

# Diabetes mellitus: a vivência do cliente frente à amputação.

*Diabetes mellitus: client's life experience in face of amputation.*

Wlândia Lima de Moraes<sup>1</sup>

Ana Maria Parente Garcia Alencar<sup>1\*</sup>

## Resumo

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, que teve como objetivo conhecer as experiências vivenciadas pelos diabéticos frente à amputação. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2005, mediante entrevista semi-estruturada junto aos participantes do estudo. Os resultados da investigação permitiram evidenciar que o processo de amputação envolve principalmente sentimentos de perda, dependência e isolamento social. Além disto, constata-se que a amputação é considerada uma situação difícil de ser encarada e que se faz necessária a contribuição de familiares no apoio emocional do cliente. Percebe-se a necessidade de se conscientizar os profissionais de saúde envolvidos com diabéticos amputados, principalmente o enfermeiro, acerca da vivência do cliente frente à amputação, visando a uma assistência de qualidade, através de um esclarecimento sobre o contexto que envolve uma amputação.

Palavras-chave: diabetes mellitus; amputação; vivência.

## Abstract

It is a qualitative and descriptive study which objectified to know the experiences which patients with diabetes have in face of amputation. The data collection occurred in October and November, 2005, through a semi-structured interview with the participants of the study. The results of the investigation permitted to evince that the amputation process involves feelings of loss, dependence and social isolation. Furthermore, we ascertain that the amputation is considered a hard situation to be faced and that it is necessary the contribution of relatives in the client's emotional support. It is also evident the necessity to make health professionals involved with amputees with diabetes, mainly the nurse, aware of the client's life experience in face of amputation, aiming a quality assistance, through elucidation about the context which involves an amputation.

Keywords: diabetes mellitus; amputation, life experience.

---

1- Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri. Rua Cel. Antonio Luis, 1161, Campus do Pimenta, Crato – CE E-mail: wladiaenfermeira@yahoo.com.br

---

## INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um importante problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência e por estar associado a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver custos no seu tratamento e no cuidado das complicações (BRASIL, 2002). Outro aspecto importante ressaltado é que as manifestações agudas e crônicas do DM são motivos comuns de hospitalização, acarretando altos custos no tratamento destes pacientes (BRASIL, 2006).

No Brasil, segundo o 1º Censo de Diabetes realizado entre 1986 e 1988, existem cerca de 4 milhões e 500 mil diabéticos no país. Ademais, cerca de 2 milhões desconhecem a sua condição de portador da doença e mais da metade dos diabéticos no Brasil não recebem tratamento adequado (BRASIL, 2002).

Hoje, estima-se que existem mais de 190 milhões de diabéticos e a Organização Mundial da Saúde acredita que esse número poderá chegar a 300 milhões em 2025, sendo hoje considerado como 4ª maior causa de morte na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Estes dados chamam a atenção no que diz respeito ao aparecimento de complicações crônicas, já que os acometidos, por se encontrarem sem tratamento adequado, aumentam, com o passar do tempo, o risco de aparecimento de microangiopatias (retinopatia e nefropatia), macroangiopatias (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica) e complicações neuropáticas (OLIVEIRA & MILECH, 2004).

Neste contexto de complicações crônicas, as amputações de membros

inferiores, foco do estudo, estão inseridas, sendo um relevante problema de saúde pública, já que comprometem a qualidade de vida do acometido, além de aumentar a mortalidade.

De acordo com SMELTZER & BARE (2002:975), “cerca de 50% a 75% das amputações de membros inferiores são efetuadas em pessoas com diabetes. Acredita-se que até 50% dessas amputações são passíveis de prevenção, desde que os pacientes sejam ensinados sobre medidas de cuidados preventivos com os pés e pratiquem esses cuidados preventivos de forma diária”.

Para FRYKBERG et al. (2000), os diabéticos apresentam durante sua vida um risco em torno de 15% de desenvolverem uma úlcera de pés, bem como de 15 a 40 vezes mais chances de sofrerem uma amputação em comparação com pacientes não diabéticos.

É notável que pessoas portadoras de DM, que apresentam alteração nos pés, corram grandes riscos de evoluírem para amputação. É nesse contexto que está inserida a necessidade de um cuidado maior tanto dos pacientes como também dos profissionais envolvidos nesse processo.

