um bom preparo psicológico, dificilmente terá uma

auto-estima positiva, pois a sociedade reforça que a pessoa amputada é “inválida” para o trabalho, relação familiar e social. Neste momento, destaca-se a importância da família e amigos na tentativa de promover um autoconceito e auto-estima positivos.

Com o trabalho de Diogo (1993), ficam evidentes os sentimentos de depressão, dependência, desespero diante da nova condição, revolta e tédio que surgem em diferentes momentos após a amputação. A autora também cita o conformismo e aceitação que passam a ser mais constantes após um período maior posterior à cirurgia.

Segundo Eliopoulos (2005 p. 392), “a reabilitação pode ser considerada como o esforço que ajuda o indivíduo a encontrar caminho para melhorar sua capacidade funcional, maximizando sua independência, para que tenha um senso de bem-estar e desfrute da vida com satisfação”.

Diogo (2000), sugere que a reabilitação deve iniciar logo após a hospitalização, para que o paciente atinja um bom nível de independência e autocuidado nas AVD. Pois a inatividade imposta durante este período prejudica a capacidade funcional, podendo contribuir para o surgimento de problemas físicos adicionais. As “atividades da vida diária”(AVD), exploram as habilidades do paciente para satisfazer as necessidades básicas como comer, fazer a higiene, vestir-se, ir ao banheiro e mover-se (ELIOPOULOS, 2005).

A independência na realização das AVD é de grande importância na vida das pessoas pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independente da faixa etária, a dependência pode afetar a dinâmica familiar, interferindo nas relações e no bem estar da pessoa dependente e do grupo familiar (DIOGO, 2000).

A atuação da enfermeira na equipe multidisciplinar está centrada no processo educativo com o paciente e seus familiares, tendo como finalidade a sua independência funcional, a prevenção de complicações secundárias, sua adaptação e da família à nova situação. Para isso, deve elaborar um plano assistencial individualizado, respeitando os diferentes estágios de reabilitação, suas limitações, o contexto familiar e social do paciente, enfatizando seu potencial remanescente e sua capacidade de autocuidado (DIOGO, 2000).

Santana (2000), nos traz a idéia de o que corpo fala e, este silencia após a amputação. Silencia porque parte do corpo não se encontra mais presente, mas existe no imaginário.

Segundo o filósofo Merleu-Ponty (1971, p. 465):

Percebo e sou percebido através de meu corpo, pois ele é o veículo do ser-no-mundo e, dessa forma, não se tem um corpo, mas é-se um corpo. O “corpo próprio” ou o “corpo vivido” é aquele que, através do sensível, exerce a comunicação vital com o mundo, sendo esse aquilo que se vive e não o que se pensa. O corpo é nosso meio de ter o mundo e é por ele que há

a relação com os outros, com as coisas, com o próprio mundo, experienciando o próprio corpo.

Os estudos sobre membro-fantasma surgiram após relatos de pessoas que sofreram amputação de algum membro, ou até mesmo em pacientes tetraplégicos que diziam sentir sensações da presença do membro perdido ou inativo, as quais muitas vezes eram dolorosas. Durante muito tempo, acreditava-se que a origem da sensação fantasma era psíquica, no entanto, hoje acredita-se que tal fenômeno está relacionado também com o fisiológico, a partir da reorganização cortical, que consiste em alterações estruturais na representação topográfica dos mapas corticais (DEMIDOFF *et al*, 2007).

Alguns estudos trazem a idéia de que a dor no membro fantasma em pacientes amputados pode expressar uma tentativa de reintegração corporal, visto que a amputação pode alterar a imagem corporal, comprometendo o sentido de integridade do indivíduo. Segundo Schilder (2000) imagem corporal é: "... a figuração de nosso corpo formada em nossa mente", ou seja, como o nosso corpo se apresenta para nós e como o percebemos. Com a amputação o indivíduo sofre alterações na imagem corporal, fazendo-se necessária a reintegração da nova imagem corporal. Este processo será influenciado pelo auto-conceito de cada pessoa, que poderão alimentar sentimentos de inferioridade, caso seu auto-conceito seja negativo.

De acordo com Benedetto (2002) para que se tenha uma reintegração corporal positiva após a amputação, é necessário aceitar a perda física, condição necessária para que possa integrar as funções de um membro mecânico, como a prótese, com seus próprios músculos, melhorando assim seus movimentos. O autor segue afirmando que além disso, a aceitação da perda física é necessária para que o indivíduo possa relacionar-se melhor com o mundo de forma mais produtiva e autêntica, incorporando suas limitações e pensando em estratégias eficazes para sua maior autonomia dentro dos limites de sua deficiência.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo trata-se de uma investigação com abordagem qualitativa, de caráter exploratório descritivo. De acordo com Polit e Hungler (1995), a pesquisa qualitativa se preocupa com a compreensão dos seres humanos e sua relação consigo mesmo e seus arredores. Polit e Hungler (1995), afirmam que este tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição. Conforme Triviños (1987), os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aumentar sua experiência em relação a um determinado problema, buscando assim, um maior conhecimento sobre o assunto. Já, o foco do estudo descritivo, é basicamente a percepção de um fenômeno no seu contexto, em que os resultados são expressos através de descrições, ilustradas com declarações das pessoas para dar o fundamento concreto necessário.

4.2 Campo do estudo

O estudo desenvolveu-se nas unidades de internações clínicas e cirúrgicas do Hospital Ernesto Dornelles. Nestas, prestam-se assistência a pacientes adultos com complicações do diabetes melitos ou problemas vasculares, dentre outras enfermidades, as quais, deixam os pacientes expostos e sujeitos a procedimentos médicos, cirúrgicos como a amputação de membros inferiores.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo compreenderam pacientes adultos submetidos à cirurgia de amputação de membro inferior internados nas unidades, do campo de estudo.

A amostra compreendeu 06 pacientes, os quais foram selecionados intencionalmente mediante convite. Este número sofreu modificação para menos, em virtude de termos atingido o tempo pré estabelecido para coleta de dados, considerando também a qualidade das respostas dos participantes, em consonância com os objetivos do estudo.

a) Critérios de inclusão:

- pacientes adultos com amputação parcial ou total do(s) membro(s) inferior(es);
- encontrar-se após o 5º dia de pós-operatório de cirurgia de amputação de membros inferiores;
- paciente tranqüilo;
- estar lúcido, orientado e coerente de forma que conseguiram participar da entrevista;
- aceitar participar do estudo.

b) Critérios de exclusão:

- pacientes confusos, que se apresentaram sem condições de diálogo coerente;
- pacientes que não aceitaram participar da entrevista.

4.4 Coleta das informações

O método utilizado para a obtenção de informações foi o de entrevista semi-estruturada, que, segundo Triviños (1987), é uma das melhores formas de coletar dados para a pesquisa qualitativa.

