

**DOENTE SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO
DO MEMBRO INFERIOR – O
ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO
PROCESSO DE TRANSIÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Virgínia Lucinda de Sousa Cruz Pereira

PORTO | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**DOENTE SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO
DO MEMBRO INFERIOR – O
ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO
PROCESSO DE TRANSIÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pela Prof.^a Doutora
Bárbara Pereira Gomes

Virgínia Lucinda de Sousa Cruz Pereira

PORTO | 2012

**“Um homem não entra duas
vezes no mesmo rio.
Da segunda vez, não é o
mesmo homem nem o mesmo
rio”**

Heráclito de Éfeso

Agradecimentos

No momento de apresentar este trabalho, quero deixar expressa a minha gratidão a todos aqueles que contribuíram para a sua realização:

À minha orientadora, Professora Doutora Barbara Gomes e coordenadora do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação pela incondicional disponibilidade e orientação concedida e cuja abordagem, conhecimentos, sugestões e incentivos muito contribuíram para a realização deste trabalho;

Aos doentes entrevistados, pela disponibilidade demonstrada;

Aos profissionais do serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, da instituição onde foram realizadas as entrevistas;

Aos meus familiares e amigos, que sempre me ouviram e me apoiaram nesta tarefa, e que tantas vezes os privei da minha presença.

Em particular ao meu marido por partilhar as dificuldades e aos filhos pelo incentivo e estímulo que foram.

Siglas e Abreviaturas

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

IASP – International Association for the Study of Pain

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAIN – Pain Associates International Network

Resumo

Vivemos numa época em que não é suficiente dominar a ciência ou a técnica, sendo essencial humanizarmos a forma como o fazemos. A enfermagem enquanto essência de cuidar tem por base a relação e a interação com o outro, permitindo o crescimento mútuo, sendo para isso indispensável cuidar o doente no âmbito da sua família e do seu meio envolvente.

Perante a inquietação com a questão da amputação, suas implicações e sentimentos despoletados na pessoa que experiêcia uma transição para a deficiência no contexto de uma doença crónica, realizou-se este estudo com o objetivo de melhor compreender esse fenómeno. A revisão bibliográfica permitiu aprofundar conhecimentos sobre a patologia e a repercussão desta no doente e na família. Foram realizadas dez entrevistas com doentes submetidos a amputação, para tentar compreender como percebiam e lidam com esta situação de crise. Através da análise dos discursos dos doentes tentou-se perceber os seus significados, a partir da experiência de quem os vivência, que foram expressos sob a forma de categorias. Desta forma, foi possível desvendar algumas facetas do fenómeno amputação, sob um referencial fenomenológico, e compreender como o doente amputado faz uma transição deste tipo. Outro aspeto a aprofundar foi o reconhecimento dado ao enfermeiro especialista em reabilitação neste processo de transição, no qual se preconiza a reintegração da pessoa na sociedade da forma mais adaptada possível. Estes profissionais na sua interação com o doente e família motivam novos conhecimentos, estratégias e recursos que se pretendem facilitadores da transição saúde/ doença, sendo vistos como uma mais-valia na sua reabilitação.

Para uma melhor percepção dos dados recolhidos e mais fácil interpretação, seguimos a lógica do Modelo de Transições em Enfermagem de Meleis.

Constatamos que o facto de vivenciarem uma doença crónica acompanhada de sofrimento intenso faz com que o doente perceba e aceite melhor o desfecho do tratamento numa amputação. A evidência demonstra que uma vez instalada a doença arterial, o prognóstico é mau a curto/ médio prazo e que a prevenção/ controlo dos fatores de risco será, sem dúvida, a aposta a considerar. No entanto, podemos verificar que adesão dos doentes a este facto é muito baixa. O doente experiêcia sentimentos contraditórios ao longo da transição que só se percebem no enquadramento de quem vivência uma amputação. A família funciona como porto de abrigo ao longo da transição, necessitando também ela de atenção dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Doença crónica, Amputação, Transição, Enfermagem, Reabilitação

Abstract: Lower member amputated patient – the role of the rehabilitation nurse in the transition process

We live times in which it is not enough to know the science and the technique but in which it is crucial to humanize practice. Nursing, as far as the essence of caring, is based on the relationship and the interaction with the other, allowing mutual growth, for which caring for the patient in the context of his family and environment is a requisite.

Given the unrest brought about by amputation, its implications and the feelings of the individual that experiences a transition to impairment in the context of a chronic illness, a study to better understand the phenomenon was developed. Bibliographic review allowed deepening knowledge on the illness and its repercussion on the patient and relatives. Ten interviews with amputated patients were performed to try and understand how they perceive and handle this crisis situation. Based on interview analysis the meaning of the situation was sought, taking into account the experience of those that live it and which were expressed in categories. This way it was possible to uncover some of the aspects of the amputation phenomenon, upon a phenomenological referential and understand how the amputated patient makes this transition. One other aspect analyzed was the recognition given to the rehabilitation specialist nurse in this transition process, in which the objective is to bring the patient back to society in the most adapted way. In their interaction with the patient and his family, these healthcare professionals motivate new knowledge, strategies and resources aimed at improving the transition health/disease and which add value in the process of rehabilitation.

For a better understanding and an easier interpretation of the collected data, the logic of the Meleis Model of Transitions in Nursing was used.

We realized that the situation of living a chronic illness bearing intense suffering makes the patient more willing to understand and accept an amputation as the end of the treatment. Evidence shows that once arterial disease sets in, short to medium term prognosis is bad and that the prevention/control over risk factors will be undoubtedly the option to consider. However we observed that adherence to this option is very low among patients. The patient experiences contradictory feelings throughout transition which can only be understood in the framework of whom lives the amputation. The family works as a shelter throughout the transition and the family itself need nursing care.

Key words: Chronic illness, Amputation, Transition, Nursing, Rehabilitation

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
I CAPÍTULO – REFLEXO DE UMA DOENÇA	13
1. A Doença Crónica	14
2. O Doente Vítima de Amputação do Membro Inferior	19
2.1 <i>A Dor no Doente Amputado</i>	<i>28</i>
3. Modelo de Transição	34
3.1 <i>Resposta Humana à Transição</i>	<i>39</i>
3.2 <i>A Importância da Família</i>	<i>46</i>
3.3 <i>O Papel do Enfermeiro</i>	<i>49</i>
II CAPÍTULO – DA PROBLEMÁTICA AO MÉTODO	53
1. Problemática	54
1.1 <i>Justificação do tema</i>	<i>54</i>
1.2 <i>Objetivos e Finalidade da Investigação</i>	<i>56</i>
1.3 <i>Questões Orientadoras</i>	<i>57</i>
2. Opções Metodológicas	57
2.1 <i>População e Amostragem</i>	<i>59</i>
2.2 <i>Instrumento de Recolha de Dados</i>	<i>62</i>
2.3 <i>Implicações Éticas</i>	<i>63</i>
2.4 <i>Análise de Dados</i>	<i>64</i>
III CAPÍTULO – SIGNIFICADOS DE UMA VIVÊNCIA	67
1. Apresentação e Análise dos Dados	68
1.1 <i>Natureza das Transições</i>	<i>68</i>
1.2 <i>Condições da Transição: Facilitadoras e Inibidoras</i>	<i>90</i>
1.3 <i>Padrões de Resposta</i>	<i>104</i>
1.4 <i>Terapêuticas de enfermagem</i>	<i>114</i>
2. Discussão dos Dados	117
CONCLUSÃO	125
BIBLIOGRAFIA	129
ANEXOS	139
ANEXO I. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	141
ANEXO II. APROVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	145
ANEXO III. MATRIZ GLOBAL DE DADOS	151
ANEXO IV. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	153

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: O papel e as responsabilidades do enfermeiro na reabilitação	51
QUADRO 2: Caracterização dos participantes em estudo.....	61

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Valores aproximados do odds ratio para os fatores de risco na doença arterial periférica sintomática.	21
FIGURA 2: Magnitude dos fatores de risco no aparecimento da isquemia crítica em doentes com doença arterial periférica.	22
FIGURA 3: Evolução da doença arterial periférica.	23
FIGURA 4: Modelo de transições em enfermagem.	35
FIGURA 5: Modelo de análise de Meleis.	123

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1: Tipos de transição	69
DIAGRAMA 2: Padrões de transição.....	72
DIAGRAMA 3: Propriedades das transições	74
DIAGRAMA 4: Condições pessoais da transição: facilitadoras e inibidoras.....	90
DIAGRAMA 5: Indicadores de processo.....	105
DIAGRAMA 6: Indicadores de resultado	112

INTRODUÇÃO

Este trabalho, realizado no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, pretende estudar o processo de transição do doente amputado e qual o papel do enfermeiro de reabilitação nesse processo. Neste sentido, este estudo, tem como objetivos aprofundar conhecimentos sobre a problemática da doença crónica, a experiência do doente crónico perante a necessidade de amputação, como é que o doente faz essa transição enquadrando-a na Teoria das Transições de Meleis. Numa análise aprofundada pretende-se saber até que ponto a atuação dos enfermeiros, em especial do enfermeiro de reabilitação responde às necessidades sentidas pelos doentes.

As doenças do aparelho circulatório são das doenças crónicas as principais causas de morte em Portugal, atingindo 31,9 % em 2009, segundo Carrilho e Patrício (INE, 2010, p. 121). Por outro lado, as doenças crónicas são responsáveis pelo aumento significativo do número de internamentos hospitalares.

De salientar que a doença arterial tem como fatores de risco a hipertensão, a diabetes, a obesidade, o tabaco, o sedentarismo e a idade, sendo que alguns deles também são por si só doenças crónicas. Cada vez mais é necessário adotar medidas integradas, complementares e interdisciplinares que potenciem na população adesão ao regime terapêutico e gestão da sua doença.

Em Portugal, o estilo de vida associado a uma dieta desadequada, o tabagismo não controlado na idade adulta e o aumento em jovens, o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e o sedentarismo favorecem o aparecimento de doenças crónicas como a diabetes, a obesidade e a hipertensão.

Considerando que, uma grande parte das doenças crónicas, são silenciosas, não permitem que haja uma efetiva prevenção. Quando se manifestam acarretam elevados custos de saúde e sociais implicando uma reestruturação familiar com necessidades de aprendizagem para viver e gerir a situação de doença. No entanto, nem sempre há desconhecimento da doença mas sim negligência no tratamento levantando a necessidade de perceber quais os motivos que levam ao incumprimento da gestão da doença crónica. Contudo, corroborando com Phipps et al. (2003, p. 159), *“o enfermeiro precisa de avaliar a situação, para verificar quais as razões por que o doente não está a cumprir as recomendações*

terapêuticas". Claro está que há um longo trabalho no sentido de consciencializar as pessoas a viver com mais saúde, bem-estar e melhor qualidade de vida.