Para GOMES (2001:1), “[...] o risco de amputação em diabéticos é 15 vezes maior que em não diabéticos, sendo responsável por 50% das amputações não traumáticas”. Já HORTA et al. (2003), ao investigar sobre avaliação da taxa de amputações, relataram que 84% das amputações nos diabéticos são relacionadas, principalmente, à gangrena, à infecção e às úlceras crônicas, enfatizando que estas 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.

Acredita-se que os profissionais de saúde que lidam com clientes diabéticos, dentre os quais o enfermeiro está inserido,

têm grande responsabilidade de avaliar os pés e traçar estratégias educativas que venham a incentivá-los quanto à importância da prevenção de complicações, além da preocupação no acompanhamento sistemático dos diabéticos já amputados, que, de acordo com vários autores (GAMBA, 1998; HORTA et al., 2003; NASCIMENTO, 2002), correm o risco de sofrer uma segunda amputação posteriormente.

No entanto, apesar dos diversos estudos que relatam a importância da prevenção de complicações dos pés dos diabéticos e avaliação de taxa de amputações (GAMBA, 1998; HORTA et al., 2003; NASCIMENTO, 2002), são poucos os que discorrem sobre a vivência do amputado. Quanto a esta questão, o estudo de LOUREIRO et al. (2002) enfatiza que a experiência da amputação traz à vítima sentimentos diversos, assim como mudanças na sua vida diária. Os autores discorrem que as primeiras reações vividas são, principalmente, a descrença e a angústia. É difícil para o amputado o processo de luto diante da perda de um membro.

Ainda sobre este aspecto, os autores citados destacam a necessidade e a importância de compreender tais pessoas e suas vivências, pois é a partir dessa compreensão que se torna possível cuidar e ajudar o diabético amputado a enfrentar as mudanças advindas desse processo. Corroborando com o pensamento dos autores, entende-se que a amputação é um sério agravo que acomete o diabético, pela magnitude de suas seqüelas, tanto do corpo quanto da alma, além de todas as repercussões sociais para o cliente e a família.

Sendo assim, buscar uma compreensão acerca das vivências do diabético frente à amputação é de fundamental importância, pois possibilitará o planejamento de ações que venham a atender as suas necessidades, minimizando a dor e o sofrimento e contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos envolvidos no processo, além de poder despertar a atenção

de profissionais e estudantes da área de saúde, no que diz respeito à reflexão sobre as mudanças que ocorrem na vida de um indivíduo amputado.

Portanto, o estudo teve como objetivos conhecer as experiências vivenciadas pelos diabéticos frente à amputação, caracterizar os sujeitos pesquisados segundo variáveis sociodemográficas e relativas ao diagnóstico da doença e investigar as dificuldades enfrentadas pelos diabéticos frente à amputação.

## MATERIAL E MÉTODOS

O estudo foi de natureza descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, pois buscou compreender as experiências dos sujeitos quanto à vivência da amputação (LEOPARDI, 2001).

A pesquisa em questão teve como locus a residência dos sujeitos e o Centro Integrado de Hipertensão e Diabetes Mellitus Dr. Teodorico Teles (CIHD), localizado na cidade de Crato-CE. A escolha pela residência foi pelo fato de o cliente poder se sentir mais à vontade, facilitando a coleta dos dados, além de evitar-lhes o deslocamento ao serviço somente para a realização do estudo.

Apenas uma entrevista foi realizada no CIDH porque o cliente morava na zona rural, o que dificultou o acesso a sua residência. A população alvo se constituiu de seis portadores de diabetes mellitus que vivenciaram amputação de membro inferior e que consentiram participar do estudo. Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, a amostra foi definida de acordo com a saturação ou recorrência de dados obtidos pelas falas dos sujeitos do estudo (LEOPARDI, 2001).

Optou-se por colocar codinomes caracterizados com nomes próprios que iniciassem com a letra D, de diabetes

mellitus, já que os sujeitos são portadores de tal patologia. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, tendo como instrumento de coleta um formulário constituído de duas partes. A primeira com dados sociodemográficos, tais como idade, sexo, escolaridade, renda familiar, procedência e dados relativos à doença, e a segunda composta pelas seguintes questões norteadoras, as quais buscaram apreender o fenômeno a ser estudado: O que é ser diabético com amputação? Quais as dificuldades enfrentadas por você após a amputação?