A entrevista semi-estruturada foi realizada no quarto do paciente, com o paciente após o 5º dia de pós-operatório da cirurgia de amputação de membro inferior, porque acreditou-se que após o 5º dia a intensidade da dor estava diminuída em relação ao primeiro dia de pós-operatório e em função disto o paciente já se encontrava mais tranqüilo. As entrevistas foram previamente agendada mediante visita ao paciente após sua cirurgia. As informações coletadas durante as entrevistas foram registradas através de gravações em fita cassete.

O instrumento (APÊNDICE A) para a coleta de dados compreendeu duas partes: a primeira com dados de identificação do paciente e outra com as questões norteadoras.

4.5 Análise das informações

O conteúdo das entrevistas foi submetido à metodologia de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977). Essa foi trabalhada em três fases básicas, que são elas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Segundo Bardin (1977, p.42) a análise de conteúdo é designada como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

A pré-análise correspondeu um período de intuições e teve por objetivo tornar operacionais e sistematizada as idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das etapas seguintes da análise. Nesta fase ocorreram: a leitura flutuante, em que o conteúdo das entrevistas dos pacientes submetidos à amputação de membro inferior, participantes do estudo, tornou-se de um todo conhecido e apreendido, e se fez a preparação do material, ou seja, organizou as entrevistas para a fase seguinte.

Na exploração do material, o conteúdo das entrevistas foi agrupado através de uma codificação específica, classificado sob a denominação de categorias.

4.6 Aspectos éticos

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996).

Essa pesquisa seguiu as determinações da resolução 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, que legisla sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

O presente projeto foi enviado para avaliação e aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul- COMPESQ – EEUFRGS (ANEXO A) e depois ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital campo do estudo (ANEXO B), para parecer, sendo aprovado.

Nesta pesquisa, que envolve seres humanos, protegeu-se os direitos dos participantes, respeitando a beneficência, dignidade humana e a justiça. Para as pessoas que aceitaram participar da pesquisa, após todos os esclarecimentos necessários, foi solicitado que assinassem um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), elaborado em duas vias, das quais, uma ficou com o participante e outra com o pesquisador responsável. As entrevistas terão suas transcrições guardadas por 5 anos pelo pesquisador responsável e as fitas desgravadas após transpor este tempo. A participação do paciente na pesquisa não trouxe nenhum risco para o paciente.

O relatório final da pesquisa será encaminhado as chefias de enfermagem do campo de estudo para os devidos procedimentos que acharem pertinentes diante de seus resultados.

5 DESCOBRINDO O SIGNIFICADO DA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Buscando desvelar o significado da amputação de membros inferiores no pós-operatório imediato sob o ponto de vista dos pacientes, emergiram dos discursos dos participantes do estudo, as seguintes categorias:

- FAMÍLIA: SUPORTE ESSENCIAL
- MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA: UMA NECESSIDADE IMPOSTA
- REVOLTA : NÃO ACEITAÇÃO DA AMPUTAÇÃO
- FRAGILIDADE EMOCIONAL: A EXISTENCIALIDADE HUMANA
- MEDO: O FUTURO INCERTO
- MEMBRO FANTASMA: A DURA REALIDADE
- ORIENTAÇÃO À SAÚDE: UMA NECESSIDADE SENTIDA
- ESPERANÇA: O OLHAR PARA O FUTURO

- FAMÍLIA: SUPORTE ESSENCIAL

Durante esta nova trajetória em que o paciente está se apropriando da condição de ter um corpo reduzido, é fundamental poder contar com alguém para compartilhar os sentimentos e as primeiras dificuldades. Nesta hora, torna-se de grande valia a presença de algum integrante da família para oferecer esta atenção. Na companhia destes, os pacientes encontram incentivo e motivação para seguir em frente e continuar no convívio dos familiares, ou seja, encontram razão para acreditar que depois da cirurgia podem se recuperar e continuar a viver normalmente.

Então, diante do que foi comentado pelos participantes da pesquisa, tornou-se necessária a criação da categoria família: suporte essencial, que versa sobre a influência da família, para auxiliar nos diferentes momentos, como constata-se nos seguintes discursos:

Ela (esposa) sempre teve comigo. A minha família cooperou me dando apoio, os amigos vinham conversar comigo me dizer coisas boas, incentivavam pra eu não ficar com “aquilo” em mente, porque se não tem ninguém do seu lado (parou para pensar), qualquer um se desespera. (P1)

Eu tenho o meu marido que esta me ajudando que está do meu lado, uma filha que me dá muita força, porque eu tenho que criar ela sabe (paciente enche os olhos de lágrimas e contém o choro). (P2)

Em casa eu tenho os meus filhos por perto, meu marido também me dá força, todos tão do meu lado pra me ajudar fica boa. (P4)

Agora... eu tenho uma razão muito forte pra viver (paciente chora). As minhas filhas são tudo, eu amo as quatro. Elas que dão sentido pra mim vive. Então eu quero viver é por elas. Elas são a minha alegria. (P6)

A participação familiar, é uma influência positiva que pode contribuir com a redução de possíveis complicações de fundo emocional, o que pode interferir na plena recuperação do paciente. Na companhia de familiares e amigos, os pacientes sentem-se fortalecidos, diante da oportunidade de ter com quem contar e compartilhar as dificuldades, recebendo incentivo para superar as adversidades que possam aparecer.

De acordo com Oliveira (1998) uma incapacidade crônica como no caso da amputação, pode realçar aspectos um pouco diversos, de acordo com o grau de invalidez que possa provocar. Só por si, o novo estado de saúde pode desencadear alterações no comportamento e no modo de ser do indivíduo, passando a amputação a constituir um marco importante e determinante na história pessoal de vida. A nova situação é capaz de provocar uma regressão afetiva e necessidades novas de segurança e proteção, acompanhadas de ansiedades que podem ser projetadas e depositadas na própria rede de suporte social, as falas seguintes fazem alusão a este aspecto:

Não, não posso me queixar de nada, nem dos meus amigos, nem da minha família, os enfermeiros o pessoal do hospital, todo mundo maravilhoso. (P2)

Eu não queria fazer e eles queriam que eu fizesse. Fiz pra contenta o filho e a mulher, ela já tem uma prótese, tem uma prótese e tem vida social e tudo. (P5)

Diogo (2000) refere que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico.

Quando famílias e provedores apoiam uns aos outros as necessidades emocionais e físicas são compartilhadas por mais pessoas e cada parte do sistema está menos propensa a sentir-se estressada, como afirma MCDaniel *et al* (1994). Com mais participantes encarregados de dividir o problema, pode ser mais fácil encontrar o significado, definir novos sonhos e considerar novas possibilidades para a ação e para o relacionamento.