Na maior parte das vezes, o doente que tem necessidade de ser amputado por isquemia crónica já tem um longo percurso de doença e de internamentos implicando o afastamento da família e consequentemente o aparecimento de sentimentos, necessidades, dificuldades, ... que se traduzem em vivências únicas. Este aspeto ganha mais força perante a necessidade do doente ser sujeito a amputação do membro fazer a transição para a deficiência mais tranquila e suave sem produzir efeitos negativos. Daí pensarmos que para prestar cuidados de enfermagem holísticos ao doente e à sua família será importante conhecermos como se processa essa transição na pessoa que a vivencia.

Como se compreende, esta vivência constitui um acontecimento marcante e reveste-se de grande sobrecarga psicológica para além das limitações físicas inerentes, requerendo um grande apoio no processo de reabilitação físico e psicossocial, no qual os enfermeiros especialistas têm um papel preponderante.

Por outro lado, sendo a família o principal suporte do doente na recuperação e readaptação à sua nova condição e desempenhando um papel fundamental na saúde e na doença de uma pessoa, resulta deste facto a importância de a integrarmos nos cuidados dispensados ao doente de forma a lhe permitir manter a sua estabilidade.

Desta forma, quando pensamos na reabilitação do doente que sofreu uma amputação, temos necessidade de fazer uma avaliação global do doente enquanto membro integrante de uma família e de uma sociedade. Também nesse sentido, torna-se fundamental fazer com a família uma parceria de cuidados para que, em conjunto, consigamos restituir o doente ao seu lar com o máximo de condições possível.

Hoje em dia, a humanização impõe-se e define a qualidade de cuidados prestados, no entanto, consideramos que só fará sentido quando operacionalizada e em parceria. Este aspeto ganha relevo quando associado à enfermagem de reabilitação dado que, regra geral, são processos intensos, que necessitam tempo e dedicação, nos quais é de extrema importância preparar o doente e a família com o objetivo desta colaborar na progressão da sua autonomia, fazendo com ele e não por ele.

Neste estudo, foi considerado pertinente a abordagem do doente para melhor compreendermos como é que este faz o processo de transição para a amputação e em que aspetos podemos e devemos melhorar a nossa prestação de cuidados, tendo sempre em vista a sua recuperação e readaptação numa passagem bem-sucedida. O perfil do doente em estudo está relacionado com a

percentagem de casos que constatamos existirem no serviço em causa e com o trabalho que já têm desenvolvido na área da enfermagem de reabilitação, com a preocupação de abordar não só as vivências do doente como da família.

Para compreender claramente os aspetos abrangidos nesta temática e compreender a experiência vivida pelos doentes, entrar no mundo em que eles habitam e perceber o processo social básico dos acontecimentos de saúde e de doença humanos, é imperativo que os enfermeiros recorram à investigação qualitativa, numa área em que a subjetividade e a interpretação humanas estão envolvidas.

Deste modo, realizamos uma abordagem qualitativa, do tipo fenomenológico, através de um estudo exploratório-descritivo. Como instrumento de recolha de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada aos doentes internados no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular de um hospital central. Os resultados foram obtidos de acordo com os procedimentos de análise de conteúdo definidos por Bardin.

Com a realização deste trabalho pretendemos desenvolver competências teórico-práticas no âmbito da investigação, aplicada às ciências humanas e a um problema pertinente para a prática da enfermagem, assim como, cumprir um momento de avaliação da dissertação. São ainda objetivos deste trabalho: aprofundar conhecimentos no âmbito da investigação qualitativa em enfermagem, relacionar a importância da investigação com a prática e o desenvolvimento da enfermagem de reabilitação e entender a investigação como metodologia de trabalho e produção de conhecimentos.

Relativamente às fontes de pesquisa e revisão bibliográfica, consultamos livros, teses e artigos científicos relacionados com o tema em estudo e pesquisa na Internet, baseados numa metodologia descritiva e reflexiva, discussão com a orientadora do estudo de modo a promover o pensamento crítico recorrendo aos seus conhecimentos assim como de outros profissionais de saúde.

Desenvolvemos a estrutura deste estudo em três capítulos:

- O I capítulo – reflexo de uma doença, que contempla a exploração teórica sobre os temas em estudo;
- O II capítulo – da problemática ao método, onde são expostos os objetivos, a justificação do problema, as questões orientadoras do trabalho e o percurso do esquema metodológico;
- O III capítulo – significados do processo de transição, na qual são apresentados e analisados os dados obtidos assim como a discussão dos resultados.

Na execução deste trabalho tivemos algumas dificuldades, dada a limitada experiência na área da investigação qualitativa em enfermagem, que esperamos ter ultrapassado, motivadas pela pertinência e interesse pessoal neste estudo e contributo para a profissão de enfermagem no cuidar do doente vítima de amputação por isquemia crónica.

I CAPÍTULO – REFLEXO DE UMA DOENÇA

1. A Doença Crónica

A transição demográfica e epidemiológica que se tem verificado a nível mundial, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tem proporcionado alterações nas taxas de mortalidade e morbilidade. Para isto, tem contribuído o aumento significativo de doenças crónicas em faixas etárias cada vez mais jovens.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), doenças crónicas são *“doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta”* e o *Centers for Disease Prevention and Control* (2008) define-as como *“condições que não curam, uma vez adquiridas (...) e que duram 3 meses ou mais”*. Já em 1949, segundo Phipps (2003, p. 147), a Comissão para as Doenças Crónicas definiu a doença crónica como *“afecção ou desvio do normal com uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa uma incapacidade residual; é provocada por alteração patológica não reversível; requer um longo período de supervisão, observação ou cuidados”*.

Nem sempre a etiologia das doenças crónicas é fácil de determinar. Segundo Phipps (2003, p. 152), existem vários fatores que contribuem para este facto:

- Natureza multifatorial dos fatores etiológicos ou seja, a interação de vários fatores pode ser aditiva sendo que a potencialidade de dano de vários fatores de risco combinados é superior à potencialidade do indivíduo;
- Ausência de um agente conhecido, o que dificulta a descoberta da causa da doença;
- Período de latência longo tornando difícil a ligação entre os acontecimentos que antecedem a doença.
- Início indefinido tornando difícil obter dados estatísticos;
- Efeito diferencial de fatores sobre a incidência e curso da doença nem sempre possível relacionar;
- Taxas de mortalidade específicas da doença são muitas vezes difíceis de determinar uma vez que a causa pode dever-se a fatores concomitantes.

No entanto, segundo o mesmo autor (2003, p. 153), todas as doenças crónicas têm uma história natural, cujo conhecimento permite intervir de forma a evitar ou limitar os seus efeitos e apesar de cada doença crónica ser única e ter um impacto diferente em cada indivíduo, família e comunidade todas apresentam fases em comum, tais como:

- Fase de suscetibilidade na qual ainda não existe doença, verificando-se a existência de fatores de risco;
- Fase de doença pré-sintomática onde já se constata alterações patológicas sem manifestação clínica;
- Fase de doença clínica com sintomatologia indicativa do reconhecimento da doença;
- Fase de incapacidade implicando diminuição da atividade da pessoa podendo ser significativa tanto para o doente como para a sua família e comunidade em que está inserido dependendo da extensão e do tempo de permanência da incapacidade.

Outros autores como Corbin e Strauss (1997) citado por Smeltzer e Bare (2005, p. 159) consideram que a evolução das doenças crônicas faz-se em nove fases diferentes, sendo estas:

- Fase pré-trajetória na qual a pessoa potencializa o risco de desenvolver uma doença crônica devido a fatores genéticos ou comportamentais;
- Fase trajetória onde se verifica o aparecimento de sintomatologia ou de incapacidades relacionadas com uma doença crônica. Nesta fase revela-se o diagnóstico no entanto é frequente haver incerteza em relação à trajetória da doença;
- Fase estável da trajetória em que apesar das limitações próprias da doença as atividades quotidianas estão preservadas na medida em que a evolução e a sintomatologia da doença estão controladas;
- Fase instável onde há progressão da doença com recidiva de sintomas ou desenvolvimento de complicações. Nesta fase as atividades quotidianas são muitas vezes interrompidas pela evolução da sintomatologia e/ ou pela necessidade de ajustar as estratégias de tratamento;
- Fase aguda com início súbito de sintomas ou complicações que exigem maioritariamente controlo com necessidade de hospitalização e suspensão temporária ou drástica das atividades habituais;
- Fase de crise que ocorre na presença de uma situação crítica podendo envolver risco de vida. Esta fase para além de exigir tratamento de emergência implica suspensão de qualquer atividade;
- Fase de retrocesso acontece após uma fase de aguda. Nesta fase o doente recupera e aprende a viver com as limitações e tenta superá-las. Implica a reabilitação da pessoa a nível físico e psicossocial;
- Fase de declínio principalmente a nível físico podendo ser de forma gradual ou rápida. Há um crescendo no descontrolo da sintomatologia que se traduz

em alterações nas atividades diárias. Dependendo do tratamento e da resposta do organismo esta fase pode ser ultrapassada ou não;

- Fase terminal onde o declínio pode ser mais gradual ou rápido apesar de todos os esforços no sentido contrário. Há dificuldade em manter as funções vitais antecedendo a morte.

Na Europa as doenças crónicas de maior prevalência são as doenças cardiovasculares que englobam a hipertensão arterial e a doença arterial periférica; a doença respiratória; o cancro; a diabetes e os problemas de saúde mental. Sendo que as principais causas de doença cardiovascular são o consumo de tabaco, a inatividade física e uma dieta pouco saudável. Segundo Buchow, Cayotte e Agafitei (Eurostat, 2012), na Europa as doenças do aparelho circulatório são a maior causa de morte em pessoas com idade superior a 65 anos. Segundo a OMS (2008) as doenças crónicas são de longe a principal causa de mortalidade no mundo, representando 60% do total de óbitos. Dos 35 milhões de pessoas que morreram de doenças crónicas, em 2005, metade tinha menos de 70 anos e metade eram do sexo feminino.

O impacto das doenças crónicas é tão drástico que sugeriu um plano de ação, a decorrer entre 2008 e 2013, para a Estratégia Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (2005), das quais se destacam as doenças cardiovasculares e a diabetes, assim como os fatores de risco a elas inerentes.

De salientar que a doença arterial tem como fatores de risco a hipertensão, a diabetes, a obesidade, o tabaco, o sedentarismo e a idade, sendo que alguns deles também são por si só doenças crónicas. Dada a elevada prevalência dos fatores de risco é cada vez mais premente a existência de políticas de intervenção efetivas e duradouras visando a sua redução, caso contrário, as taxas de doenças crónicas continuarão a subir, inexoravelmente. Por outro lado, dada a globalização dos estilos de vida, cada vez mais, as doenças crónicas não respeitam estratos sociais e económicos, não distingue género, atingem tanto jovens como idosos, embora seja nas idades avançadas que se verifica uma maior morbilidade.