Como fonte complementar para a coleta de dados, utilizou-se prontuários, dos quais foram retirados os dados sociodemográficos e relativos ao diagnóstico da doença, além da relação de diabéticos amputados, com respectivos endereços, sendo os dados coletados no período de outubro e novembro de 2005.

As falas dos entrevistados foram armazenadas por meio de um gravador, com a permissão de tais sujeitos, garantindo-lhes total sigilo de identificação. Após coletados, os dados sociodemográficos e relativos à doença foram organizados em frequências relativas e absolutas e apresentados de forma descritiva, enquanto os obtidos dos discursos dos sujeitos foram organizados em categorias temáticas, com posterior análise à luz da literatura sobre o assunto.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, inicialmente, foi enviado um ofício à Instituição, locus do estudo, solicitando a autorização para a realização do presente trabalho. Neste ofício foi esclarecida a natureza da referida pesquisa e os objetivos a que foram propostos. O segundo passo constituiu-se da explicação aos participantes, quanto aos objetivos e metodologia, com o intuito de adquirir confiabilidade e segurança sobre o estudo e os resultados que se pretendeu alcançar. Este fato foi acompanhado de documento assinado pelos

sujeitos da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-lhe participação voluntária e sigilo das informações obtidas, de forma a obedecer aos princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte (FMJ), Ceará.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### *1. Caracterização dos sujeitos segundo variáveis sociodemográficas*

Dos 6 diabéticos entrevistados, 4 (66,7%) são do sexo masculino, sendo o restante (33,3%) do sexo feminino. Ademais, 50% são casados e a outra parte (50%) está dividida entre solteiro, viúvo e separado.

Esse resultado pode ser evidenciado no estudo de GAMBÁ (1998) sobre amputações por diabetes mellitus, no qual se verificou que a maior porcentagem de pacientes era do sexo masculino (62,2%), assim como a maior parte da população estudada era casada (56,1%).

O estudo de HORTA et al. (2003), sobre avaliação de amputações, revelou que os indivíduos distribuíam-se quase igualmente entre os sexos, sendo a porcentagem de 48,8% relativa ao sexo feminino e 51,2% ao masculino.

Para OLIVEIRA & MILECH (2004), a frequência maior de diagnóstico para o diabetes no sexo feminino pode ser devido à maior procura por serviços de saúde, porque é inerente ao sexo feminino uma maior preocupação com a saúde. É notável que a distribuição entre os sexos no contexto do DM não está bem clara, visto os diversos resultados encontrados pelos autores citados. Quanto à idade, pode-se observar

que 50% estão na faixa etária de 51 a 60 anos, 33,3% de 61 a 70 anos e 16,7% de 71 a 80 anos.

Gambá (1998) encontrou, em estudo sobre amputações por diabetes mellitus, que a maior porcentagem de sua amostra se concentrou a partir dos 60 anos (67,1%).

Diante disso, é válido salientar que a metade da amostra (50%) é idosa, ou seja, está na faixa etária acima de 61 anos. Este dado é importante no contexto da amputação, visto que o idoso não possui mais a agilidade e vitalidade que tinha antes. Mas será que os idosos apresentam mais dificuldades em comparação aos indivíduos de faixa etária menor? Há diferença de enfrentamento quanto à amputação entre as faixas etárias?

Corroborando com esse pensamento, OLIVEIRA & MILECH (2004) discorrem que a prevalência do DM é maior para o grupo etário de 60 a 69 anos. E acrescentam que o DM reflete no indivíduo uma diminuição da qualidade de vida, além de ter fator preditivo de declínio funcional.

Em relação à escolaridade, 5 (83,3%) apresentam Ensino Fundamental Incompleto e 1

(16,7%), o Ensino Fundamental Completo. GAMBA (1998) também observou que a maior parcela dos pacientes só tinha o Ensino Fundamental Incompleto, que na época era denominado 1º grau incompleto.

Esses dados refletem que grande parte dos diabéticos amputados possui poucos anos de estudo. Isso pode estar relacionado ao grau de conhecimento e/ou entendimento sobre a doença e suas complicações. Mas não há dados suficientemente relevantes que comprovem tal afirmação, o que remete à necessidade de investigações mais aprofundadas sobre o assunto. Quanto à renda familiar, 2 (33,32%) recebem entre 2 e 4 salários mínimos, 2 (33,32%) não possuem renda fixa, 1

(16,66%) recebe apenas um salário mínimo, e 1 (16,66%) acima de 5 salários.