A cirurgia de amputação é um procedimento agressivo, que nos remete a pensar que só irá trazer sentimentos e experiências ruins para o paciente que a vivência. No entanto, podem desvelar-se comportamentos familiares que surpreendem positivamente os pacientes, como o companheirismo, pois a família fica mais próxima na tentativa de auxiliar na superação dos

momentos difíceis, e com esta proximidade facilitam-se as demonstrações de afeto e carinho, que talvez antes não fossem tão evidentes, como podemos perceber a seguir:

A gente acha que vai acontecer tanta coisa ruim[...] Até a minha relação acho que vai fortalecer mais né. As vezes a gente tá com uma pessoa e acha que a gente não gosta, não tá feliz, aí a gente vê a pessoa maravilhosa que tem. (P2)

Neste contexto, a amputação pode ser, aos olhos de quem a vivência, boa e ruim, feliz e infeliz, pois quem consegue, através da amputação, descobrir sentimentos positivos de seu companheiro, que até então não eram revelados, percebe que ao mesmo tempo em que ocorreu uma importante perda física obteve ganho psicológico.

Contudo, se espera que a família tenha um significado importante para o paciente, no entanto, constatam-se manifestações que se caracterizam por sentimento de descuido da família, no que diz respeito a participação desta no cuidado, como se evidencia na fala asseguir:

Eles avisaram as minhas filhas, e elas disseram que era melhor eu não sabe, por que eu não ia aguenta. Agora tá como eles querem[...] Aí fiquei aí nas mãos deles, dos meus filhos. E agora quero só ver se alguém vai me cuidar. Eu tenho um monte de neto, uns rapazão que lhe digo, mas chega na hora que precisa, não vem ninguém. (P3)

Com a chegada da velhice, observa-se que algumas pessoas mesmo que estejam lúcidas, são privadas de participar das escolhas realizadas pela família, a respeito da sua saúde, ou seja, vão perdendo a liberdade de escolha. O indivíduo torna-se vulnerável as escolhas do grupo familiar, sem que possa participar informando a sua vontade. Como percebemos nas falas o fato de desconsiderar a vontade do paciente causa descontentamento e sentimento de submissão diante dos fatos.

Não há dúvidas de que as melhores soluções sociais são aquelas que contemplam o ponto de vista dos envolvidos. Neste contexto, Sarti (2001, p.95) afirma: “não são os filhos que devem autoritariamente apresentar soluções para a vida de seus pais idosos, mas são estes que devem falar em primeiro lugar e serem ouvidos. Isto implica pensar nos idosos como sujeitos não apenas de direito, mas também de desejo”.

A falta de apoio familiar gera insegurança e incerteza, tornando-se motivo de tristeza e desolação ao paciente que o vivência. A família, deveria oferecer cuidado na forma de amor, afeição, preocupação e assistência em todas as fases da vida e principalmente nos seus extremos, em nosso caso aos idosos, mas por vezes, nos deparamos com a falta de assistência familiar a esta faixa etária da população.

De acordo com Bisconti e Bergeman, apud Ramos (2002) pessoas que não têm suporte social e emocional adequado, tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse que aquelas pessoas que têm o suporte adequado. Um dos efeitos positivos exercidos pela família na saúde dos pacientes está relacionado ao fato de que este suporte tende a reduzir os efeitos negativos do estresse na saúde mental. Isso na medida em que a ajuda dada ou recebida contribui para o aumento de um sentido de controle pessoal, tendo uma influência positiva no bem-estar psicológico.

O fato dos pacientes permanecerem por alguns períodos sozinhos, distante da companhia de familiares e amigos, pode gerar insegurança, angústia, medo e ansiedade em alguns pacientes. Diante desta situação, percebemos que mesmo os pacientes que possuem um suporte familiar, podem apresentar sentimentos de solidão quando ficam desacompanhados.

- MUDANÇA NO ESTILO DE VIDA: UMA NECESSIDADE IMPOSTA

Essa categoria revela a necessidade de modificar o estilo de vida e as atividades do cotidiano, as privações impostas aos pacientes, decorrentes das limitações no dia a dia, ocasionadas pela amputação, o que constata-se nas seguintes falas:

Eu mesmo gosto de ir à praia e este ano já não pude ir[...] Tem que ter paciência. Eu penso em fazer uma coisa e outra, não assim que eu vou fazer serviço pesado, eu vejo quanta coisa eu podia fazer e não posso caminhar. Hoje eu não posso fazer essas coisas, só fico sentado ajudando um pouco. Eu viajava muito, muitas vezes dei entrevista para a televisão, rádio[...] (P1)

Agora eu dependo pra tudo de alguém. Sabendo que antes eu caminhava, que eu corria, andava de bicicleta, e agora[...], com o tempo é que eu tenho esperança, né. É como eu digo, eu tinha uma vida perfeita cheia de planos, agora já vou rever algumas coisas na minha vida, vou deixar outras, vou continuar estudando. Eu pensava, vou estudar, vou fazer isso, vou fazer aquilo, e de repente acontece isso[...] Tudo bem, eu vou dar um tempo, uma pausa, vou ficar de molho e depois eu recomeço. (P2)

Eu gostava de anda pescando, acampa e sai com os amigos[...] Até eu me aposenta, tava tudo bem, levava uma vida normal. [...]tem coisa que eu não vou poder fazer logo agora, mais eu já não tava podendo faze antes. (P5)

Agora, eu me divirto, eu sou esportista, gosto de joga bocha. Quando eu melhora, talvez eu possa continua jogando bocha. (P6)

O modo de enfrentar e viver com amputação de um membro inferior varia de acordo com a sua causa. A pessoa amputada confronta-se com uma situação nova, radicalmente

diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares como até então sucedia.

Para Loureiro *et al* (2002) o isolamento que a doença impõe na sua vida é caracterizada 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 com outras pessoas, ou da impossibilidade de continuar trabalhando e até de ter seus momentos de lazer, sentindo-se oprimido pela doença. Aos poucos acompanhamos modificações no cotidiano e alterações de papéis do paciente e conseqüentemente, de todos que convivem com ele, principalmente dos familiares, pois estes acabam assumindo novas responsabilidades e atividades.

Além dos benefícios ao organismo, a prática de atividade física apresenta um importante papel na reabilitação do amputado. O fato de não ter mais uma parte do corpo, pode restringí-lo de praticar as atividades desportivas que exerciam antes da amputação, mas sempre que possível o paciente deve ser incentivado a desenvolver alguma atividade que proporcione bem estar e contribua para uma vida mais saudável.

Vivenciar o início da amputação exige calma, pois o paciente terá de fazer um período de pausa nas suas atividades, mas isto não quer dizer que, com o tempo, não possa dar continuidade aos seus projetos de vida. O paciente deve ser motivado a retomar sua vida aos poucos, começar devagar, testar seus limites para saber até onde pode ir, com tentativas diárias em busca da independência física, e dentro de suas possibilidades retomar a vida.