As doenças crónicas, atualmente, são uma preocupação para os profissionais de saúde e um dos desafios mais importantes que enfrentam os sistemas de saúde do século XXI. Estes factos prendem-se com os aspetos limitativos das doenças, pelas consequências dos seus tratamentos, pelo desgaste e sofrimento tanto do doente como da sua família, pelos gastos financeiros dos próprios doentes e do sistema de saúde que em vez de investir na prevenção e promoção da saúde tem que dar resposta ao tratamento e reabilitação.

Por outro lado, as pessoas com doenças crónicas sobrevivem durante mais anos, em consequência das intervenções mais eficazes disponibilizadas pelos sistemas de saúde, tornando-se necessária uma continuidade de cuidados quer por parte da família quer por parte das instituições de saúde e sociais.

O aumento de doenças crónicas é diretamente proporcional às necessidades e desafios que se colocam aos cuidados de saúde e aos profissionais desta área. Os processos de doença encerram em si mesmo momentos de transição na vida das pessoas podendo acarretar limitações físicas, emocionais e/ou cognitivas que evoluam para graus de dependência cada vez mais elevados e com implicações para os seus cuidadores formais como informais. Daí que, quando abordada a problemática da doença crónica não pode ser descurada a atenção das pessoas significativas e atual ou futuramente cuidadoras que, também elas, poderão estar a vivenciar um processo de transição. Nesta perspetiva Meleis, segundo Petronilho (2007, p. 13), “os cuidados de enfermagem tomam por foco a ajuda das pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida”.

Atualmente e dadas as contingências sociais e económicas em que vivemos exige-se que tanto as políticas de saúde como os profissionais desta área se consciencializem de que falamos de doenças com algumas particularidades das quais se salienta o facto de não terem cura. Frequentemente os doentes com doença crónica apresentam quadros clínicos complexos que poderão estar relacionados com a co morbilidade que vão adquirindo ou com outras doenças que coexistem e que dificultam não só o tratamento como declinam em consequências perniciosas para o doente, família, patronato, sistema de saúde e toda a sociedade em geral.

Desta forma, facilmente se compreende que quem é portador de uma doença crónica necessita de cuidados multidimensionais de forma continua para que consigam viver com qualidade e prevenindo agudizações que normalmente são drásticas tanto para o doente como para quem o acompanha e para o próprio sistema de saúde dado que acarretam custos elevadíssimos. Assim sendo, faz todo o sentido que, cada vez mais, em Portugal se fale do *“potencial papel da Gestão da Doença enquanto instrumento que pode contribuir para a melhoria significativa dos resultados de saúde e da qualidade de vida dos doentes crónicos”* (Guerra, 2009).

De acordo com um estudo realizado pelo Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2008), à data do estudo, em Portugal as doenças crónicas incapacitantes abrangiam cerca de 40 a 45 % do total das doenças sinalizadas. Segundo o mesmo estudo, o relatório Eurobarómetro de 2002 indica que Portugal é, na Europa, um dos países com maior incidência de doenças crónicas, com destaque para a

diabetes e hipertensão e o segundo país com maior percentagem de indivíduos em tratamento de longa duração. Por outro lado, não nos podemos esquecer que concomitante à doença crónica está frequentemente a dor crónica que, segundo o mesmo estudo e com base em dados fornecidos no relatório “*Pain in Europe*”, “*estimava-se que em Portugal, nessa altura, cerca de dois milhões de pessoas sofriam de dor crónica*”. Os números que este estudo traduz refletem facilmente os gastos do país em cuidados de saúde e nos custos indiretos provocados pelo absentismo e diminuição da produtividade a nível laboral e da qualidade de vida destes doentes e suas famílias.

Perante estas considerações facilmente se compreende que a doença crónica ultrapassa a dimensão física e psicológica envolvendo uma dimensão psicossocial alargada numa esfera familiar, social, laboral, existencial e/ ou espiritual. Neste estudo, estes aspetos ainda ganham mais ênfase dado que para além da doença crónica, a pessoa ainda tem de aprender a viver com a deficiência, podendo acarretar mais alterações a nível dos papéis que a pessoa desenvolvia tanto na família como na sociedade.

De acordo com o Despacho Conjunto n.º 861/ 99, alínea b), do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade a doença crónica:

“é uma doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e/ ou laboral, que se manifeste particularmente afectado. A experiência de uma doença crónica de prognóstico pouco favorável elevará o nível de sofrimento e colocará a pessoa que apresenta a doença crónica “presa” à sua condição de doente. Esta situação conduzindo ao isolamento e ao desânimo pode diminuir a capacidade do doente crescer e viver o presente e investir, quer nos processos terapêuticos e aproveitar os recursos psico-afectivos e sociais, quer no futuro”.

Tal como tem sido relatado, cada indivíduo estabelece uma interação com o meio familiar, social e físico em que está inserido sendo certo que essas interações vão contribuir para o construto do significado e experiência da doença crónica. Assim sendo, o cuidado dispensado a um doente com doença crónica deve ser cada vez mais segundo um modelo biopsicossocial, integrando uma equipa interdisciplinar, para que se consiga abranger o máximo as necessidades daquela pessoa em particular alicerçada numa família e numa sociedade. Só com uma efetiva articulação dos meios existentes e envolventes da pessoa com doença crónica se consegue perceber as reais necessidades e os fatores facilitadores e/ ou constrangedores para uma reabilitação com sucesso, de acordo com os objetivos

definidos para e com aquela pessoa em particular e os seus potenciais ou efetivos cuidadores.

De seguida, vamos abordar o doente que se depara com a necessidade de uma amputação do membro inferior por ser portador de uma doença crónica com etiologia vascular e perceber quais as repercussões que tem na sua vida e da sua família.

2. O Doente Vítima de Amputação do Membro Inferior

Ao longo dos tempos a pessoa vítima de amputação ou portadora de outra qualquer deficiência era considerada como tendo um problema isolado e individual. Esta mentalidade sociopolítica só se começou a alterar a partir dos anos 60 perante a necessidade de dar resposta a uma consequência de decisões políticas que motivou os governos a ver estas pessoas como diferentes mas com direitos iguais aos do resto da sociedade. Com as guerras e na tentativa de lhes ser salva a vida, as pessoas sofriam mutilação de membros que para além de ter consequências dramáticas a nível pessoal, o seu número era tão significativo que fez com que se tivesse notado um decréscimo acentuado na mão-de-obra da população masculina. Estas alterações socioeconómicas abriram caminho à igualdade de oportunidades no emprego e desde então muito se tem lutado para que a legislação preveja a diferença e contemple os direitos das pessoas com deficiência.

Atual e frequentemente, a deficiência por amputação representa a única possibilidade da pessoa retomar as suas atividades e ter uma vida dentro dos parâmetros considerados normais, com qualidade. Desta forma, os profissionais de saúde veem aumentadas as suas responsabilidades na tentativa de orientar a reabilitação destas pessoas no sentido de terem maior autonomia, integrando-se o melhor possível na sua família, comunidade que as rodeia e um papel participativo na sociedade.

A amputação do membro inferior pode ter várias causas tornando-se importante conhecê-las para melhor cuidar e encaminhar o doente. Desta forma, as amputações de um membro podem ter origem em doenças não vasculares, onde se enquadram as infeções agudas ou crónicas, tumores ou traumatismos e em doenças vasculares, ou seja, alterações circulatórias devidas a arteriosclerose ou diabetes.

A isquemia dos membros inferiores pode ser aguda ou crónica e traduz-se num espectro de perturbações clínicas ou clínico-patológicas provocadas pelo

desequilíbrio entre as necessidades de um tecido/órgão e a sua perfusão sanguínea. A isquemia crónica dos membros pode ser classificada segundo a sua gravidade (classificação de *Leriche-Fontaine*): Grau I – Assintomático; Grau II – Claudicação intermitente; Grau III – Dor em repouso; Grau IV – Lesões tróficas (isquemia crítica).

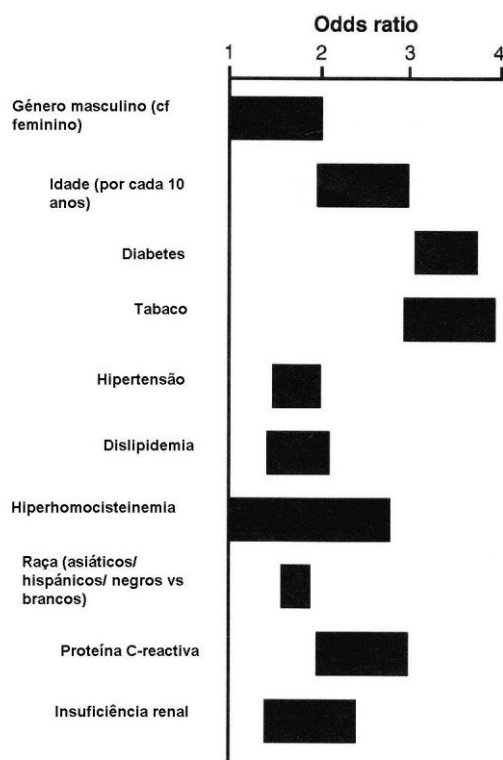
Na isquemia crítica existe dor em repouso, com evolução eventual para gangrena e/ou amputação. A dor isquémica de repouso é uma dor noturna, persistente, superior a 2 semanas, com necessidade de analgesia e que melhora com o membro pendente.

O prognóstico do membro com isquemia crítica depende de revascularização adequada. Muitos destes doentes acabam na amputação. O sintoma cardinal na doença vascular é a dor, e assim o alívio desta constitui um dos objetivos principais a atingir, seja com terapêutica médica ou com terapêutica cirúrgica.

A amputação de um membro pode ser necessária para tratar a isquemia crítica, a lesão tecidular severa por trauma ou uma condição médica ameaçadora da vida. Nos países ocidentais a razão principal da amputação é a doença vascular periférica. Os pacientes são maioritariamente idosos e sofrem de dor pré-amputação de longa data.

O doente com patologia vascular tem na maior parte das vezes associados fatores de risco como a raça, o género, a idade, a dislipidemia, a hipertensão, o tabagismo e a diabetes que é simultaneamente uma das principais consequências da amputação do membro inferior, os valores da proteína C-reativa, níveis de hipocoagulação e hiperviscosidade, hiperhomocisteinemia e insuficiência renal crónica. Na figura 1 pode-se observar os valores aproximados do *odds ratio* para os fatores de risco na doença arterial periférica sintomática.

FIGURA 1: Valores aproximados do odds ratio para os fatores de risco na doença arterial periférica sintomática.