Dos diabéticos amputados, uma grande parcela possui renda familiar baixa (2-4 salários ou sem renda fixa). Essa referência revela grande importância quanto ao número de pessoas que depende de tal renda. Na maioria dos casos, a renda soma-se à do cônjuge, que é destinada às despesas de uma família numerosa, já que todos os sujeitos residem com familiares.

Estes dados mostram uma relação significativa no que se refere ao controle glicêmico, visto que os diabéticos necessitam de uma dieta mais rigorosa, e muitas vezes o dinheiro não é suficiente para a compra de alimentos específicos para eles. Uma alimentação inadequada interfere nos níveis glicêmicos, podendo contribuir para o aparecimento de complicações, e futuramente a amputação.

Do total de diabéticos entrevistados, 3 são aposentados, equivalendo a 50% da amostra, sendo o restante distribuído entre agricultor, pensionista e prendas do lar. Constata-se que a capacidade laborativa dos entrevistados ficou comprometida com o processo de amputação, visto que grande parte é aposentada. A influência da amputação na vida laborativa do indivíduo pode ser descrita pelas seguintes falas:

*[...] eu não tenho atividade pra tá trabalhando, não tenho condições de trabalhar, nunca*

*tive condições de colocar uma perna mecânica[...]* (Dênis)

*[...] não trabalho mais, não tenho condições mais nem de andar.* (Davi)

Sugere-se, então, uma participação da equipe de saúde da atenção básica no que se refere a atividades que promovam a reinserção de tais clientes na sociedade, para que tenham mais qualidade de vida. Os profissionais do PSF, assim como o

assistente social, podem trabalhar nesse contexto, aproximando o diabético amputado da equipe de saúde, facilitando a reabilitação desses clientes.

No que diz respeito à moradia, 33,32% moram somente com os filhos, enquanto 33,32% moram com o cônjuge e filhos. O percentual restante mora com cônjuges, netos e irmãos. É interessante comentar que 100% da amostra moram com membros da família. Considerando que os familiares podem contribuir para o cuidado do doente, e dessa maneira amenizar estresses emocionais, é relevante o papel da família no processo de amputação. PACE et al. (2002:1) concordam que “a família constitui um sistema no qual o comportamento de cada um dos membros é interdependente ao dos outros”.

A família é fonte de apoio emocional imprescindível para o doente. Esta afirmação torna-se concreta através do seguinte depoimento:

*[...] pra pessoa passar por esses traumas, ele tem que ser muito forte, com uma personalidade muito forte, e contar muito com o apoio da família, porque se ele não tiver o apoio da família, realmente ele, só pensa em coisas piores[...] (Dênis).*

De acordo com o GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO (2001), os indivíduos sozinhos, sem uma vida social, desprovidos de vínculos afetivos, estão mais propensos a sofrerem amputação. Corroborando com o pensamento acima descrito, acredita-se que o diabético que vive sozinho pode não ter o cuidado com a saúde adequado e, quando mora com algum familiar, este pode contribuir para o auto-cuidado desse cliente.

Em vista disso, sugere-se que o profissional que lida com tais indivíduos aproxime e oriente a família que vive com o

diabético, para lhe proporcionar um cuidado adequado com a saúde.

### **Caracterização dos diabéticos segundo variáveis relativas ao diagnóstico da doença**

Ao se investigar quanto ao tipo de diabetes, constata-se que 100% da amostra são do tipo 2. No estudo de HORTA et al. (2003), sobre avaliação da taxa de amputações, 89,7% dos pesquisados eram diabéticos tipo 2. Esta percentagem elevada pode ser verificada também por Brasil (BRASIL, 2002), em que se constatou que 90% dos diabéticos são do tipo 2. O tempo da doença variou de 1 a 5 anos (16,6%), 6 a 10 anos (16,6%) e acima de 10 anos (66,8%). É importante ressaltar o percentual de clientes com 1 a 5 anos de diagnóstico da doença (16,6%) e já amputado. O DM tipo 2 pode passar despercebido por muitos anos antes do diagnóstico, e na realidade o tempo de doença é maior do que o relatado, contribuindo para o aparecimento de complicações..

