

## A DINÂMICA DEPENDÊNCIA-AUTONOMIA EM IDOSOS SUBMETIDOS À AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES

Maria José D'Elboux Diogo \*

DIOGO, M.J.D'E. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 59-64, janeiro 1997.

*O presente trabalho tem como objetivo discutir a dinâmica dependência-autonomia no idoso com amputação de membros inferiores, relacionando esta questão com a realização das atividades da vida diária.*

*UNITERMOS: dependência/autonomia, atividades da vida diária, idoso, amputação*

### 1. INTRODUÇÃO

A idade avançada não é razão suficiente para o comprometimento da capacidade funcional. Na realidade, o que ocorre é o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas com o passar da idade. Associada a estas doenças, aparecem as incapacidades físicas no idoso, resultando então no desenvolvimento da dependência e na perda da autonomia.

Segundo HOGSTEL & GAUL<sup>17</sup>, a autonomia, entendida como um princípio ético, é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, no qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto este direito não infringir a autonomia dos outros. Salientam que, para ser autônomo, o indivíduo deve ser capaz de pensar racionalmente e se autogerenciar; caso contrário, sua capacidade para a tomada de decisões estará comprometida e, portanto, deverá ser realizada por outra pessoa. Contudo, não há um ponto claro tanto eticamente como legalmente sobre em que momento ou quais situações que levem a perda da autonomia e, portanto, a tomada de decisão poderia ser assumida por outra pessoa.

A autonomia inclui ainda liberdade de escolha, de ação e autocontrole sobre a vida. Portanto podemos considerar que a autonomia está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo em ser dependente ou independente na realização das atividades da vida diária.

Entretanto algumas pessoas são capazes de se autogovernarem apenas em algumas áreas da sua vida, necessitando da ajuda de outros para demais áreas.

Para os idosos a presença de uma limitação física, seja ela causada por uma doença ou resultante de uma cirurgia mutiladora representa um risco para a sua

autonomia, principalmente quando esta limitação gera a dependência na realização das atividades da vida diária.

Corroborando com esta questão, temos a ideologia do modelo médico tradicional que tende a comparar a velhice com incapacidade, associando um futuro para o idoso sombrio e inevitável, e transmitindo para este uma atitude fatalista de desânimo e temor frente a uma situação que se define como de decadência inevitável<sup>20</sup>.

Com o desenvolvimento da geriatria e da gerontologia e das pesquisas em diferentes áreas, estas têm demonstrado que os idosos têm potencial para enfrentar diferentes situações na vida, como a doença, a reabilitação, a limitação física, entre outras.

Isto posto, temos como objetivo deste trabalho discutir algumas questões que envolvem a dinâmica dependência/autonomia no idoso com amputação de membros inferiores.

### 2. A DEPENDÊNCIA/AUTONOMIA NO IDOSO COM AMPUTAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES

A presença de uma incapacidade funcional, determinada por uma amputação de membros inferiores implica em interferência sobre a autonomia e independência. A incapacidade, compreendida como a não possibilidade de realização de determinada atividade, pode ter como causa fatores intrínsecos ou extrínsecos, ou seja, ela pode ser determinada por fatores inerentes ao estado físico do idoso, no caso a amputação, ou pode

\* Enfermeira. Professor Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Membro da Equipe Multiprofissional de Assistência ao amputado

ainda ser determinada por fatores ambientais, econômicos, culturais e sociais. Podemos citar como exemplo a atividade de lazer; o idoso com amputação de um membro inferior pode estar incapaz de realizar atividades de lazer tanto em função da amputação como pelas poucas oportunidades que a região da sua residência oferece, assim como irregularidades do terreno, excesso de trânsito de veículos no local, ou ainda pela ausência de companhia, e outros.

Por outro lado os preconceitos sociais referentes a reabilitação das pessoas idosas também interferem na sua capacitação para o autocuidado. Tais preconceitos dizem respeito à incapacidade de aprendizagem do idoso impedindo seu ajustamento à reabilitação e a visão de que os idosos são "pesos" para suas famílias e para a sociedade, não valendo, portanto, esforços econômicos vinculados ao processo de reabilitação<sup>8,14</sup>.