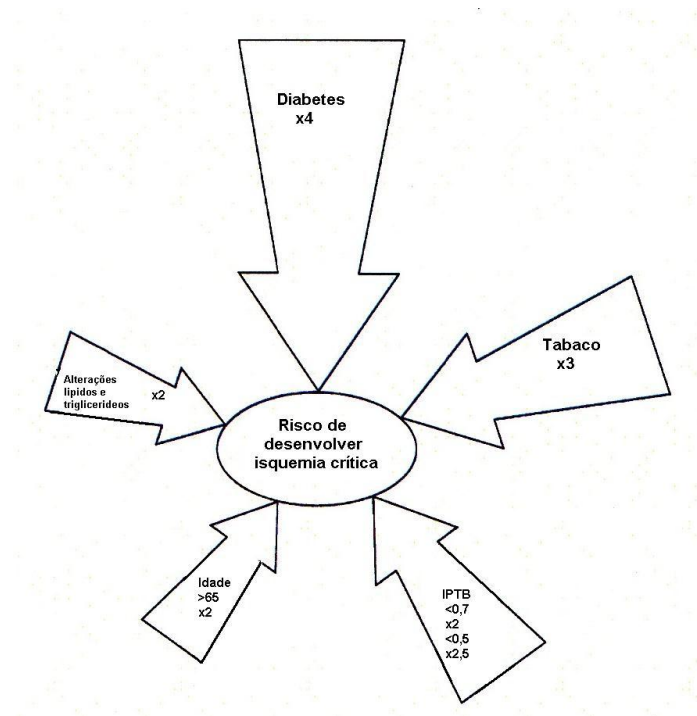
Adaptado de Norgren, I. et al. – *Inter- Society consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. Journal of Vascular Surgery, (Jan. 2007), p. S5.

Segundo Pires et al. (2010, p. 20), a diabetes mellitus “constitui, de entre as doenças associadas, a de maior responsabilidade no agravamento da arteriosclerose, nas várias fases da sua evolução, afectando cerca de 25% a 30% dos doentes com isquemia crónica dos membros inferiores. No diabético, a arteriosclerose apresenta uma distribuição específica, envolvendo essencialmente os sectores distais, mais concretamente as artérias poplítea, tibial posterior e femoral profunda.”

Segundo dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes em Portugal (2009), a relação da descompensação/ complicações da diabetes com alterações circulatórias periféricas que foram causa de internamento no ano de 2008, foi de 18% e nesse mesmo ano o número de amputações dos membros inferiores por motivo da diabetes foi de 1599.

Na figura 2 pode-se observar a magnitude dos fatores de risco no aparecimento da isquemia crítica em doentes com doença arterial periférica, constatando-se facilmente que a diabetes se destaca em relação aos outros fatores.

FIGURA 2: Magnitude dos fatores de risco no aparecimento da isquemia crítica em doentes com doença arterial periférica.



Adaptado de: Norgren, I. et al. – *Inter- Society consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. Journal of Vascular Surgery, (Jan. 2007), p. S7.

As doenças vasculares têm um início insidioso podendo os seus sintomas aparecer tardiamente. Normalmente, o que alerta os doentes é a sensação de membro frio, dor intensa ou feridas que não cicatrizam ocorrendo estas manifestações mais frequentemente nos membros inferiores.

A falta de conhecimentos que as pessoas demonstram é também um fator importante que explica na maior parte das vezes, a procura tardia de assistência. Por outro lado, a idade e outras doenças associadas fazem desvalorizar alguns dos sintomas da patologia vascular.

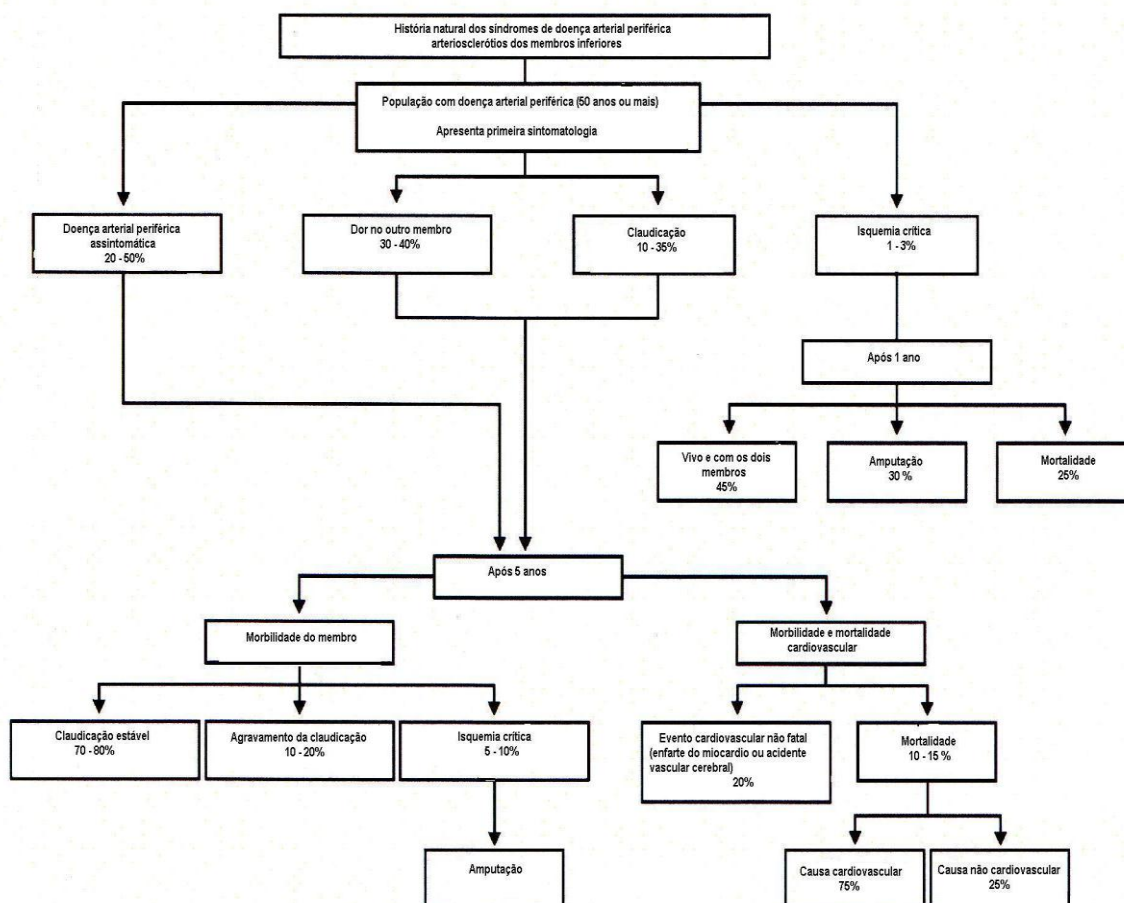
Concomitantemente, se o doente é diabético e apresenta neuropatia faz com que tenha a sensibilidade diminuída e não se aperceba da gravidade da sua doença. Os nervos das extremidades estão afetados e o doente não sente dor deixando assim de ter presente o quinto sinal vital que alerta para algo que está menos bem.

Os problemas oftalmológicos associados à diabetes prejudicam a visão do doente, impossibilitando-o de observar minuciosamente as extremidades dos seus membros, levando-os a referir de uma forma minimizadora do problema que “*tudo começou por uma unha encravada*”.

Quando as lesões apresentadas no membro são de origem vascular os doentes, depois de devidamente estudados, são submetidos geralmente, a uma cirurgia de revascularização, podendo anular ou diminuir a necessidade de amputação. No entanto, quando falamos de pé diabético o risco do doente sofrer uma amputação aumenta. Em ambas as situações deve-se ter sempre em conta que os membros inferiores estão debilitados e após a recuperação da doença devem redobrar a vigilância e os cuidados aos membros inferiores para despiste de sinais ou sintomas.

A figura 3 ilustra como evolui normalmente a doença arterial periférica.

FIGURA 3: Evolução da doença arterial periférica.



Adaptado de: Norgren, I. et al. – *Inter- Society consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. Journal of Vascular Surgery, (Jan. 2007), p. S6.

Embora seja uma decisão drástica e final, a amputação de um membro continua a ser muitas vezes, o último recurso para salvar uma vida. Torna-se uma desvantagem física permanente, provocando alterações das necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais.

A equipa multidisciplinar que acompanha o doente deve transmitir confiança anulando a ideia da amputação como uma mutilação, mas sim como a resolução de uma doença, estimulando e valorizando a sua capacidade residual de forma a facilitar a recuperação e a reabilitação.

O doente deve ser visto como um todo, sendo objetivo da equipa que este seja capaz de se tornar independente aproveitando ao máximo as suas potencialidades, de forma que retome as suas atividades de vida, com autonomia e possa viver a vida na sua plenitude. Para que tal aconteça este tem de se sentir bem, sem dor e sem complicações para estar disponível para colaborar no processo de reabilitação. Por outras palavras, para além de uma equipa de profissionais distintos é necessário que o doente aceite, esteja motivado, colabore e se dedique à sua reabilitação para que todos tenhamos sucesso.

A dor fantasma é muito frequente e os profissionais de saúde devem preparar o doente para a possibilidade de a sentir e a importância de o verbalizar para que se possa atuar de forma a minimizar os seus efeitos.

O apoio social e psicológico ao doente e à família é outro aspeto a ter em consideração dado que estes ficam abalados com o confronto da necessidade de amputação. Os enfermeiros devem privilegiar a preparação psicológica do doente e família mostrando-se disponíveis para ouvir as suas preocupações e incentivá-los a expressar os seus sentimentos. O enfermeiro deve ir de encontro às motivações do doente atendendo aos aspetos culturais, hábitos e costumes assim como os seus conhecimentos para que haja uma maior interação entre o profissional e o doente e se efetive com maior eficácia o processo de reabilitação.

O facto de sofrer de uma doença crónica predispõe ao aparecimento de complicações que o doente e a família devem interiorizar de forma a perceber a evolução da doença. A doença e a diferença física poderão forçar uma mudança no estilo de vida. Neste sentido, e com o agravamento da doença crónica tanto o doente como a família podem passar por diferentes transições. A fase de internamento e ausência do membro em casa e a fase em que este retoma o lar, com uma nova condição de saúde que pode ou não permitir que este desempenhe as suas funções, são algumas das fases, mais frequentes, que obrigam a uma reestruturação da organização familiar no seu todo e a transições em cada elemento da família em particular. Daí que, torna-se crucial que a equipa interdisciplinar, em particular o enfermeiro, pela presença marcada que tem junto do doente e da família, esteja atenta e perceba todo o envolvimento do doente para além de si de forma a ajudá-lo e à sua família a vencer os desafios lançados pelas transições que estão a vivenciar uma vez que, podem não estar preparados para ultrapassar todas as fases da mesma forma.

A amputação é um termo utilizado para definir a separação de um membro ou parte dele, por meio de um corte. Quando esta é realizada na contiguidade de uma articulação é chamada de desarticulação. Embora seja um gesto aparentemente agressivo é contudo, muitas vezes, a única atitude salvadora e possível para o doente, como é o caso da gangrena gasosa ou de traumatismos graves do membro não o deixando viável. A amputação é uma intervenção destrutiva que retira funções e aferências sensoriais. É a perda de uma parte do Eu, uma situação particularmente desfigurante e traumatizante em que a autoimagem fica afetada.