No estudo de LOPES & OLIVEIRA (2004) sobre desenvolvimento do pé diabético, observou-se que 60,9% dos sujeitos relataram ter de 1 a 5 anos de diagnóstico da doença. A probabilidade de amputação é 13 vezes maior para um diabético. GAMA (1995) destaca que o aparecimento de complicações no diabetes inicia-se de 5 a 10 anos após o início da doença, confirmando os dados encontrados neste estudo. Em relação ao tempo de amputação, apenas 1 (16,6%) tem menos de um ano, 3 (50%) de 2 a 5 anos e 2 (33,4%) com 10 anos ou mais de amputação. Dos sujeitos com 5 anos ou mais de amputação, a maioria sofreu uma segunda amputação.

GAMA (1995:1) relata que dos diabéticos, “40% sofrem uma segunda amputação no decurso dos 5 anos que se seguem à primeira”. Em concordância com

esse pensamento, LOPES & OLIVEIR (2004) discorrem que em torno de 42,5% dos amputados sofrerão uma segunda em 2 a 3 anos.

Fica explícita a importância de medidas preventivas, tais como controle glicêmico, acompanhamento sistemático dos diabéticos, rotina de exame dos pés pelos profissionais dos serviços de atenção básica (PSF) e atenção secundária, para evitar o aparecimento de complicações e, conseqüentemente, de amputações.

A assistência ao cliente diabético amputado não se restringe apenas à prevenção de outras complicações que possam culminar em uma segunda ou terceira amputação, é muito mais que isso. Também é importante e necessário compreender o emocional do cliente, principalmente através do ato de ouvir, para poder ajudá-lo no caminho da reabilitação.

### ***A vivência do cliente diabético frente à amputação***

Ao se investigar sobre a vivência dos sujeitos entrevistados frente a amputação emergiram duas categorias temáticas, quais sejam: a trajetória para a amputação e ser diabético com amputação.

### ***A Trajetória para a Amputação***

Quando se questionou a trajetória para a amputação, os dados demonstraram que os sujeitos da amostra apresentaram calos, ferimentos ou bolhas como fatores precedentes à amputação, ou seja, apenas um entrevistado teve como causa de amputação um fator externo, um acidente automobilístico.

Damiana, ao descrever como tudo começou comentou: “Começou assim, um canto de unha que eu tirei, no primeiro dedo.

Que esse canto de unha deu um negoço tão fei, nesse dedo...”.

Já Davi descreve o processo de amputação: “O processo de amputação foi porque ela deu a “granguena” diabética, né? Que é aquela podridão [...], e num tem outra saída a não ser amputar”.

O discurso de Damião complementa esse contexto: “Apareceu uma bolha cheia d’água, aí começou a doer. Fui fazendo curativo mas num aguentei a dor [...] aí começou um mau cheiro[...]”.

CASTRO & KNACKFUSS (2004) relatam que entre amputados diabéticos, cerca de 87% apresentam ulceração no pé como fator causal. É consenso entre CABRAL & SANTOS (2003), o GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO (2001) e PACE et al. (2002), e sobre a importância da prevenção de lesões em pés de diabéticos, onde uma abordagem multiprofissional é relevante nesse processo.

É nesse contexto que o profissional enfermeiro está inserido, contribuindo na detecção precoce do pé diabético através de educação em saúde, exame regular dos pés, visando a uma assistência para o cuidar integral do indivíduo.

A experiência da amputação é relatada desde o início, quando os fatores predisponentes (calos, bolhas, feridas) apareceram, dando partida para uma série de eventos que culminaram na amputação. Primeiramente os curativos realizados em casa não resolveram, e então a ferida começa a aumentar, progredir. Quando o médico é procurado, o problema só tem uma solução: a amputação.

Tal fato é evidenciado pelo discurso de Dalton:

*“[...] eu senti, no início, um ferimento muito leve no dedo mínimo do pé. Não dei importância e fiquei fazendo curativo em casa[...]. Eu fui ao*

*Hospital, o médico de plantão fez um paliativo, disse que eu tinha de amputar[...]”. Já o relato de Dalva mostra que a falta de sensibilidade no pé foi fator relevante na trajetória da amputação: “Eu fui cortar, quebrar uma vara que era pra fazer o fogo, [...] aí no que eu fui quebrar a vara butei o pé, [...] aí o prego entrou mermo aqui assim [...] nem ao meno doeu [...] com três dias [...] minha perna foi ficando vermelha. De noite o pé tava inchado, doendo, doendo! Aí me levaram pro hospital [...]”.*

FERREIRA (2005) em estudo com clientes diabéticos encontrou que os sujeitos do estudo têm limitada compreensão quanto a medidas preventivas relacionadas com os pés e sua aplicabilidade.