De fato, na terceira idade, o potencial físico, a capacidade para aprender novas habilidades e reaprender habilidades antigas, podem estar freqüentemente alteradas. Como conseqüência, o processo de adaptação a uma nova situação pode ser mais lento, quando comparado ao jovem<sup>8,23</sup>.

Entretanto, nossa prática tem demonstrado que o idoso com amputação tem um grande potencial para a reabilitação, principalmente aquele que não apresenta outro comprometimento de ordem física ou mental.

BELLIBONI<sup>4</sup>, ao se reportar sobre o idoso amputado refere que "parece que eles premidos pela necessidade de ganhar a vida são intensamente motivados no sentido de sua recuperação funcional".

No processo de reabilitação, a ênfase deve ser dada à capacidade remanescente do idoso, às suas habilidades, estimulando sua independência e autonomia, pois, mesmo debilitado, ele pode apresentar motivação e na maioria das vezes responde ao tratamento.

A perda da extremidade inferior resulta em alterações na vida diária, no trabalho, na interação social e no atendimento das necessidades pessoais. Conseqüentemente, muitas pessoas com amputação não reassumem um estilo de vida completamente normal e algum grau de dependência é esperado tanto pelo idoso quanto pelos profissionais de saúde envolvidos no tratamento.

Podemos citar o trabalho realizado por HELM et al<sup>16</sup>, com 257 pacientes submetidos à amputação de membros inferiores, no período de 1976 a 1979, dos quais 107 eram sobreviventes nos anos de 1980 a 1981, quando então foram entrevistados em suas casas. Os autores analisaram as conseqüências de fatores pré e pós-operatórios e o nível da amputação em relação a capacidade funcional e dependência social. A idade média entre as mulheres era de 79 anos e entre os homens 72 anos. Pelos resultados obtidos, foi possível constatar que 6% dos pacientes tornaram-se menos

dependentes após a amputação, 36% apresentaram grau de dependência inalterado, enquanto que em 58%, o grau de dependência aumentou. Os autores salientam ainda que, a situação de dependência pós-operatória, foi determinada por fatores não diretamente relacionados à amputação (nível ou causa), mas pela idade e condição social pré-operatória.

Salientando o aspecto da dependência, verificamos em trabalho realizado anteriormente que as atividades nas quais os idosos com amputação de membros inferiores mais encontraram limitações foram: higiene corporal, locomoção, eliminações, atividades realizadas em casa (serviços domésticos, entre outros), atividades sociais e de lazer, atividades religiosas e uso de transportes<sup>9,0</sup>.

As limitações impostas pela imobilização influenciam na habilidade com a qual o paciente interage com o ambiente. Assim, a perda de uma parte do corpo pode transformar o indivíduo de independente para dependente, requerendo um processo de avaliação de cada situação, ou seja, do que é capaz ou não de realizar sozinho<sup>3</sup>. Para o idoso, este fato é agravado pelas dificuldades relacionadas as alterações sociais e físicas e à presença de doenças, presentes no processo de senescência e senilidade.

A maioria dos indivíduos restritos a cadeira de rodas por causa de uma deficiência física, enfrentam muitas vezes, uma série de obstáculos físicos e interpessoais, na realização das atividades da vida diária. Esta perda de controle sobre suas ações pode levar à insegurança, que por sua vez, influencia negativamente na auto-estima. Completando este quadro, a insegurança ainda leva o indivíduo a delegar a outros cada ação relativa ao seu autocuidado, passando a não desenvolver seu potencial ou recusando-se a iniciar atividades necessárias para manter a sua saúde<sup>2</sup>.

Neste sentido vale salientar que ter autonomia, também implica em ter responsabilidade para o autocuidado e ser capaz de solicitar ajuda quando necessária, sem que esta solicitação seja sob a forma de exigência, reclamação, coação ou manipulação.