Apesar dos grandes avanços da cirurgia de revascularização a incidência de amputações permanece quase inalterada. Os fatores que mais parecem contribuir para esta situação são o facto de aumentar o número de diabéticos com arteriopatia e o aumento da esperança de vida. As estatísticas apontam para percentagens acima dos 90 % de amputados com idade superior a 60 anos.

Num levantamento retrospectivo dos números de amputações realizadas, no período compreendido entre Janeiro de 2008 e Agosto de 2009, no serviço onde se realizou a colheita de dados para este estudo, a investigadora conclui que amputações *major* em doentes com isquemia de grau III e IV foram realizadas 330, das quais 264 foram em doentes com idade superior a 60 anos. Deste total 52% foram amputações a nível transfemural e 14% a nível trans tibioperoneal. Relativamente ao período de Janeiro a Dezembro de 2010, a caracterização dos doentes mantém-se sendo o total de doentes amputados 138. Destes, 75% foram amputações a nível transfemural e 25% a nível trans tibioperoneal. Em termos de amputações *minor*, neste período 35 doentes sofreram amputação transmetatarsica e 65 doentes realizaram amputação de dedos, perfazendo um total de 100 doentes.

A mortalidade permanece alta devido às doenças associadas tendo elevada prevalência as doenças cardiovasculares neste grupo de doentes. Outro fator determinante da mortalidade é o nível de amputação uma vez que uma grande percentagem é realizada acima do joelho.

As amputações proximais têm maior probabilidade de cicatrização primária no entanto, têm maior mortalidade associada e exigem maior esforço ao doente na utilização de prótese.

A determinação do nível de amputação é extremamente importante uma vez que se pretende que a primeira seja a única e se proporcione ao doente a possibilidade de preservar o máximo de função com o menor dispêndio de energia após a reabilitação. Esta decisão baseia-se numa adequada vascularização e na extensão dos tecidos lesados.

Para a avaliação da vascularização existem múltiplos exames complementares de diagnóstico, tais como: medição das pressões arteriais segmentares, cintigrafia com xénon, medição das pressões transcutâneas de oxigénio, medição com doppler de laser, medição das pressões de perfusão cutânea e métodos termográficos. Apesar de estes exames darem um precioso auxílio na fundamentação de uma decisão, nenhum deles é suficiente fidedigno para prever a cicatrização completa. Daí que a avaliação clínica continua a ser determinante na decisão do nível de amputação uma vez que, existem sinais e sintomas que devem ser tidos em conta nesta decisão tais como: a gangrena, a infeção, o estado dos tecidos adjacentes e a dor. Fatores como o estado geral do doente, a idade, doenças associadas, o risco cirúrgico e o contexto clínico em que se verifica a isquemia são determinantes da urgência e do nível de amputação.

As amputações podem ser classificadas quanto à sua etiologia (traumáticas, vasculares, infecciosas e tumorais); ao grau de urgência (urgentes e eletivas); à técnica (abertas, fechadas, circulares, em boca de peixe, com retalho posterior, ...); ao nível de amputação em *minor* (desarticulação de dedos, transtatarsica e transtarsica) e *major* (tibiotalársica, terço médio da perna, desarticulação do joelho, supra condiliana, terço inferior da coxa e desarticulação da coxa). Podem ainda ser classificadas como primárias quando é indicada de imediato e secundária quando surge a necessidade após cirurgia de revascularização do membro.

Sempre que a lesão do membro coloca a vida do doente em risco, a amputação assume carácter urgente ou emergente como é o caso da gangrena gasosa e da necrose extensa independentemente da causa. Outra situação que pode tornar a amputação urgente é a dor intratável apesar de não colocar o doente em risco de vida.

Sendo os objetivos da amputação do membro inferior aliviar a dor, preservar a função do membro e a vida do doente esta pode ocorrer a vários níveis:

Desarticulação de dedos: é a amputação mais frequente sendo realizada em doente diabéticos por estes apresentarem gangrena digital, infeção, úlceras neuropáticas e osteíte.

A amputação de dedos pode ser a nível da falange proximal (transfalângica) ou ao nível da cabeça do metatarso (transmetatarsica).

Amputação transtatarsica do pé: realiza-se quando há indicação para a amputação de vários dedos em que existe uma linha bem definida da zona em isquemia. É feita a remoção de todos os dedos do pé e parte dos metatarsos.

Amputações transtarsicas: são menos frequentes devido à pouca funcionalidade. Estão descritas em três tipos diferentes consoante a abordagem que é realizada e o autor a que estão relacionadas. Assim podemos ter a

amputação de Lisfranc ou metatarsotarsica, a amputação de Choupart ou mediotarsica e a amputação de Syme ou desarticulação tibiotarsica.

Amputações da perna: há dois níveis de amputação pela perna a supramaleolar ou do terço inferior e a do terço médio também designada por amputação abaixo do joelho. A amputação supramaleolar tem indicação em doentes com mau estado geral que apresentam gangrena ou infecção disseminada do pé, nos quais uma amputação *major* está contraindicada. A amputação abaixo do joelho é mais frequente depois da amputação de dedos e está indicada em doente que apresentam gangrena de dedos sem delimitação e com envolvimento dos metatarsos, gangrena do pé, gangrena de dedos com infecção do pé e falência de uma amputação transmetatarsica ou transtarsica.

A técnica cirúrgica utilizada é de extrema importância para a conservação da funcionalidade da articulação do joelho assim como o posicionamento do coto e a sua mobilidade na cicatrização e reabilitação do doente.

Amputação acima do joelho: é a amputação com melhor prognóstico de cicatrização no entanto é a mais incapacitante e com maior índice de mortalidade. Tem indicação para esta cirurgia os doentes com gangrena do pé com extensão da infecção até á perna, gangrena extensa da perna, impossibilidade de deambulação por patologia associada ou o doente já ter uma amputação do membro contralateral e gangrena do pé com anquilose do joelho. Este tipo de amputação está indicado sempre que não haja condições para a realização de uma mais distal. Para a reabilitação do doente esta amputação implica a utilização de uma prótese menos funcional e há um aumento do consumo de energia durante a marcha.

Sempre que possível, deve ser realizada a amputação no terço inferior da coxa sendo os métodos utilizados o duplo retalho anterior e posterior, duplo retalho sagital e circular ou guilhotina. Este último método é utilizado em situações de infecção grave em que a ferida operatória é deixada aberta ou em que há necessidade de encurtar ao máximo o tempo de cirurgia dado elevado risco que o doente apresenta para a intervenção.

É fundamental ter em conta que a secção do osso seja feita acima das partes moles de forma a diminuir a tensão aquando do encerramento do coto. De forma a evitar a tendência para a fixação do coto em posição viciosa de abdução e flexão pode ser realizada uma técnica cirúrgica de transposição dos músculos adutores para a face lateral.

Desarticulação da anca: é muito rara a sua realização. Está mais associada a patologia neoplásica no entanto, também é realizada como consequência de isquemia do membro.

2.1 A Dor no Doente Amputado

A experiência da dor é universal, iniciando-se precocemente na vida de cada um. Enquanto experiência individual, ela marca-nos de forma variável na construção do perfil psicológico e social de cada um de nós. *“Para os seres humanos, a dor é um flagelo mais terrível do que a própria morte”*. (Albert Schweitzer, cit. por P.A.I.N. 2002)

A Associação Internacional de Analgesia (IASP, 1979 cit. por P.A.I.N. 2002), descreve-a como *“(...) uma experiência sensorial e emocional suscitada por uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser caracterizada pelas manifestações próprias de tal lesão”*. Autores como McCaffery e Beebe (1992) afirmam que a dor é o que o indivíduo que a sente diz ser e existe quando a pessoa que a sente diz existir.

A dor não é determinada apenas pela lesão, mas também por vários outros fatores dela resultantes, como a personalidade, a cultura, e outras atividades do sistema nervoso. O carácter da dor que se sente é igualmente influenciado pelas experiências anteriores, recordações e a capacidade de compreender as suas causas e consequências.

Existem dois grandes tipos de dor sob o ponto de vista clínico e as abordagens ao alívio da dor são geralmente diferentes, ainda que possam ser usadas algumas das mesmas técnicas.

A dor aguda é, essencialmente, um episódio transitório. Tem uma importante função biológica de alerta para o indivíduo, indicando-lhe a existência de um agente agressor, ou de uma disfunção no seu organismo. O início é, em regra súbito e de duração curta. Constitui um mecanismo biológico de alarme de primeira linha e, em geral, os seus mecanismos de produção (sistema nociceptivo) são bem conhecidos, o diagnóstico não é difícil e, com poucas exceções, o tratamento médico ou cirúrgico é eficaz. Contudo, uma terapêutica inadequada pode levar, em algumas situações, à persistência da dor aguda, resultando num processo de cronificação e instalação de dor crónica.

A dor crónica é uma dor persistente com a duração de meses ou anos e que, para além da patologia de base que pode estar na sua origem, provoca no doente que a sofre, alterações físicas, biológicas, psicológicas, sociais e económicas que condicionam toda a sua vida nos domínios pessoal, familiar e social. A sensação de dor pode ser mais difusa do que na dor aguda, e a pessoa não consegue identificar um local específico de dor, pode começar como dor aguda

mas persistir e ser tão insidiosa que a pessoa não consegue com exatidão referir quando a começou a sentir.

De acordo com um estudo realizado pelo Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2008), a qualidade de vida das pessoas afetadas, direta ou indiretamente, por dor crónica, pode ficar radicalmente diminuída, e que o relatório da “*Pain in Europe*” evidencia que, na Europa:

- *Entre metade e dois terços destes doentes foi menos capaz ou incapaz de praticar exercício, ter um sono reparador, conduzir um carro, participar em atividades sociais, andar ou ter relações sexuais;*
- *Um em cada quatro deixou de se relacionar com a família e os amigos;*
- *Um em cada três foi incapaz de manter um estilo de vida independente;*
- *Um em cada cinco apresenta depressão devido à dor;*
- *Um terço dos doentes sofre permanentemente de dor.*

No caso dos doentes com problemas vasculares, o alívio definitivo da dor mostra-se como algo prioritário. A dor é desconfortável, insuportável e limitativa e, nesse momento, qualquer tentativa para aliviar/ eliminar a dor é bem vista, mesmo que custe a perda de uma parte do corpo. Desta forma, a amputação é encarada como um mal necessário.

Segundo a patogenia, a dor classifica-se em nociceptiva, neuropática e psicossomática. A dor nociceptiva é aquela que surge como consequência da aplicação de estímulos, que produzem a ativação dos recetores específicos localizados nas estruturas somáticas e viscerais do corpo. É o resultado da ativação do sistema neurofisiológico constituído por nociceptores periféricos, vias centrais da sensibilidade dolorosa e córtex cerebral.