Esta situação pode ser contornada com uma educação continuada sobre tais aspectos, assim como a prática do exame regular dos pés em diabéticos, pois esses indivíduos necessitam compreender condutas preventivas para a vida diária.

Na pesquisa de FERREIRA (2005) constatou-se que os diabéticos consideravam importantes apenas ações de higiene e limpeza, sem referir preocupação com o uso de sapatos adequados e o auto-exame dos pés. Estes aspectos deveriam estar inseridos na assistência integral ao cliente diabético, haja vista sua importância na prevenção de úlceras e, conseqüentemente, de amputações. Para SOUZA (2005:48), a sistematização da assistência é fundamental no cuidado direto ao cliente diabético na assistência básica. Para tanto é necessária: a realização da consulta de enfermagem com a aplicação do processo de enfermagem (o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados, a evolução de enfermagem e o prognóstico de enfermagem), o exame físico das pernas e pés, aplicação de instrumentos para tentar a sensibilidade protetora plantar, a sensibilidade vibratória, térmica, tátil e

dolorosa, além de fechar com orientações acerca dos cuidados com os pés.

Percebe-se, diante do exposto, a importância da prevenção do pé diabético, o qual pode ser fator determinante no processo de amputação. É nesse percurso que está inserido o profissional de saúde que lida com clientes diabéticos, em que as orientações com os cuidados com os pés, assim como com a alimentação e o controle glicêmico, são imprescindíveis para evitar complicações e, conseqüentemente, a amputação.

### **Ser diabético com amputação**

Quando questionados sobre o significado de ser diabético e ter sofrido uma amputação, podese observar que para a maioria dos entrevistados é uma situação difícil de ser encarada, já que envolve o emocional do ser humano, assim como uma questão física e econômica. Como exemplo de tal afirmação está o depoimento de Damião: “é um problema pra mim, mas tem que se agüentar.

*Eu não tô nem conseguindo trabalhar direito, não tô nem trabalhando...”.*

Para outros esta situação é considerada como normal, pelo fato de há muitos anos estarem convivendo com o diabetes e a amputação, mas nem por isso deixa de ser difícil, como relata Dênis:

*“ normal, normal, num me sinto diferente por isso não [...] Nos primeiros dias é difícil, mas me conformei. Hoje em dia me conformei, é indiferente”.*

Este momento de conformação da perda do membro evidenciado na fala de Dênis é citado por LOUREIRO et al. (2002) como o momento de tomada de consciência

do diabético e procura de mecanismo de recuperação. Infere-se que a aceitação frente à amputação reflete também um mecanismo de defesa do amputado e tem valor terapêutico, contribuindo para a diminuição da perda e do sofrimento físico, psíquico e social.

Cabe aos profissionais de saúde compreenderem e apoiarem os diabéticos, para que se sintam fortalecidos diante das dificuldades enfrentadas. Segundo DIOGO (2003), a satisfação com a vida reflete, em parte, o modo e os motivos que levam as pessoas a encarar as experiências de vida de forma positiva. A maneira de encarar uma doença pode ser vista de formas diferentes entre os indivíduos. O ser humano carrega consigo personalidade e experiências que podem servir para o crescimento pessoal, mas também pode vir como uma lástima para o resto de sua vida, vai depender dos seus valores e do seu emocional.

DIOGO (2003) relata que o modo pelo quais as pessoas percebem seus próprios potenciais em comparação com outras pode determinar como elas sentem sua própria vida e condição. Em concordância com o exposto, SILVA (2001) enfatiza que nem todas as pessoas percebem e expressam a sua doença da mesma forma e que a maneira de enfrentamento também é diferente, mesmo em patologias semelhantes.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de LOUREIRO et al. (2002:477) quando revelaram que os diabéticos amputados “enfrentam sentimentos de descrença, conformismo, isolamento e vontade de morrer, intercalados com a aceitação da perda”. Os autores reforçam a necessidade de compreensão e apoio, não só da família e equipe de saúde, mas da sociedade. Corroborando com o pensamento dos autores citados, acredita-se ser necessária a realização de estratégias educativas que venham a reforçar estes aspectos, viabilizando uma maior

aproximação entre os diabéticos amputados, família, sociedade e serviços de saúde.