No entanto, concordamos com GONÇALVES et al.<sup>13</sup>, quando colocam que encontramos idosos que abrem mão de sua autonomia em troca de segurança, de atenção, de companhia, de um teto, principalmente entre aqueles que necessitam de ajuda no seu dia-a-dia, na realização das atividades da vida diária.

Em nossa prática com idosos submetidos à amputação de membros inferiores percebemos que a preocupação com a dependência é uma constante. Desde o período pré-operatório os idosos apresentam dificuldade em visualizar as ações que poderão executar após a cirurgia e temem que poderá ocorrer a dependência.

Entretanto acreditamos que estes sentimentos

podem ser amenizados se tentarmos desenvolver e utilizar as capacidades remanescentes destas pessoas, tomando-as agentes ativos e participantes nas suas atividades diárias.

Para BURGESS<sup>5</sup>, a reabilitação de um indivíduo submetido à amputação se constitui num processo contínuo, desde a cirurgia até o momento em que a pessoa se encontra totalmente independente, portando sua prótese definitiva.

O idoso, muitas vezes, não é capaz de alcançar este nível máximo de independência, mesmo com o uso de uma prótese, no entanto, pode manter sua autonomia.

STRUFFALDI; GONÇALVES<sup>23</sup>, ao citarem a definição do "National Council of Rehabilitation", fazem notar que a reabilitação do idoso é "a volta do incapacitado à sua máxima utilidade física, mental, social, profissional e econômica de que é capaz". Acrescentam ainda que a capacidade de adaptação e o potencial físico, que tendem a diminuir com a idade, e a marginalização do idoso pela sociedade são aspectos que interferem na sua reabilitação.

Atualmente os idosos deparam-se com dificuldades como a restrição do seu espaço físico nas residências e a alteração dos hábitos familiares, resultando muitas vezes em isolamento, sendo freqüentemente vistas essas pessoas confinadas nas casas em que vivem ou abandonadas em instituições<sup>1,11,12,21</sup>. Nestas situações o idoso geralmente já perdeu seu cônjuge, e o sentimento de solidão passa a fazer parte da sua vida, que parece se restringir às recordações do passado e à expectativa da proximidade da morte.

Soma-se a estas dificuldades a problemática causada pela amputação. O idoso amputado tem à sua frente uma grande mudança no seu estilo de vida, além de incertezas quanto às suas capacidades e às atividades de familiares e amigos, que parecem ficar alteradas.

Portanto, acreditamos que durante o processo de reabilitação os profissionais envolvidos devem atuar junto ao idoso e seus familiares, apoiando suas decisões, respeitando deste modo a autonomia de cada um, num processo educativo e congruente com as necessidades de cada pessoa. Devem ser consideradas as suas limitações físicas, psíquicas e ambientais, ou seja, as dificuldades que podem interferir na sua adaptação à nova situação<sup>22</sup>.

A questão da dependência/autonomia está intimamente relacionada com a capacidade do idoso para realizar as atividades da vida diária, compreendidas como as atividades que permitem o atendimento das necessidades básicas por meio do funcionamento físico. Assim passamos a discutir alguns aspectos que podem facilitar o desempenho do idoso nas seguintes atividades: **a higiene corporal, a locomoção, as eliminações e as atividades realizadas em casa.**

## 2.1. Higiene corporal

Em trabalho realizado anteriormente, verificamos que para a maioria dos idosos com amputação de membros inferiores há necessidade de ajuda na realização da sua higiene corporal<sup>10</sup>. Esta atividade é um dos indicadores mais utilizados na avaliação da capacidade funcional de idosos portadores ou não de amputação. O desempenho em tal atividade demonstra o grau de dependência para o autocuidado, uma vez que para a realização da higiene corporal é necessária a locomoção ao banheiro ou então, sua realização no leito, porém, dependendo da ajuda de outra pessoa.