A dor não é simplesmente determinada pela intensidade da estimulação nociceptiva, mas também depende de fatores psicológicos tais como o estado emocional e motivacional do indivíduo. Daí a existência da dor psicossomática, quando ocorre dor com perturbação desses fatores, mas sem causa física conhecida. Muitos estudos em animais sugerem que a reatividade à dor encontra-se diminuída pelo medo e está aumentada com a ansiedade. Assim, a avaliação global de um doente com dor persistente deve clarificar os fatores psicológicos que contribuem potencialmente para a dor, aqueles que influenciam a forma de lidar com o problema e o processo de adaptação à doença, ou aqueles que constituem uma co-morbilidade relevante.

A dor neuropática é uma dor anormal ou patológica, resultado de uma lesão do sistema nervoso central ou periférico. Nos casos de dor neuropática, o sistema nociceptivo comporta-se de uma forma alterada, sendo exemplo deste tipo de dor a nevralgia do trigémeo, a nevralgia pós-herpética, a neuropatia diabética, a

causalgia e a dor do membro fantasma. A dor neuropática é especialmente resistente à administração dos analgésicos clássicos, como o paracetamol, os anti-inflamatórios não esteroides e os opióides. Os antidepressivos e os anticonvulsivantes (considerados analgésicos coadjuvantes) são, em muitos casos, os únicos tratamentos efetivos em situações de dor neuropática, porque podem controlar os mecanismos fisiopatológicos implicados na gênese e/ou manutenção da dor neuropática. A dor neuropática toma várias formas, sendo uma das variantes mais difíceis de controlar a dor respeitante ao membro fantasma. Esta está tipicamente associada com a amputação dos membros, mas pode ocorrer em qualquer parte do corpo. Por exemplo, não é invulgar os doentes referirem dor e sensação fantasma após a remoção de outros órgãos: língua, dentes, órgãos genitais, bexiga e mama.

A dor do membro fantasma foi descrita pela primeira vez por Ambroise Paré um cirurgião Francês, em 1551. Vários foram as definições que surgiram posteriormente até que Jensen e Rasmussen (1997) e Nikolajsen e Jensen (2006), segundo Quadros (2010), sugeriram as seguintes definições sobre aspetos relacionados com a amputação, que a partir daí têm sido adotadas: dor do membro fantasma como sendo *“qualquer sensação dolorosa referida ao membro ausente”*; sensação fantasma como definição de *“qualquer sensação no membro ausente, excepto dor”*; dor do coto como sendo *“a dor localizada no coto de amputação (também conhecida por dor residual do membro)”* e contração do coto ou seja, *“movimentos espontâneos do coto que podem variar entre pequenos reflexos até contracções de grande amplitude”*.

A dor do membro fantasma tem mais probabilidade de ocorrer nas pessoas que já tinham dores consideráveis, antes da amputação, e pode persistir por muito tempo depois da cicatrização. A maior parte dos doentes amputados menciona a percepção de um membro fantasma, quase imediatamente depois da amputação de um membro. O membro fantasma é geralmente descrito, como sendo uma sensação de parestesia e uma forma precisa que se assemelha ao membro real desaparecido. Existem algumas explicações possíveis para tal fenómeno. Uma das explicações está relacionada com os impulsos gerados pelas terminações nervosas do coto, que são conduzidas ao sistema nervoso central e percebidas como provenientes do membro amputado.

Uma outra justificação provável relaciona-se com a imagem neuropsicológica que é construída desde o nascimento, até aos 6/ 7 anos em que é interiorizada (altura em que se tem a noção do corpo como um todo). Talvez por isso, crianças amputadas antes dessa idade não refiram estas sensações. Pode-se

ainda afirmar que o fenómeno de negação da perda de uma parte do corpo influencia a ocorrência da dor fantasma.

Em alguns casos, as dores do membro fantasma continuam mesmo após o bloqueio de nervos que trazem os sinais sensitivos. Esta observação sugere que tais dores não são geradas somente por impulsos sensitivos, mas também por processos cerebrais que acontecem sem que seja necessária a chegada de instruções aferentes.

As sensações num membro amputado são, por vezes, tão reais que o defeito somático é esquecido. Sensações simples, complexas e sentimentos de movimentos contribuem para a imagem do membro fantasma.

As sensações simples são sensações cutâneas do tipo parestesias, calor, frio ou prurido. Normalmente, são sensações indiferenciadas e de localização difusa.

A maior parte dos indivíduos submetidos a amputações têm sensações de posição, comprimento e volume do membro amputado. A posição sentida pode ser relaxada, fixa ou distorcida. Uma parte dos doentes sente o membro em posições confusas assimilando à posição vivida antes da amputação. Nestes casos, estamos perante sensações complexas.

Mais de metade dos amputados sentem movimentos no membro que se restringem usualmente à sua flexão e extensão. Estas sensações podem ser aumentadas ou atenuadas por fatores externos ou estímulos internos (dejeções, micções, ejaculações, mudanças climáticas, atenção visual, pensamentos centrados no membro e emoções).

Alguns amputados têm tão pouca dor ou sentem-na tão esporadicamente que negam sofrer de um membro fantasma doloroso. Outros sofrem dores periódicas, variando de duração, intensidade e qualidade. Para muitos doentes, a dor, pode ser transitória, enquanto para outros pode subsistir, por muito tempo, após a cicatrização dos tecidos lesados.

Ainda hoje, existem amputados da II Guerra Mundial que continuam a “combater” contra a dor que sentem desde essa época. Isto deve-se ao facto de a dor estar em alguns doentes, intimamente relacionada com uma regeneração imperfeita dos nervos do coto, podendo levar à formação de neuromas.

A dor fantasma pode assemelhar-se em intensidade e em localização, à dor que estava presente antes da amputação. Por exemplo, os amputados dos membros inferiores, podem referir dor em certos dedos, que estavam ulcerados ou afetados antes da amputação.

Diminuições temporárias de influxo somático podem desencadear um alívio prolongado da dor. O tratamento consiste em reduzir os influxos, por infiltração de um anestésico local, em pontos sensíveis ou em nervos do coto.

Por outro lado, o aumento do influxo sensitivo pode originar um alívio prolongado da dor. A injeção de pequenas doses de uma solução salina hipertónica no tecido intervertebral dos amputados produz uma dor localizada e aguda que irradia para o membro fantasma, que dura aproximadamente dez minutos e pode produzir um alívio parcial ou total da dor fantasma.

A perda de um membro é um evento causador de grande tensão emocional, com grande impacto na vida do doente e da sua família, originando uma série de respostas psicológicas complexas que podem conduzir ou não a um adequado ajuste. Para isso contribui a preparação física e psicológica prestada ao doente, tendo a equipa multidisciplinar um papel importante na sua reabilitação, devendo reunir esforços de modo a que atinja o máximo de independência possível e que a mudança da imagem corporal não conduza à perda da autoestima.

Todos os anos é realizado em Portugal um número significativo de amputações, em consequência de doenças crónicas associadas a insuficiências vasculares periféricas, com custos de reabilitação e de baixa produtividade devido a dor incapacitante. Assim, é mais fácil argumentar que o problema da prevenção da dor crónica pode ter menos custos do que o controlo de um padrão de dor já estabelecido.

Repercussões da dor no doente amputado

Nos doentes com patologia vascular periférica a amputação é entendida como benéfica do ponto de vista médico no entanto, a perda de um membro tem um impacto considerável na sua qualidade de vida. A amputação e a dor fantasma influenciam o bem-estar psíquico e social dos doentes afetados diminuindo a possibilidade de conseguir alcançar de novo uma vida agradável. Alguns autores descrevem a relação entre amputação, dor fantasma e qualidade de vida. Autoras como Gabarra e Crepaldi (2009) e Quadros (2010) citam Rybarczyk et al. (1992) que referem que a expressão do desconforto social dos amputados pode ser um possível indicador para a depressão. Limitações da atividade, tempo decorrido desde a amputação e a idade são importantes na análise dos fatores que refletem a adaptação psicológica a seguir à perda de um membro.

A dor crónica persistente pode conduzir também a limitações na função física e psicossocial. De facto, nos doentes com dor crónica, muitas das vezes não é a condição subjacente ou seja, a amputação de um membro, que compromete

realmente a qualidade de vida do doente, mas sim a dor crónica que eles vivenciam. Existem estudos que indicam que os amputados com dor crónica referem maior incapacidade em relação aos que não referem dor.

Quadros (2010) relata vários estudos que demonstram as repercussões da dor no doente amputado, que passo a enumerar: Parkes e colaboradores (1973) mostraram que os fatores emocionais influenciam na experiência de dor prolongada dos doentes com membro fantasma depois da amputação, e concluíram que isto pode ser prevenido encorajando os doentes a exprimirem o seu sofrimento após a perda. Noutro estudo, Jensen et al. (2002), demonstraram que os fatores biopsicossociais têm um papel preponderante na adaptação à dor fantasma. Num estudo realizado por Weiss e colaboradores (1990) concluíram que a capacidade de realizar as tarefas domésticas é o aspeto mais importante da qualidade de vida de um grupo de amputados veteranos. Outros estudos sobre aspetos determinantes na qualidade de vida dos doentes amputados têm sido realizados, como por exemplo o de Pell et al. (1993) que mostraram que nos doentes amputados do membro inferior a qualidade de vida está diminuída, sobretudo por problemas de mobilidade.

Marques (2008), na sua tese de dissertação de mestrado sobre “Sentimento de perda: vivências da mulher com amputação do membro inferior” afirma que: *“após uma amputação surgem alterações bio-psico-socio-espirituais que vão interferir na vida das pessoas que se sentem isoladas e diferentes, com alterações a nível da auto-imagem e do auto-conceito”*. Esta mesma autora ao referenciar Augusto et al. (2004) e Chini & Boemer (2002) refere que a pessoa amputada *“confronta-se com uma perda de autonomia que limitará o desempenho das suas obrigações profissionais, familiares e sociais que até então eram bem-sucedidas”*.

A dor fantasma também ganha grande relevo quando se explora a qualidade de vida nos amputados uma vez que tem um considerável impacto na atividade profissional e interfere com o sono e as atividades de vida diárias.

Existe cada vez mais interesse no desenvolvimento de programas que conduzam à prevenção das condições secundárias que afetem as pessoas sujeitas a amputação de um membro sendo a dor crónica é uma dessas condições. Daí que, melhorando o conhecimento dos fatores que contribuem para a experiência de dor crónica do doente submetido a amputação, podem-se desenvolver terapêuticas e melhorar as já existentes, readquirindo qualidade de vida.