### **Dificuldades encontradas após a amputação**

Ao investigar as dificuldades frente à amputação, encontram-se dados relativos à dependência, à mobilidade e ao isolamento social. O termo amputação para os diabéticos associa-se a validez, dependência.

Tal fato pode ser evidenciado no discurso de Damiana:

*“[...] fica difícil pra gente caminhar direito. Como a gente caminha com os dedos da gente, né? A gente num pode fazer muito esforço pra caminhar, porque de uma hora pra outra falta o equilíbrio, que quem mais apóia é o pé, os dedos”.*

Já Dalva, apesar dos vários anos de amputação, sente a necessidade de trabalhar, de sair de casa, já que hoje essas atividades são limitadas:

*“[...] não poder trabalhar, não sair [...] o único canto que eu saio é aqui pro posto”.*

Outro aspecto evidenciado nas falas é a busca de atividades que ajudem o indivíduo amputado a se sentir útil, como evidenciado no discurso de Dalva:

*“[...] eu faço isso aqui (lavar roupa) é pra mim interter [...] pra eu num viver só na solidão [...] aí eu botei uma banquinha de bombom ali na calçada [...] aí com tudo isso eu acho melhor”.*

Pode-se observar que o indivíduo amputado busca atividades para ocupar a mente e tentar não pensar na sua perda. Talvez essa busca seja uma forma de fuga para o problema vivido. A autoestima é alterada diante do processo de amputação e

a busca por atividades alternativas torna-se necessária para uma melhor qualidade de vida.

No estudo de SILVA (2001), com clientes diabéticos, verificou-se que os mesmos perceberam que sua liberdade ficou limitada, não havendo mais a independência de antes, alterando seu processo de viver. Esta situação levou-os a procurar alternativas para garantir melhor qualidade de vida. De alguma forma isso os incentivou a retomar sua condição anterior de sentir-se capaz, possibilitando-lhes realizar-se.

Para CAMPOS (2003:447): “[...] a perda da saúde implica na perda concreta de órgãos quando das cirurgias mutiladoras ou mudanças de hábitos e costumes, como no caso de doenças crônicas, levando a rebaixamento da auto-estima e do auto-conceito”. Constata-se que, com a amputação, as atividades diárias estarão mais limitadas, impondo dificuldades em realizar tarefas simples, assim como uma imagem corporal diferente que 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.

Corroborando com esse pensamento, CAMPOS (2003) afirma que a amputação acarreta limitações de atividade, assim como alterações na percepção da imagem corporal e do mundo do amputado.

Diante desse contexto, observa-se uma fragilidade do cliente que sofre amputação, trazendo-lhe sentimentos, como os de impotência, negação e angústia diante de tal processo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados obtidos, constatou-se que a trajetória para a amputação, em 83,3% dos sujeitos, teve como fatores precedentes à amputação calos, 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. Evidenciou-se que a amputação para os sujeitos representou uma experiência dolorosa e angustiante. Entretanto, esses fatores podem ser amenizados a partir da compreensão da vivência do cliente amputado, que é de fundamental importância para tornar a assistência mais integrada, além de lhes facilitar o processo de reabilitação.

Quando questionados sobre as dificuldades vivenciadas no processo de amputação, encontram-se dados relativos à dependência, à mobilidade e ao isolamento social. A movimentação ficou limitada, impondo o sujeito à dependência física. A auto-estima foi alterada diante da amputação, levando o indivíduo à busca de atividades para ocupar a mente e evitar a ociosidade. É nesse contexto que a família e a equipe de saúde que convive com tais pessoas necessitam estar preparadas para lhes proporcionar o cuidado devido, aliando o cuidado físico ao emocional.

O atendimento ao cliente diabético, de acordo com GAMBA (1998) e SOUZA (2005), é inerente não só à assistência secundária mas à assistência básica, a qual é formada por equipes multiprofissionais. Dentre estes, destaca-se o enfermeiro, que deve atuar no sentido de proporcionar um cuidar integral do indivíduo, família e comunidade. Em concordância com esse pensamento, acredita-se que o enfermeiro, junto a outros profissionais que lidam com diabéticos amputados, possa contribuir para uma assistência holística a tais clientes, no sentido de agregar os familiares e a equipe de saúde na reabilitação desses indivíduos.