Entretanto, este grau de dependência pode refletir na perda da autonomia do idoso para esta atividade na medida em que na realização da higiene corporal pode ocorrer invasão da sua privacidade, da sua intimidade, colocando-o em situação de constrangimento frente a algum familiar ou outro cuidador.

Com o objetivo de facilitar a realização desta atividade e prevenir quedas, sugerimos algumas adaptações, tais como: colocação de uma cadeira e de alças laterais no interior do box, tapete antiderrapante, chuveiro ajustável, apoio ao lado do vaso sanitário, iluminação adequada e ausência de degraus no acesso ao banheiro<sup>18</sup>.

Em nossa prática temos verificado que com a realização de algumas destas adaptações o idoso consegue realizar sua higiene corporal de maneira independente ou necessitando de ajuda apenas para levá-lo até o banheiro.

## 2.2. Locomoção

Consideramos esta atividade muito importante, uma vez que é por meio da locomoção que o indivíduo tem acesso aos diferentes locais para a realização das suas atividades diárias.

Para a locomoção do idoso com amputação de membros inferiores os acessórios mais utilizados são a cadeira de rodas e as muletas. O uso de cadeira de rodas pode conduzir à inatividade que por sua vez causará um declínio funcional na mobilidade do idoso e conseqüente confinamento em casa, na cadeira ou na cama. Estes problemas podem levar o idoso a acomodar-se à cadeira, não desenvolvendo sua capacidade para o autocuidado. Desta maneira encontramos o idoso "entregue" aos seus familiares, dependente para a maioria das atividades da vida diária e ainda abrindo mão da sua autonomia, muitas vezes para manter e garantir a assistência até então realizada a ele.

Por outro lado verificamos em nossa prática que muitos idosos fazem questão de manter sua autonomia e sua independência mesmo em cadeira de rodas iniciando tão cedo quanto possível a realização de diversas atividades.

Concordamos com HARRIS et al<sup>15</sup> quando destacam que se o idoso não for um candidato a caminhar com uma prótese, ele pode ficar habilitado para realizar suas funções de modo independente numa cadeira de rodas. Para tanto se faz necessário o envolvimento da família no sentido de não realizar as atividades pelo e para o idoso, e sim, deixá-lo executá-las mesmo que ele leve mais tempo para terminá-las.

### 2.3. Eliminações

A presença de dificuldades na realização das eliminações urinárias e fecais em idosos é relatada por diversos autores.

Um dos problemas mais freqüentes na terceira idade é a incontinência urinária conforme referem CUNHA<sup>7</sup> e LEDUC<sup>19</sup>, tomando-se mais agravante entre idosos com amputação de membros inferiores. Pode ainda ocorrer a incontinência tipo funcional conseqüente a mobilidade limitada.

Na presença de dificuldade de acesso ao vaso sanitário, a realização da eliminação fecal também fica comprometida uma vez que o idoso apresenta certa tendência para a constipação intestinal advinda do processo de envelhecimento, do estado emocional, da falta de exercícios físicos, do uso de medicamentos e de erros alimentares.

Após a amputação, muitos idosos necessitam realizar alterações para possibilitar suas eliminações, como: mudança de posição, colocação de apoio ao lado do vaso sanitário, ajuda para ir ao banheiro, uso de artefatos como comadre, papagaio ou urinol<sup>10</sup>.

O desempenho desta atividade está diretamente relacionada a locomoção do idoso. Se ele é capaz de locomover-se até o vaso sanitário sozinho, sua independência e autonomia podem ser garantidas. Caso contrário, ou seja, se este acesso está condicionado a ajuda de outra pessoa pode ocorrer então o comprometimento da sua autonomia, pois nem sempre é possível um pronto atendimento frente à solicitação do idoso. Em muitas situações o familiar considera mais fácil deixar a comadre, papagaio ou urinol ao lado do idoso para que ele mesmo os utilize a qualquer momento e em qualquer lugar sem precisar pedir ajuda. Esta situação promove um declínio funcional impedindo o desenvolvimento das suas capacidades e potencialidades levando-o a acomodar-se com a situação e a abrir mão da sua autonomia.