Na continuidade da estrutura teórica deste estudo e tendo sido abordada a doença crónica e o doente submetido a amputação num contexto de doença vascular e suas implicações, parece-nos demais pertinente fazer o enquadramento de como uma pessoa vivencia e se adapta a uma mudança tão radical.

Após termos refletido sobre vários Modelos Teóricos de Enfermagem que nos poderiam ajudar a perceber esta vivência tais como: o Modelo de Adaptação de Calista Roy ou a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, julgamos mais adequado pensar este estudo com base no Modelo de Transição de Meleis.

Neste sentido, realizamos uma abordagem do Modelo de transição fazendo um paralelismo com o processo de doença da pessoa com patologia vascular e refletindo sobre a importância da família e o papel do enfermeiro em toda esta vivência.

3. Modelo de Transição

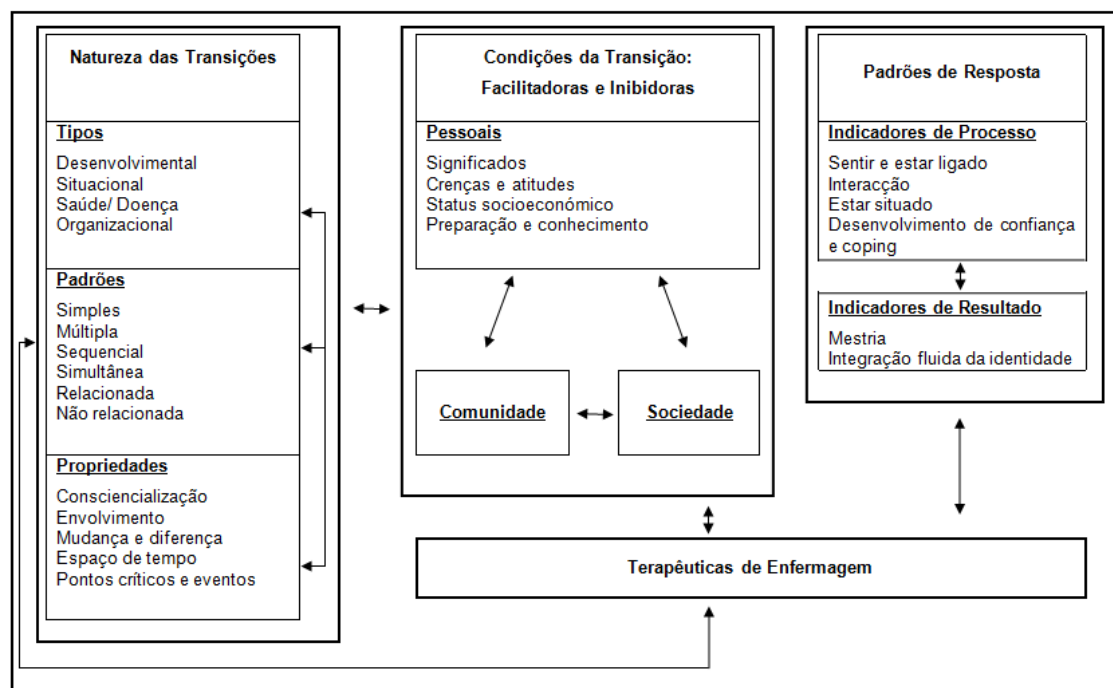
A pessoa ao longo do seu ciclo vital é confrontada com mudanças/transições que a podem afetar física, psicológica e socialmente exigindo o desenvolvimento de processos adaptativos, para que se mantenha o equilíbrio e a qualidade de vida.

O termo transição provém do latim *transitiōne*, tendo como significado “*mudança, acto ou efeito de passar de um estado, período, assunto ou lugar para outro*” (Abreu, 2008, p. 36), e suscitou interesse por parte de muitos investigadores nas diferentes áreas da ciência. Desta forma, foi adquirindo várias definições consoante a área do conhecimento que estava a ser desenvolvida.

Schlossberg (1981), que desenvolveu um modelo teórico de orientação psicossocial, define transição “*como um acontecimento ou não acontecimento que resulta em mudanças na esfera das interações, rotinas, crenças e papéis*”, podendo estas ocorrerem com a tomada de consciência ou não por parte da pessoa que faz a transição (Schlossberg, 1981, Cit. por Abreu, 2008, p. 37).

Na área da enfermagem foi a Teoria das transições quem mais se destacou. Esta teoria foi proposta em 1994, por Meleis, como um modelo profissional. Meleis et al. (2000) desenvolveram trabalhos empíricos que contemplaram várias experiências de transição, entre os quais se focava o desenvolvimento de doenças crónicas. Os resultados destes estudos conduziram ao desenvolvimento de uma teoria de médio alcance, que inclui três domínios: a natureza das transições, as condições das transições e os padrões de resposta, não esquecendo as terapêuticas de Enfermagem, como está representado na figura 4.

FIGURA 4: Modelo de transições em enfermagem (adaptado de Meleis et al. 2000)



Fonte: PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007, p. 32.

Para Meleis (2007), a transição patenteia uma mudança no estado de saúde, no relacionamento dos papéis, nas expectativas ou habilidades, nas necessidades de todos os sistemas humanos, pois a transição necessita que o ser humano associe um novo conhecimento que lhe permita alterar o comportamento e assim mudar a definição de si no contexto social.

As mudanças no estado de saúde podem levar a uma melhoria do bem-estar ou por outro lado, expor os indivíduos a risco de doença acrescido. A vulnerabilidade está relacionada com experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a potenciais perigos, as quais são moldadas pela natureza, condições, significados e processos das experiências de transição (Meleis, 2007).

Segundo Petronilho (2007, p. 31) ao referir Meleis et al. (2000), para a enfermagem assim como para outros elementos que possam estar envolvidos no processo de transição o desafio, *“face à necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que preste ajuda efectiva às pessoas com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.”*

As transições são classificadas, segundo Meleis, como desenvolvimentais, situacionais, organizacionais e de saúde-doença. A transição desenvolvimental compreende períodos transitórios da vida, envolvendo todo o ciclo vital desde o nascimento (por exemplo: a adolescência, a parentalidade e o envelhecimento); a transição situacional envolve a ocorrência de eventos inesperados, como o nascimento, a morte e incidentes; a transição organizacional está relacionada com questões de ordem política e socioeconômica e por último as transições de saúde-doença que se estabelecem diante a passagem de uma condição saudável para uma condição de doença, em que o ser humano se depara, de forma abrupta e intensa, com mudanças que destabilizam, gerando sentimentos de inadequação perante a nova situação.

Conhecer e compreender o conceito e significado da transição são atributos que facilitam a vivência da transição. As experiências de transição não são unidimensionais, pois cada transição é caracterizada pela sua unicidade, complexidade e dimensões múltiplas (Meleis, 2007).

Segundo esta autora, os enfermeiros, devido à natureza da sua profissão, são muitas vezes os principais cuidadores que acompanham os doentes e famílias em processos diversos de transição, vivenciam de perto as consequências que estes processos de transição têm nos doentes, nas pessoas significativas e nos próprios cuidadores. Sendo assim, os enfermeiros tendem a ser os cuidadores que ajudam as pessoas para as transições e facilitam o processo de aprendizagem de novas competências.

Por outro lado, uma transição saúde/ doença provoca uma crise na família com repercussões em todos os seus membros implicando uma aprendizagem para lidar com esta nova situação.

Quando estamos a aprender a lidar com a doença desenvolvemos um processo. Kralik, Loon e Telford (2005) referem que este processo engloba quatro fases: a “vida familiar”, o “fim”, o “limbo” e, por último, o “retomar a ordem”. A “vida familiar” representa a vida organizada em que cada membro tem o seu papel definido e todos se sentem bem; o “fim” ocorre quando a doença causa um término na estabilidade da vida familiar após a perceção da mudança; na fase do “limbo” ocorre desordem e instabilidade e a família procura novas formas de viver, tentando resolver o problema; por fim, no “retomar a ordem”, aprende-se a lidar com a doença e a integrá-la como parte da vida, encontrando-se novamente a harmonia inicial (Kralik, Loon, Telford, 2005).

Esta ideia de processo é uma das características das transições, uma vez que estas *“ocorrem ao longo do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo e movimento”* (Zagonel, 1999, p. 27). Segundo Murphy (1990) citado por Zagonel

(1999, p. 29), as transições são acompanhadas por um misto de sentimentos como *“desorientação, stress, irritabilidade, ansiedade, depressão, mudanças no auto conceito, mudanças no desempenho do papel, mudanças na auto-estima e outros”*. Além deste aspeto emocional, as transições podem ser acompanhadas de desconforto físico (Zagonel, 1999).

Considerando todos estes aspetos verificados nas transições de saúde/doença emerge a necessidade do cuidado de enfermagem, sendo necessário uma maior *“sensibilização, conscientização e humanização (...) com a finalidade de facilitar esses eventos em direção a uma transição saudável, emergindo, assim, o cuidado transicional”* (Zagonel, 1999, p. 27).

Sendo um dos objetivos do enfermeiro acompanhar a pessoa ao longo do seu ciclo vital implica que a ajude na promoção de processos adaptativos para que mantenha satisfeitas as suas necessidades humanas básicas. Neste sentido, a disciplina de enfermagem deve considerar os processos de transição, uma vez que estes podem tornar a pessoa mais vulnerável aos riscos, condicionando a sua saúde (Meleis et al., 2000) citado por Abreu (2008). Segundo Meleis e, Trangenstein (1994) citado por Abreu (2008, p. 35) o propósito central da enfermagem é *“facilitar os processos de transição, no sentido de se alcançar um estado de bem-estar”*.

“A situação de doença é um desafio à capacidade de adaptação da pessoa. A doença constitui um processo para o qual a pessoa pode não ter previamente estabelecido estratégias de intervenção” (Bastos et al., 2005, p. 49). Face a esta situação, a pessoa tem que desenvolver processos de adaptação, com o objetivo de manter o equilíbrio físico, psicológico e social. Neste contexto e de acordo com o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2003), o enfermeiro deve ter como objetivo

“ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde, prevenindo a doença e promovendo os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, procurando a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, frequentemente através de processos de aprendizagem” (Bastos et al., 2005, p. 49).

A adaptação advém da própria transição, correspondendo a um *“processo durante o qual o indivíduo deixa progressivamente de estar preocupado com a transição, integrando a transição na sua vida”* Schlossberg (1981) citado por Petronilho (2007, p. 30).

Roy (2001) citada por Bastos et al. (2005, p. 50) enuncia o objetivo da enfermagem *“como sendo a promoção da adaptação da pessoa, contribuindo para a saúde, qualidade de vida e para a morte com dignidade”*.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), adaptação é um *“processo de coping com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios”* (ICN, versão 1.0, 2005, p. 81). Perante estas novas situações e desafios a pessoa vê-se muitas vezes confrontada com o stresse, principalmente quando a transição exige maiores recursos do que aqueles que a pessoa possuiu (Petronilho, 2007, p. 36).