Segundo Freitas e Mendes (2007) a condição crônica, como neste caso a amputação, pode ser considerada como uma experiência de vida que envolve “desvio do normal”, que acarretam perdas e disfunções, além de permanente alteração no cotidiano das pessoas. Os autores seguem afirmando, que esse “desvio do normal”, pode contribuir para o surgimento do estresse devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adequação social e psicológica. Esta nova condição exige preparo mental para adaptar-se a vida, e enfrentar a mudança no estilo de vida, nas relações familiares e sociais.

- **REVOLTA: NÃO ACEITAÇÃO DA AMPUTAÇÃO**

Esta categoria nos traz a dificuldade de aceitação da perda do membro amputado e a resistência em aceitar a realização da cirurgia, como pode-se observar nas seguintes falas:

Ah, eu to vivendo o luto, pra min é como se eu tivesse perdido alguém da minha família, é a mesma dor[...] (P2)

[...]não avisaram não, e foi um baque, por que eu dizia pro doutor: por amor de Deus, não tirem a minha perna! “[...]não, é só os dedos que nós vamos tirar.” Que nada, quando eu vim tava com o curativo aqui (paciente enche os olhos de lágrimas). (P3)

Ainda não deu tempo direito pra ver como é que vai ser, porque faz pouco tempo que fiz a cirurgia, e também não paro muito pra pensa. Eu ainda não aceito que perdi uma parte do meu corpo, é muito triste, muito difícil (paciente enche os olhos de lágrimas) [...]quando é que eu podia imaginar que ia acontece isso comigo, acho que eu não merecia passar por isso, quer dizer, ninguém merece, é muito sofrimento. (P4)

Aí, num período eles queriam me tira a perna, eu falei pro médico que eu não tava com muita vontade de tira a perna fora, mas faze o quê? E também, podia tá com ela me encomodando, mas eu ia continua com a minha perna no lugar. Não por eu se covarde, mas no início eu não queria tira a perna. Mas se tinha que tira, que tirasse de uma vez. Pois é, faze o quê? (P5)

Aí então o doutor chegou a conclusão que tinha que tira a outra parte, a parte do dedão, do dedo grande, tirei o dedo e fiz o tratamento. Mas não houve muito sucesso, não houve sucesso. Ai eu voltei uns 10 dias atrás e ele viu, que um dos dedos que tava perto daquele dedo grande, ele ficou preto, pretiou completamente. Ai o doutor disse “eu vou faze o que posso, vou tira só até onde tive comprometido”. Então foi feito nova cirurgia.(P6)

O momento da amputação se transforma num marco da vida do paciente, que vê de algum modo alterada a relação com os outros e consigo próprio. Viver a amputação é uma experiência marcada pela mudança na imagem e alterações psicológicas, ela é repleta de sentimentos que se confundem, sendo por vezes dominada pela razão, que visualiza a cirurgia como necessária, e em outros momentos pela a emoção que não aceita a perda.

Por vezes, o paciente pode apresenta-se resistente a aceitar a necessidade da amputação, com intuito de continuar com o membro, mesmo que este lhe cause dor e sofrimento, na esperança de manter seu corpo íntegro.

Do nascimento até o fim da vida, convivemos com vínculos e separações, situações de perdas e lutos, que podem ou não estar relacionadas à morte, dentro destas perdas pode-se ressaltar a amputação. Segundo Oliveira (2000, p.443): “a perda de um membro enquadra-se, no campo das reações comuns a todas as perdas, fenômenos que possui um valor adaptativo, descrito como reação de luto”. O indivíduo amputado necessita adaptar-se à morte de uma parte de si, e por inerência, da sua própria identidade individual e social.

De acordo com Benedetto (2002), para que o paciente aceite sua doença ou a perda física, é necessário que passe por vários estágios que compõem o processo de elaboração do luto. Um destes estágios é o processo de negação, que geralmente é uma defesa temporária, mas necessária para que o paciente mantenha seu equilíbrio psíquico. Estar neste estágio não

significa que o paciente abandonará totalmente a realidade e não enfrentará mais a perda, mas que, pelo menos naquele momento, não está preparado para enfrentar tal realidade. Após algum tempo, o indivíduo pode aceitar, ao menos parcialmente, sua realidade.

Como percebe-se, também ficou exposta a revolta do paciente em relação ao diabetes, doença crônica de evolução lenta, que impõe uma série de mudanças ao indivíduo que a desenvolve, que se manifestam através da fala deste paciente:

Essa doença é a pior doença que existe no mundo, é a mais miserável. Ela ataca a pessoa por dentro, a pessoa acha que não tem nada, e ela tá comendo a pessoa por dentro, e quando vai ver já é tarde. Porque a pessoa pode tá com um monstro dentro dele, e não sabe que tá. A pior doença, a pior doença que pode existi na pessoa humana é o diabetes (conteve o choro). Essa doença, te judia na alimentação, na dor por que ela não te alivia nunca, é a pior doença. A pessoa diabética, ela é diferente das outras pessoas, por causa da alimentação, porque não pode bebe, não pode se diverti, não pode come um doce, então tem que fica restrito só naquilo que tu pode come. Se tu for numa festa, tu perde o prazer de ir numa festa. Então isso aí, tira a gente de circulação, entende como é que é? diabete é assim, praticamente anula as ações da pessoa tá. (P6)

O diagnóstico de uma doença crônica como a diabetes, significa mudanças dentro do ambiente familiar, exige uma nova reorganização de costumes principalmente alimentares para as famílias envolvidas. O paciente pode com o tempo “perder o prazer de viver” diante das adaptações necessárias, na tentativa de manter os níveis de glicemia adequados, necessários para evitar as possíveis complicações desta doença.

Segundo MCDaniel *et al* (1994) o paciente e a família geralmente não estão preparados para as mudanças impostas pela doença, períodos alternados de estabilidade e crise e incerteza do funcionamento futuro. A doença crônica exige novos modos de enfrentamento, mudanças nas auto-definições do paciente e da família e períodos extensos de adaptação. O paciente com a doença percebe múltiplas perdas, incluindo a saúde física e funcionamento, perda de papéis ou responsabilidades, perda dos sonhos e possibilidade de menor tempo de vida.

Pace *et al* (2003) acredita que a família e os amigos influenciam no controle da doença quanto ao seguimento do tratamento, da dieta e na participação em um programa regular de exercícios. Em seu estudo demonstrou que as pessoas com diabetes mellitus, que tiveram apoio adequado de amigos e familiares, aderiram melhor às condutas de auto-cuidado.