Para tanto, visando à melhoria da assistência de enfermagem aos clientes, recomenda-se que: Os profissionais que integram a equipe que prestam assistência ao diabético nos serviços de saúde busquem as necessidades individuais dos mesmos, avaliando regularmente as orientações dadas, averiguando o retorno das informações;

Estimular a participação dos familiares nos cuidados prestados aos clientes diabéticos amputados ou não;

Envolver a equipe multiprofissional no desenvolvimento de atividades para a reabilitação do amputado, garantindo uma assistência adequada; Organizar e estruturar sessões de orientações que propiciem a discussão das dúvidas e anseios quanto ao auto-cuidado para os diabéticos amputados e seus familiares. É importante que o serviço de saúde contemple a educação em saúde, na perspectiva de mudar pensamentos errôneos e resgatar práticas de prevenção de complicações que o diabetes possa inferir, assim como melhorar a qualidade de vida dos clientes amputados. Faz-se necessário repensar a prática de enfermagem aos clientes diabéticos, a qual aspira, além de conhecimentos científicos, a humanização do cuidar. Os sentimentos aflorados por esses indivíduos representam o adubo pertinente ao crescimento pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n.16).

CABRAL, E.C.C.; SANTOS, R.B. Prevenção de lesão em pés de portadores de diabetes mellitus.

Diabetes Clínica, v.7, n.6, p.424-433, nov./dez. 2003.

CAMPOS, B.C.P. As interfaces da atuação do fisioterapeuta e do psicólogo junto ao paciente no contexto hospitalar. O Mundo da Saúde, v.27, n.3, jul./set. 2003.

CASTRO, C.L.N.; KNACKSUSS, I.C. Pé diabético. In: OLIVEIRA, J.E.P.; MILECK, A. Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 23, p.281-298.

DIOGO, M.J.D. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. 2003. Capturado em 1º dez. 2005. Disponível na Internet: <http://www.bireme.com.br>

FERREIRA, M.B.M. A percepção do cliente diabético acerca da importância dos cuidados com os pés. 2005. 82f. Monografia – Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Crato, 2005.

FRYKBERG, R.G. et al. Diabetic foot disorders: a clinical practice guideline. Journal of Foot and Ankle Surg, v.39, p.S2-S60,

2000. suppl. Capturado em 30 abr. 2005. Disponível na Internet: <http://www.soybean.com.br/slides/Diabetes.ppt>

GAMA, A.D. Pé diabético: perspectivas atuais de diagnóstico e tratamento. *Revista de Angiologia e Cirurgia Vascular*, v.4, n.4, 1995.

GAMBA, M.A. Amputações por diabetes mellitus uma prática prevenível? *Acta Paul. Enf.*, v.11, n.3, p.92-100, 1998.

GOMES, M.C.O. Cuidados com os pés. 2001. Capturado em 17 jul. 2005. Disponível na Internet: <http://www.biosaude.com.br>

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Brasília, 2001.

HORTA, C. et al. Avaliação da taxa de amputações – consulta multidisciplinar do pé diabético. *Acta Médica Portuguesa*, v.16, p.373-380, 2003.

LEOPARDI, M.T. Metodologia da pesquisa em saúde. São Paulo; 2001.

LOPES, F.A.M.; OLIVEIRA, F.A. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF). Belo Horizonte: [s.n.], 2004. Capturado em 17 jul. 2005. Disponível na Internet: <http://www.fmtm.br/instpub>

LOUREIRO, M.F.F. et al. Ser diabético e vivenciar a amputação: a compreensão psicofenomenológica. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem*, v.6, n.3, p.475-489, dez. 2002.

NASCIMENTO, L.M.O. Avaliação dos pés de diabéticos atendidos em um serviço de referência localizado em Fortaleza-Ce. 2002. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004.

PACE, A.E. et al. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. *Rev Latino-am Enferm*, 2002. Capturado em 30 abr. 2005. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

SILVA, D.M.G.V. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais. 2001. 188f. Tese – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v.2, cap.37. p.933-983.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES-SBD. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro, 2006.

SOUZA, C.M. Ações desenvolvidas pelo enfermeiro para prevenção e detecção precoce do pé diabético. 2005. 64f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.