### 2.4. Atividades realizadas em casa

Temos verificado em nossa prática e em estudos realizados por alguns autores, que grande parte dos idosos com amputação de membros inferiores não continuam a realizar as tarefas que cumpriam em casa frente a dificuldade encontrada com a ausência do

membro, ou o fato de os familiares não permitirem esta continuidade. O sentimento de incapacidade é reforçado pelos familiares que, muitas vezes, tentam "poupar" o idoso, deixando-o sentado ou deitado, sem qualquer atividade.

Em muitas situações as atividades realizadas se restringem a aquelas relacionadas ao lazer e recreação, como assistir a televisão ou ouvir rádio. Contudo, temos observado que as mulheres parecem exercer atividades mais participantes principalmente às referentes aos serviços domésticos e atividades manuais<sup>6,9</sup>.

No entanto cabe salientar a importância do idoso em se manter útil, com alguma atividade, mesmo que sejam pequenas obrigações, pois conforme observa SALGADO<sup>21</sup>, a ausência de atividade pode conduzir a sentimentos de inutilidade, impotência e solidão.

Com certa freqüência observamos idosas com amputação tentando vencer estes obstáculos tanto relacionados a questão familiar, quanto a sua própria condição física, talvez com o objetivo de manter sua independência e autonomia, demonstrando aos outros que é capaz de realizar as atividades domésticas até mesmo em cadeira de rodas.

Para exemplificarmos podemos citar a Dona V., uma senhora de 68 anos, com amputação suprapatelar devido a uma vasculopatia periférica. Ela se locomove apenas em cadeira de rodas, contudo não aceita que suas filhas ou noras realizem as atividades caseiras justificando que ela está bem de saúde, e, portanto é capaz de fazê-las. Entre os afazeres domésticos ela varre a casa, cozinha, passa roupa, deixa roupa de molho, arruma as camas, lava louça, entre outras. Por outro lado ela se recusa a sair de casa pois pensa que as pessoas irão ridicularizá-la por ter perdido parte do seu membro. Outra referência que ela faz é quando suas amigas vão visitá-la e começam a lembrar do tempo em que trabalhavam na roça, comparando com a sua situação, no presente momento. Parece-nos que embora esta senhora não esteja adaptada a sua imagem corporal, procura compensar sua perda demonstrando independência e tomando decisões, buscando assim preservar sua autonomia.

## 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O idoso com amputação de membros inferiores confronta-se com uma série de barreiras físicas, sociais, de saúde e emocionais que podem promover a dependência e a delegação de responsabilidades para o autocuidado a outras pessoas.

Porém compete aos profissionais de saúde que trabalham com estas pessoas, a promoção da independência e da autonomia do idoso, atuando em conjunto com a família visando ao envelhecimento sadio e com qualidade de vida satisfatória.

## THE DEPENDENCY-AUTONOMY DYNAMIC IN ELDERLY SUBMITTED TO LOWER LIMBS AMPUTATION

*The objective this study is to examine the dependency-autonomy dynamic in elderly submitted to lower limbs amputation, relating this question to the activity of daily living (ADL).*

*UNITERMS: dependency-autonomy, activity of daily living, elderly, amputation*

## LA DINÁMICA DEPENDENCIA-AUTONOMÍA EN EL ANCIANO CON AMPUTACIÓN DE LOS MIEMBROS INFERIORES

*Este trabajo tiene como objetivo, discutir la dinámica dependencia-autonomía en el anciano con amputación de los miembros inferiores, relacionando esta cuestión con la realización de las actividades de la vida diaria.*