- FRAGILIDADE EMOCIONAL: A EXISTENCIALIDADE HUMANA

Essa categoria revela a fragilidade emocional a que ficam sujeito nossos pacientes em estudos, diante do sofrimento causado pela perda física e psicológica por vezes associado a longo período de internação, como evidencia-se nas seguintes falas:

Tem dias que eu choro, é que recém eu fiz a cirurgia e tem horas que tu te desmancha, é horrível (paciente enche os olhos de lágrimas). Quando tem que fazer o curativo eu fico muito nervosa, porque dói muito e isso é perfeitamente normal né. E então é assim, tem dias que eu estou muito nervosa, como naquele primeiro dia que tu veio, eu nem quiz te receber direito[...] (P2)

Ontem eu disse pro meu médico: nessa hora é bom ser um homem de coragem, mas só que chega uma hora que essa coragem termina. “Por que o senhor acha que termina?” Ah! porque a gente cansa de sofrer. O sofrimento, é a pior coisa que tem pra matéria viva (choro). (P5)

Eu não sou tão emotivo assim como eu tô sendo(choro). Por causa que 90 dias de hospital, abala qualquer pessoa. Eu já tô passando de 90 dias aqui. E aí todo esse tempo longe de casa, longe da família, se alimentando mal, sofrendo[...] Então a gente fica meio abalado. (P6)

Alguns pacientes podem apresentar períodos de tristeza representados através do choro, e em outros momentos pode apresentar um comportamento com tendência ao isolamento não permitindo a presença de pessoas que não façam parte do seu convívio íntimo, isso provavelmente com a intenção de preservar a nova imagem corporal. Outros podem apresentar-se ansiosos e estressados, diante das significativas modificações corporais, associado a freqüentes e longos períodos de permanência no hospital. De acordo com Silva *et al* (2004), durante o período de internação, os pacientes passam, freqüentemente, por uma situação de grande fragilidade emocional, devido às repercussões da doença e à própria rotina de internação. Cada pessoa sentirá tudo isso de uma maneira particular e reagirá de acordo com sua própria percepção e interpretação da situação.

Oliveira (2000) ressalta que as perdas inerentes à deficiência, independentemente da sua maior ou menor gravidade, de físicas, cognitivas ou simbólicas podem originar respostas emocionais mais ou menos previsíveis, certamente sujeitas a uma importante variabilidade individual.

- MEDO: O FUTURO INCERTO

Nesta categoria ficaram evidentes a sensação de proximidade da morte, medo da possibilidade de se submeter a novas amputações e a vontade de continuar existindo que se torna ameaçada diante do futuro incerto, o que se demonstra nas seguintes falas:

Aí, voltei pra cá e fiquei esperando, esperando pra opera, e tava desesperada, e quando chegou a hora eu pensei vou morrer, vou morrer. (P3)

Eu não sei como é que isso vai ficar, tenho medo de perder um pedaço do pé ou todo pé. Deus o livre! Não gosto nem de pensar o que pode acontecer. (P4)

Eu queria vive mais um pouco, pra vive no convívio delas (filhas), mas as vezes eu acho que não vai dá[...] Porque a gente não sabe como é que vai ser daqui pra frente. (P6)

O medo está ligado a um perigo concreto, é uma reação que se manifesta no homem face a toda situação que pode ameaçá-lo e torná-lo incapaz de uma ação coerente para deter o perigo (CROSSETTI, 1997).

Ter medo é uma condição essencialmente racional e emocional, pois só podemos temer aquilo que conscientemente poderá nos causar algum tipo de mal, algo conhecido. Diante do exposto, percebe-se a presença de um medo, talvez difícil de controlar, frente a necessidade do procedimento. Aliado a isto, temos a incerteza do sucesso da cirurgia, fato que vai determinar se os pacientes estarão “livres” de outras amputações.

Neste sentido, Heidegger (1993) afirma que o medo é a negação do que se é capaz, nele o homem antecipa, através do temor, o que está por vir. Os pacientes temem pela descontinuidade da vida e temem pela necessidade de sofrer outra mutilação, devido as proporções que o problema vascular pode alcançar, pois quando se trata de doença vascular, sabe-se que esta pode evoluir silenciosamente mesmo que se faça um longo tratamento preventivo, e mesmo tendo amputado parte da extremidade do membro inferior, frequentemente observa-se que se fazem necessárias novas amputações, na tentativa de remover toda a parte vascular lesionada.

- MEMBRO FANTASMA: A DURA REALIDADE

Nessa categoria, alguns pacientes mencionam a percepção do membro que não mais faz parte do seu corpo, ou seja, de um membro fantasma, o que pode-se evidenciar nas seguintes falas:

As vezes eu me levanto e esqueço que a perna não está ali, aí quase caio. Ainda parece que a perna esta ali[...] (P1)

Parece que eu estou com a perna, sinto coceira no pé, sinto dor, ardência, sinto tudo aquilo que eu sentia antes da cirurgia. (P2)

Ter de conviver sem uma parte do corpo causa problemas psicológicos, de auto-aceitação, pois a pessoa passa a viver com um corpo que foi modificado, mas o membro amputado sempre vai fazer parte do cérebro, fisicamente esta sem, mas o cérebro ainda registra aquela parte do corpo. Os amputados sentem dores e sensações fantasmas, que nada mais são do que a tentativa de reintegração corporal. Assim como se observa nas falas, são frequentes os relatos da presença das sensações que permanecem mesmo depois da cirurgia, porque a parte amputada permanece na mente da pessoa.

De acordo com Rohlfs e Zazá (2000) a dor normalmente está presente na primeira semana após amputação, mas ela pode aparecer após meses ou até vários anos, estando localizada principalmente nas extremidades do membro fantasma. A duração da dor fantasma pode variar de acordo com cada indivíduo, entretanto a dor severa persiste em apenas uma pequena fração dos amputados, na ordem de 5-10 %.

Nesse contexto, Schilder (2000) acredita que o membro-fantasma pode ser entendido como a interação entre o que se detecta ao nível periférico e o que se integra ao nível central, sendo criada então, a aparência final do corpo no sistema nervoso. Além desse fator, o córtex cerebral, que possui um mapa sensorial das partes do corpo, ainda possui uma área de representação da região amputada, o que dificulta o cessar das sensações corporais. Assim, as sensações de membro fantasma são caracterizadas por fatores psíquicos e fisiológicos, agindo em conjunto para expressar tal fator.

Demidoff *et al* (2007) destacam que, “como o ser humano está acostumado a ter um corpo por completo, o fantasma acaba sendo a expressão de uma dificuldade de adaptação a um defeito súbito de uma parte periférica importante do corpo”.

- **ORIENTAÇÃO À SAÚDE: UMA NECESSIDADE SENTIDA**

Nesta categoria, se observa o desconhecimento com o cuidado de si relacionado a uma deficiente orientação à saúde, fator determinante, que provavelmente poderia ter contribuído para evitar a amputação em alguns dos pacientes, como identifica-se nas falas abaixo:

A minha doença mesmo, foi de eu tomar banho e não secar no meio dos dedos, aí criou uma frieira no meio dos dedos, uma frieira que degola o dedo. Aquilo doía e eu não dava bola, achava que era normal. Um dia fui consultar no posto e me mandaram para a emergência, cheguei lá eles

olharam o meu pé, e o doutor disse:” tu vai ter que abaixar”. E eu achava que nem era nada, era só o dedo “pequeninho”aquele. [...]só me disseram que eu me cuidasse, que eu não me pisasse prá não precisar voltar pro hospital. (P1)

Eu nunca pensei que a diabetes era tão perigosa. Eu tenho diabete há quinze anos e nunca pensei que uma pessoa podia ter tantos problemas por causa desta doença. As pessoas deviam se cuida mais quando sabem que tem diabete. Talvez se eu tivesse me cuidado, tinha evitado a cirurgia. Em outubro do ano passado, eu já comecei sentir o meu pé gelar, mas a gente não é instruído né, e não tem noção do que pode ser. Como não encomodava, foi passando[...] (P4)

Uma das principais complicações circulatórias é a neuropatia diabética, que acomete boa parte dos pacientes diabéticos, causando diminuição ou perda de sensibilidade nas extremidades. Devido a esta diminuição da sensibilidade, por vezes, os pacientes podem possuir lesões nos pés, quase imceptíveis, e não cuidá-las até sua cicatrização. Estas lesões quando não tratadas adequadamente, podem infectar e evoluir para uma possível amputação do membro doente.

De acordo com Ochoa-Vigo e Pace (2005) a neuropatia periférica constitui-se no fator significativo que contribui à lesão/ulceração do membro inferior. Encontra-se presente em aproximadamente 80% a 85% dos casos e pode comprometer as fibras sensitivas, as motoras e as autonômicas. O componente sensitivo produz perda gradual da sensibilidade à dor, percepção da pressão plantar, temperatura e propriocepção. Quanto ao componente motor, este contribui para atrofia e fraqueza dos pequenos músculos dorsais, desencadeando alterações no modo de caminhar. Já o componente autonômico reduz ou suprime o suor nos pés, provocando ressecamento predispondo-os a rachaduras e fissuras, além de desencadear alterações arteriovenosas. No que diz respeito às mudanças neuropáticas em geral, estas afetam primeiramente os pés e, posteriormente, progredem em direção à perna.

Segundo Boike *et al* citado por Ochoa-Vigo e Pace (2005) o mecanismo da neuropatia diabética não é definido, porém é atribuído à deterioração da função do nervo, subjacente às anormalidades metabólicas e isquemia endoneural da circulação microvascular. Quando a neuropatia periférica se instala, é irreversível, portanto, é importante que todo diabético com diagnóstico recente tenha precaução em relação a sua progressão, mantendo adequado controle glicêmico.

Neste contexto, destaca-se a importância da orientação para o auto-cuidado ao paciente, por parte da equipe de saúde que o acompanha, orientando que faça inspeção diária de seus pés em busca de lesões e que fique atento para os primeiros sinais de diminuição de sensibilidade que possam aparecer.

- ESPERANÇA: O OLHAR PARA O FUTURO

Essa categoria desvela o sentimento de otimismo dos pacientes diante da possibilidade de reabilitação com auxílio de uma prótese, a esperança de melhora e a expectativa de amenizar o sofrimento depois da cirurgia, como demonstram as seguintes falas:

Ah é bem difícil, bem difícil. [...]mas eu mesmo tenho que ter força de vontade pra melhorar. Eu quero fazer tratamento na AACD para colocar uma prótese, fazer fisioterapia, as oficinas, tudo, [...]ah consigo, consigo, depois com a prótese eu consigo fazer tudo. O carnaval tá aí, não dá pra parar. [...]sim, sim o carnaval serve de estímulo pra eu continuar lutando, (parou para pensar) e eu vou conseguir com a prótese. (P1)

Eu vou tá forte e logo logo eu vou tá aí caminhando, eu tenho meus amigos que me ajudam[...] Depois que eu colocar a prótese tudo vai mudar, vou ficar mais independente. Eu vou seguir lutando e eu vou vencer[...] Na verdade isso tudo são barreiras, que servem pra gente crescer, e na verdade a gente cresce bastante. (P2)

Mas eu vejo o exemplo dos atletas que trabalham, fazem maratona, participam de corrida e tudo sem os braço e sem as perna, que continuam trabalhando mesmo assim. [...] Deus o livre se compara como é que eu tava, agora eu tô bem. Sofre mais que eu já sofri eu não vô. (P5)

O doutor me deu muita esperança, porque ele me disse que ia extrair os dedos até a parte que não estaria comprometida. Então eu espero que com este tratamento todo, eu melhore. (P6)

Em algumas falas, identifica-se o contentamento do paciente com o resultado inicial da cirurgia, pois a possibilidade de continuar vivendo e sem dor é algo muito desejado, que auxilia positivamente no enfrentamento da “perda” e na aceitação da nova condição corporal.

A condição de colocar uma prótese aumenta as chances do paciente de retornar as atividades exercidas anteriormente. A cirurgia pode também ser visualizada como um obstáculo a ser superado, que proporciona vitalidade e motivação.

Atualmente, a prótese faz parte do tratamento de reabilitação, uma parte importantíssima, aliás. Faro (2006) afirma que a reabilitação dos amputados envolve uma conduta muito mais ampla. Hoje, não se preocupa mais em imitar o membro perdido, ao contrário, as próteses assumiram o papel destinado, ou seja, de recuperar a função do membro lesado. Interessa proporcionar ao amputado uma nova condição, auxiliar ao retorno de suas atividades rotineiras, para que possa trabalhar, praticar esportes e viver a vida em sua plenitude. O autor segue afirmando, que a reabilitação envolve a utilização de técnicas e ações interdisciplinares; todos os profissionais e familiares, dentro e fora das instituições devem

estar mobilizados, em prol de um objetivo comum: a melhora e/ou a reabilitação das funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo.

A esperança com a possibilidade de reabilitação com o auxílio da prótese, é manifesta nos seguintes discursos:

Bom, com as muletas eu caminho, mas não tou firme ainda[...], mas as vezes eu tenho tontura e tenho medo de cair. Eu procuro não engordar muito também, pro corpo não ficar muito pesado, porque isto dificulta pra andar. (P1)

Agora, agora vou ter que cuidar pra não cair, vou ter que andar de muleta, antes eu já estava andando de muleta. [...]agora tenho que espera se elas (filhas) vão quere que eu coloque uma prótese. (P3)

Eu te digo pra ti, que esse é o problema, de me adapta[...] mas eu já falei com o doutor e ele disse "nós vamos te adapta aqui com nós, e inclusive nós vamos manda faze uma prótese pra ti[...] E depois com a prótese eu vou sair por aí como uma pessoa normal, comum, com a perna, entendeu? Vou coloca a prótese e aí vai ficar bem, eu acho que sim. A vida segue, né. Depois eu vou coloca a prótese igual, mais é diferente né? Mas aí, vou pode sair mais de casa né. (P5)

Muitas pessoas que perderam o membro inferior acreditam que a melhor solução para o seu problema é o uso de prótese. Entretanto, nem todas pessoas podem utilizar. No entanto, o médico que deverá decidir sobre a indicação ou não do seu uso.