*TÉRMINOS CLAVES: dependencia-autonomía, actividades de la vida diaria, anciano, amputación*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. AGUIRRE, M.J. de B.F.de. O ajustamento psicológico do idoso. In: Pacheco e SILVA, A.R. et al. **Problemas do idoso: um desafio social**. RUSP, 1984 (Aspectos físicos e psicológicos do envelhecimento, cad. 4). p. 18-27.
02. AVILLION, A.E. Barrier perception and its influence of self-esteem. **Rehabil.Nurs.**, v.11, n.5, p. 11-4, 1986.
03. BAIRD, S.E. Development of a nursing tool to diagnose altered body image in immobilized patients. **Orthop.Nurs.**, v. 4, n. 1, p. 47-54, 1985.
04. BELLIBONI, D. **Reabilitação funcional de amputados de coxa, joelho e perna**. São Paulo, 1985. 104p. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
05. BURGESS, E.M. Amputações. **Clín.Cir.Am Norte.**,v. 3, p. 797-820, 1983.
06. CAVALCANTI, M. C.T. **Conversando com a pessoa a ser amputada: uma contribuição à psicologia médica**. Campinas, 1991.276p. Tese(Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
07. CUNHA, U.G.de V. Os grandes problemas geriátricos. **Geriatr.Síntese**, v. 2, n. 5, p. 17-20, 1985.
08. DACHER,J.E. Rehabilitation and the geriatric patient. **Nurs.Clin.North.Am.**, v. 24, n. 1, p. 225-37, 1989.
09. DIOGO, M.J.D'E; CAMPEDELLI, M.C.; CEOLIM, M.F. Alteração das atividades pessoais no idoso com amputação. **Gerontologia**, v. 2, n. 2, p. 59-68,1984.
10. DIOGO, M.J.D'E; CAMPEDELLI,M.C.; O idoso submetido à amputação de membros inferiores e as alterações nas atividades da vida diário. **Rev.Paul.Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 92-9, 1992.
11. FERRIGNO, J.C. trabalho, aposentadoria e alienação social. **Terceira Idade**, v.2, n. 2, p. 9-15, 1989.
12. GOMES, D.L.S. et al. Os idosos e a realidade da velhice. **Rev.Bras.Enfermagem**, v. 36, n.2, p.129-51, 1983
13. Gonçalves, L.H.T.; SANTOS, L.L.C. dos; SILVA, Y.F.E. Ser ou estar saudável na velhice. **Texto Contexto Enf.**, v. 1, n. 2, p. 100-113, 1992.
14. GREGOR, S. et al. Characteristics and functional outcomes of elderly rehabilitation patients. **Rehabil.Nurs.**, v.11, n. 3, p. 10-4, 1986.
15. HARRIS, K.A. et al. Rehabilitation potential of elderly patients with major amputations. **J.Cardiovasc.Surg.** (Torino), v. 32, n. 4, p. 463-7, 1991.
16. HELM, P. et al. Function after lower limb amputation. **Acta Orthop. Scand.**, v. 57, p. 154-7, 1986.
17. HOGSTEL, M.O.; GAUL, A.L. Safety or autonomy - and ethical issue for clinical gerontological nurses. **J.Gerontol.Nurs.**, v. 17, n. 3, p. 6-11, 1991.
18. KEGEL., B. et al. Functional capabilities of lower extremity amputees. **Arch.Phys.Med.Rehabil.**, v. 59, n. 3, p. 109-20, 1978.

19. LEDUC, M.M.C. Sinais e sintomas em urologia geriátrica. In: GUIMARÃES, R.M.; CUNHA, U.G. de V. **Sinais e sintomas em geriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 1989. p. 127-40.
20. MENEZES, A.K. Avaliação funcional do idoso versus avaliação clínica tradicional. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - RIO DE JANEIRO, **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
21. SALGADO, M.A. Envelhecimento: um desafio para a sociedade. **Terceira Idade**, v. 1, p. 4-8, 1988.
22. SKEET, M. A valorização da velhice: o papel da enfermagem. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Remoçar a velhice**. Genebra, 1982. p. 1-3.
23. STRUFFALDI, M.C.B.; GONÇALVES, M.E.C. Assistência global: aspecto na reabilitação do idoso. **Geriatr.Síntese**, v. 1, n.7, p. 16-8, 1987.