Diogo (2000) acredita pouco é investido na reabilitação do paciente idoso, o que leva muitas vezes a uma "acomodação" por parte do idoso e a uma aceitação no sentido de resignação, por pensar que realmente já tenha cumprido seu papel social, não restando nada a fazer a não ser ajudar os membros da família na medida do possível e não atrapalhar a rotina diária. A família do idoso, principalmente daquele fragilizado e dependente, na maioria das vezes procura arranjos entre seus membros e possíveis adequações do contexto, visando o atendimento das suas necessidades.

A possibilidade de colocar uma prótese parece ser imprescindível, é desejada por grande parte dos amputado e os acompanha desde o pré-operatório. Algumas equipes médicas, ao comunicar a necessidade da cirurgia, já sugerem o uso da prótese, talvez na tentativa de amenizar o sofrimento causado pela amputação. A prótese, para o amputado, não é só um objeto facilitador e sim algo que será parte do corpo, representa um futuro de possibilidades.

Neste contexto, Faro (2006) acredita que a prótese possibilite a realização de qualquer atividade, melhorando a auto-estima e assim diminuir os efeitos negativos resultantes da amputação. Apesar de serem adequadas a quaisquer níveis de amputações, aquelas realizadas

em níveis mais distais proporcionam reabilitação mais eficiente. A reabilitação, então, vem sendo considerada cada vez mais importante, pois se o processo ocorrer de forma adequada, o paciente terá uma vida praticamente normal, podendo realizar todas as atividades que quiser ou necessitar.

6 COMPREENDENDO O SIGNIFICADO DA AMPUTAÇÃO SOB A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES

Ao buscar compreender o significado da amputação de membros inferiores no pós-operatório imediato sob a percepção do paciente, percebeu-se uma infinidade de sentimentos envolvidos no processo de alteração do corpo. Desta forma, esta compreensão se expressou nas seguintes categorias, as quais revelam o significado da amputação para o paciente: **família: suporte essencial; mudança no estilo de vida: uma necessidade imposta; revolta: não aceitação da amputação; fragilidade emocional: a existencialidade humana; medo: o futuro incerto; membro fantasma: a dura realidade; orientação à saúde: uma necessidade sentida e a categoria esperança: o olhar para o futuro.**

A **família: suporte essencial**, traz a valor de uma boa estrutura familiar, que nesta fase tão difícil que é o pós-operatório imediato, assume vital importância para auxiliar no enfrentamento da dor, aceitação da nova condição e aceitar a alteração da imagem corporal. Na família os participantes encontram motivação para se recuperar e razão para viver. Um dos aspectos positivos na recuperação, que se pode ressaltar, foi a empatia da equipe de saúde. Esta, em determinadas situações, mostrou-se compreensível ao sofrimento e aos sentimentos dos pacientes, criando um ambiente de solidariedade para com os mesmos, permitindo que se sentissem acolhidos pela equipe de cuidadores.

Ao mesmo tempo que para alguns participantes do estudo a família aparece em destaque como importante recurso na sua recuperação, para outros, o cuidado familiar mostra-se um tanto instável, provocando angústia ao pensar que talvez não tenham ninguém para lhes cuidar. Mesmo tendo uma rede familiar extensa, constata-se a partir dos olhares desses participantes, que alguns desses familiares se mostram desinteressados em assumir os cuidados com este paciente após a alta. Somando-se a este aspecto, percebe-se a perda da autonomia nos processos decisórios no que diz respeito a sua saúde.

Se desvela com o estudo que os pacientes que se submetem a amputação, encontram-se em idade produtiva ou desempenham algum tipo de atividade no seu dia a dia, aspectos que sofrem transformações, exigindo a necessidade de **mudança no estilo de vida: uma necessidade imposta**. Isto é, a nova condição de estar com os membros inferiores amputados exige uma reorganização nos projetos de vida e modificações na forma de se relacionar com o mundo, até que se faça uma reabilitação adequada, dentro das possibilidades de cada paciente.

Perceber-se mutilado, gera **revolta: a não aceitação da amputação**, que caracteriza-se pela resistência dos pacientes em ter que aceitar-se, mesmo sabendo que a cirurgia de amputação é necessária, e que ao realizá-la existem possibilidades de viver sem a dor. Mesmo com um exemplo familiar positivo, de que a amputação não impossibilita totalmente de desenvolver algumas ou todas atividades na vida diária, persiste o medo da amputação.

Ao longo da sua existência, o ser humano convive com situações de perdas e ganhos, e mesmo sabendo, que a partir do momento em que nasce está sujeito as perdas mais diversas, se mostra resistente, quando se trata de aceitar qualquer tipo de perda. Assim, não poderia ser diferente ao submeter-se a amputação. A perda de uma parte do corpo, representa a morte de uma parte de si, ou pode estar relacionada como o mesmo significado de perda de alguém da família, como foi exposto por um dos participantes. Isso mostra o quanto é importante preparar, sempre que possível, os pacientes com necessidade de se submeter a uma cirurgia de amputação. Como relatado ao longo do trabalho, o apoio psicológico precoce é de grande significância, pois ajudará elaborar melhor a perda e conseqüentemente, aceitar a nova condição corporal.

A amputação é uma cirurgia que mobiliza diversos sentimentos, desencadeia reações emocionais variadas, provocando **fragilidade emocional: a existencialidade humana**, que podem ser influenciadas pela sua causa. Se a amputação estiver relacionada a causas traumáticas, como no caso de uma das participantes, talvez a aceitação dos fatos seja ainda mais difícil, pois tudo ocorre de maneira surpreendente, sem que se permita qualquer tipo de preparação emocional. Enquanto que as amputações relacionadas aos problemas vasculares, como é o caso dos demais participantes do estudo, pode provocar sentimentos ambivalentes, possivelmente, associados ao grau de sofrimento, que o paciente vivenciou ao longo do período que antecedeu a cirurgia. Percebe-se, que alguns pacientes intercalam períodos de contentamento com a cirurgia, pelo alívio da dor, e períodos de tristeza e **medo: o futuro incerto**, em que o paciente vivência a incerteza da necessidade de outra amputação e o medo de estar próximo da finitude.

Como evidenciado nas falas, o paciente amputado pode experimentar sensações semelhantes as anteriores à cirurgia, em um membro que já não existe mais. Estas sensações caracterizam a presença de uma parte do corpo, que ainda possui referências no córtex cerebral, manifestando-se na forma de **membro fantasma: a dura realidade**. A existência do membro fantasma revela uma possível dificuldade de aceitar a amputação, a qual pode ser amenizada quando o paciente é preparado psicologicamente, para vivenciar esta perda.

Diante do que foi exposto por alguns participantes, reafirma-se a importância do trabalho educacional da enfermagem, pois a **orientação à saúde: uma necessidade sentida** entre estes participantes, comprova que a prevenção, através da orientação adequada, pode colaborar para evitar agravos à saúde do paciente, como neste caso as amputações. Dessa forma, a enfermagem deve alertá-los sobre os sinais de perda da sensibilidade nas extremidades, como alterações na temperatura e coloração da pele, assim como os cuidados com a pele dos pés, como hidratação e o uso de calçados confortáveis, a fim de evitar traumas.

Alguns participantes mostram-se otimistas quanto a chance de colocar uma prótese, porque nela esta a **esperança: o olhar para o futuro**, em que percebe-se a tentativa de reintegração corporal diante da possibilidade de fazer uso desta prótese e identifica-se que se faz necessário uma adaptação a este corpo modificado. A reabilitação, deverá ser capaz de trazer perspectivas para um novo cotidiano, de uma forma modificada de existir, que os permita participar ativamente do mundo. Condição que expressa a existencialidade do ser humano em poder continuar “sendo”, ou acontecendo, mesmo com a ausência de uma parte do corpo.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona/ Edições 70, 1977. 225p.
- BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 547-554, 2005.
- BENEDETTO, K.M. Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor-fantasma. **Acta Fisiátrica**, v.9, n.2, p.85-89, 2002.
- BISCONTI, T; BERGEMAN, C. Perceived social control as a mediator of the relationship among social support, psychological well being and perceived health. **The Gerontologist**. v. 39, p.94-103, 1999.
- BOIKE, A.M.; HALL, J.O. A practical guide for examining and treating the diabetic foot. **Cleve Clin J Med**. v.69, n.4, p.342-348, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução n. 196/96**: Ética na pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
- CROSSETTI, M. G. O. **Processo de cuidar**: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. 1997. 157f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- CHINI, G. C. O. A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.15, n.2, p.330-336, 2007.
- DEMIDOFF, A. de O.; PACHECO, F. G.; SHOLL-FRANCO, A. Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente. **Ciências & Cognição**, v.12, p. 234-239, 2007.
- _____. Sentimentos relacionados com a auto-imagem de idosos submetidos à amputação de membros. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 27, n. 2, p. 296-308, 1993.
- DIOGO, M. J. D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.8, n.1, p. 75-81, 2000.
- ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 533p.
- FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.40, n.1, p.128-33, 2006.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.4, p.590-597, 2007.

HEIDEGGER, M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes, 1993.

LOUREIRO, M. F. F.; DAMASCENO, M. M. C. ; SILVA, L. F.; CARVALHO, Z. M. F. Ser diabético e vivenciar a amputação: a compreensão psico-fenomenológica. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.** v.6, n.3, p.475-89, 2002.

MCDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; Willian J.; DOHERTY, W. J. **Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 290 p.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** Trad. De R. Piero. São Paulo: Freitas Bastos, 1971. 465p.

NETTINA, S. M. **Brunner: prática de enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 1694p.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.1, p.100- 109, 2005.

_____. R. A. **Do vínculo ao suporte social.** 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) Universidade de Coimbra. Lisboa, 1998.

OLIVEIRA, R. A. Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Análise Psicológica**, v.4, n.18, p.437-453, 2000.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n.3, p. 312-319, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, D. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, v. 4, n.7, p.156-175, 2002.

ROHLFS, A. ZAZÁ, L.(Universidade federal de Minas Gerais). Dor fantasma . (2000). Disponível em : <http://www.icb.ufmg.br/neurofib/NeuroMed/Seminario/DorFantasma/f6.htm>. Acesso em: 06 de maio de 2008.

SANTANA, M. G. Áreas de silêncio e corpo diabético. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, n.1, p. 95-98, 2000.

SARTI, C. A. A velhice na família atual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.14, n.2, p. 91-96, 2001.

SCHILDER, P. **Imagem do corpo as energias da psique**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 320p.

SILVA, S. C.; PINTO, K. O.; LUCIA, M. C. S. A inserção do jogo de areia em contexto psicoterapêutico hospitalar em enfermagem cirúrgica: um estudo exploratório. **Psicologia hospitalar**. v.2, n.2, p.10-19, dez. 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta das informações

Projeto de pesquisa “significado da amputação de membros inferiores no pós-operatório imediato”.

Entrevista

Data:

Dados de Identificação:

- Idade:
- Sexo:

Perguntas norteadoras

- 1- O sr(a) já fez outra cirurgia? () Sim () Não
- 2- Como foi para o senhor(a) passar por aquela cirurgia?
- 3- Como é para o senhor conviver com amputação do(s) membro(s) inferior(es)?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr.(a):

Estamos lhe convidando a participar de um estudo intitulado: “SIGNIFICADO DA AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO”, que tem como objetivo conhecer o significado da amputação parcial ou total do(s) membro(s) inferior(es) no pós- operatório imediato.

Para a realização deste estudo será aplicada uma entrevista de aproximadamente 40 minutos, gravada em fita cassete sendo que a sua transcrição será armazenada por cinco anos. A entrevista será realizada garantindo a privacidade dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas, sendo desgravada após sua transcrição.

As informações obtidas farão parte do relatório final do trabalho e poderão ser divulgadas em eventos científicos.

Caso concorde em participar, asseguro que receberá todos os esclarecimentos que necessitar, que o participante não será identificado, sua participação não interferirá em seu tratamento nesta instituição, que as informações obtidas serão utilizadas apenas para os objetivos propostos e que este estudo não expõe os participantes a riscos de qualquer tipo.

Os participantes da pesquisa serão esclarecidos quanto a quaisquer dúvidas surgidas durante o seu desenvolvimento e terão acesso aos resultados obtidos, tendo o direito de desistir do consentimento a qualquer momento, sem que esta decisão interfira na continuidade do tratamento.

Solicito, através desse documento, sua autorização para realizar uma entrevista. A pesquisadora responsável é a acadêmica da Escola de Enfermagem da UFRGS - Vanessa Grudzinski, que tem por orientadora a Professora Dr^a Maria da Graça O. Crossetti. Esta pesquisa compreenderá meu Trabalho de Conclusão do Curso. Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos desejados, em qualquer tempo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho conhecimento de que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.

Concordo em participar do estudo acima referido, após ter sido esclarecido, de forma clara e detalhada dos objetivos e finalidades da entrevista a qual serei submetido.

Assinatura do Participante
orientadora

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da

Porto Alegre, de

2008.

Telefones para contato:

Pesquisadora: Vanessa Grudzinski (51)34966817 ou (51)91460745.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria da Graça Oliveira Crossetti (51) 33085324.