O stresse pode ser definido de acordo com Selye (1985) citado por Petronilho (2007, p. 34), como uma *“resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação”* ou segundo a CIPE®, como *“sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”* (ICN, versão 1.0, 2006, p. 102). Contudo, a sua avaliação e percepção dependem de fatores individuais, condições de vida e experiências anteriores, sendo por isso, difícil de avaliar e definir.

É neste processo de adaptação ao stresse que surge o conceito de *coping*. Este, segundo Oliveira (1998) citado por Bastos et al. (2005, p. 50), refere-se ao *“conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais da pessoa, que constituem uma forma de lidar com o stress”*. Conforme a CIPE®, o *coping* é uma *“atitude com as características específicas: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”*. (ICN, Versão 1.0, 2006, p. 80).

Existem dois tipos fundamentais de *coping*: centrado no problema e centrado nas emoções. O *coping* centrado no problema diz respeito às estratégias dirigidas ao problema em causa (Folkman, 1998, cit. por Bastos et al., 2005). O *coping* centrado nas emoções abrange um conjunto de pensamentos e ações com o objetivo de gerir ou lidar com o estado emocional originado pela situação de stresse, sem atuar diretamente sobre o problema (Lazarus e Folkman, 1998, cit. por Bastos et al., 2005). Não existe um estilo de *coping* mais eficaz do que outro, tudo depende da pessoa e da situação.

Para a promoção dos processos adaptativos, a enfermagem deve *“centrar-se no processo de ensino/ aprendizagem da pessoa, acerca de estratégias*

centradas na resolução de problemas, podendo estas estratégias influenciar a forma como a pessoa percebe o problema e os recursos que dispõe para enfrentar a situação” (Bastos et al., 2005). Assim sendo, os enfermeiros devem possuir conhecimento sobre as transições e suas fases, trabalhar em colaboração com a pessoa e seus familiares, ensinar sobre a patologia e suas implicações, informar sobre como dar resposta às suas necessidades, dotar o indivíduo de habilidades de forma a dar resposta às suas necessidades e garantir que os cuidados tenham suporte social e emocional (Petronilho, 2007).

Em suma, a intervenção de enfermagem, de um modo geral, passa por criar as condições necessárias a uma transição saudável, onde o indivíduo se adapta à sua nova condição.

3.1 Resposta Humana à Transição

Qualquer pessoa, desde que lhe é diagnosticada uma patologia vascular periférica torna-se um doente crónico da cirurgia vascular. Provavelmente já lhe tinham sido diagnosticadas outras doenças crónicas como a diabetes e a hipertensão mas que nem sempre são reconhecidas pelo doente como tal. Este facto verifica-se pela não adesão ao regime terapêutico e/ou por ignorância relativamente ao seu estado de saúde.

A necessidade de internamento leva, muitas vezes, os doentes a confrontarem-se com a realidade uma vez que transferem para si o que veem à sua volta ou seja, pessoas com os mesmos fatores de risco, com uma evolução da doença semelhante e que apesar de todos os esforços vêm-se confrontados com a necessidade de amputar um membro.

Perante um percurso mais ou menos longo da sua doença, para a qual já tem vindo a fazer adaptações, a crise accidental imposta pelo internamento e o agravamento do seu estado de saúde vão implicar transições de vários tipos para os quais o doente e a sua família não estavam preparados. O internamento poderá mesmo impor uma alteração nas relações e nos papéis de cada um dos membros da família, implicando uma completa reorganização da vida familiar.

A própria organização hospitalar, dada a sua complexidade, com dinâmicas e processos diferenciados, com profissionais altamente especializados condicionam no doente e família uma resposta de socialização que se repercute em todo o processo de aprendizagem que está implícito para cada pessoa e para cada

experiência vivenciada como única despoletando tanto no doente como nos que lhe estão próximos um processo de transição.

Por outro lado, o doente crónico com patologia vascular periférica é maioritariamente adulto/ idoso encontrando-se muitas vezes a fazer a transição no seu ciclo vital.

A acrescentar a todos os aspetos que já foram referenciados, o doente vê-se confrontado com uma decisão de tratamento radical que vai dar resposta definitiva à doença daquele membro e às dores insuportáveis que quase sempre estão presentes, vivenciando a transição para a deficiência física com todas as implicações psicossociais, económicas e familiares que daí podem advir.

“A transição tem sido analisada e usada como perspectiva e como metodologia de trabalho.” (Silva, 2007) O modelo de transições de Meleis serve como referência para esta investigação, em particular, sendo as transições classificadas de acordo com a sua natureza, condição e padrões de resposta.

Natureza das transições

Segundo Meleis (2007), a natureza das transições caracterizam-se em tipos, padrões e propriedades das mesmas.

Quanto ao **tipo de transições** podem ser de desenvolvimento, relacionado com o próprio ciclo de vida; situacionais, relacionado com o papel educacional e profissional; organizacionais, geradas por mudanças no contexto político, social e económico e saúde-doença, quando surgem alterações no estado de saúde da pessoa.

Pela análise teórica do tema a ser investigado consegue-se prever que o doente com patologia vascular periférica que enquadra o estudo facilmente incorpora diferentes tipos de transição em simultâneo.

Relativamente aos **padrões as transições** podem ser classificadas, segundo Meleis (2007) como simples ou múltiplas, podendo estas últimas serem simultâneas, sequenciais e relacionadas ou não relacionadas.

Os padrões de multiplicidade e complexidade relacionam-se com as várias transições que o doente experimenta concomitantemente traduzidas numa alteração definitiva da sua auto-imagem, do ambiente físico, da rede social e cultural entre outras que podem ocorrer.

As transições são complexas e multidimensionais, mas há **propriedades da transição** que não podemos descurar, como: a consciencialização (*awareness*), o envolvimento, a mudança, duração da transição e os eventos críticos. (Meleis,

2007). As várias propriedades das transições estão interligadas entre si, não havendo propriamente distinção e separação entre elas.

A consciência está relacionada com a percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição e interfere na forma como esta se desenrola. A consciência constitui o indicador de que o indivíduo está em mudança por ter conhecimento das alterações em curso. “ *O nível de consciência reflecte-se muitas vezes no grau de consonância entre o que é conhecido acerca dos processos e respostas e aquilo que constitui o conjunto esperado de respostas e percepções de indivíduos perante transições semelhantes.*” Meleis (2000, p. 18)

O conhecimento de um diagnóstico com implicações limitadoras como é o caso da deficiência física por amputação, constitui um processo de consciencialização demorado cercado de ambivalência, negação, desconhecimento, incerteza e insegurança, que obriga à percepção e à criação de novos significados na vida do doente e dos seus familiares. Em suma, a experiência por si só não constitui transição se sobre ela não operar a tomada de consciência.

O envolvimento está diretamente relacionado com o nível de consciência. Não há transição saudável, se não houver envolvimento do próprio, em formar mecanismos internos e externos para se adaptar à transição e superar as mudanças. (Meleis, 2007) Traduz-se no ajuste do ambiente circundante à situação específica de cada doente como uma preparação para atenuar as consequências da transição.

O desenvolvimento adaptativo atenua os sentimentos negativos, aceitando as modificações impostas e encontra novas formas realistas de adaptação. Quanto maior a relação entre a informação que o doente possui e a sua adaptação psicossocial mais elevado é o grau de participação nos seus cuidados de saúde. Se o doente consegue adaptar-se e defender a sua auto-imagem revela confiança, persistência na aprendizagem e cooperação com a equipa multidisciplinar para a sua reabilitação.

A mudança e diferença são propriedades essenciais da transição e existem em qualquer transição, mas não são sinónimos de transição. Todas as transições envolvem mudanças, mas há mudanças que não estão relacionadas com a transição. Ao experienciar novos conhecimentos ou vivenciar novas situações, existe um potencial de desajustamento, cabendo à enfermagem, promover um ajustamento ou facilitar a adaptação à nova situação (Silva, 2009).

O doente crónico que faz a transição para a deficiência por uma amputação já vem a sofrer um processo de transição ao longo do tempo marcado pela reorganização de sentimentos que possibilitam a rutura com o ambiente anterior e consequente adaptação a novos papéis e situações.

Duração da transição, isto é, toda a transição se caracteriza por uma longevidade mais ou menos definida. Cada pessoa tem o seu tempo, é difícil colocar limites temporais em certas experiências de transição, tal como é o caso da transição para a doença crónica. (Meleis, 2007).

Os eventos críticos, não são programados, não são os responsáveis pela transição, mas ajudam a promover uma transição. Pode haver eventos críticos positivos, quando estes promovem a progressão e resolução da transição, ou eventos negativos, quando atrasam ou dificultam a adaptação da transição. (Meleis, 2007).

A transição para a deficiência por amputação é despoletada pela doença, envolvendo pontos críticos e eventos caracterizados por momentos de insegurança, flutuações e perturbações da realidade geradores de ansiedade, tais como: a fase do diagnóstico e a impotência do tratamento.

Condições das transições

As condições pessoais, sociais e comunitárias em que uma transição ocorre são diretamente influenciadas e interferem com as percepções e significados que lhe são atribuídas, interagindo assim positivamente ou não com o processo e o seu resultado. Por exemplo, o suporte insuficiente ou a informação inadequada podem constituir fatores inibidores na vivência do processo de transição (Meleis et al., 2000, cit. por Petronilho, 2007, p. 32).

Segundo Meleis, as **condições pessoais** podem ser subdivididas: em significados, crenças culturais e atitudes, estatuto socioeconómico e preparação e conhecimento.

Os significados consistem na interpretação atribuída a um evento e ao próprio processo de transição e podem facilitar ou restringir transições saudáveis e estão relacionados com aspetos que configuram a mudança e a diferença.

As crenças culturais e atitudes também são importantes e podem estar ligados aos significados. É importante termos em conta os valores e crenças da pessoa e não fazermos juízos de valor.

O estatuto socioeconómico pode ser um inibidor da transição na medida em que os doentes nem sempre têm recursos para adquirir os produtos de apoio e terapêuticas para dar continuidade ao tratamento.

A preparação antecipada é um facilitador da experiência da transição, enquanto a falta de preparação é um inibidor. Diretamente relacionado com a preparação está o conhecimento acerca do que se espera durante uma transição e as estratégias que podem facilitar as mesmas. Sendo assim, a preparação e o

conhecimento prévio do enfermeiro e as estratégias a usar facilitam a transição. A preparação consiste na área onde os enfermeiros podem focar a sua ação, através dos ensinamentos, desenvolvimento das competências e avaliação das mesmas.

Os doentes reagem de forma distinta no contacto com a doença, já que são influenciados por variáveis pessoais distintas como as diferenças culturais ou a personalidade que interferem no modo como reconhecem a situação de doença e gerem esse acontecimento. Segundo Silva (2007, p. 14) ao corroborar de Silva (2001), *“Há uma valorização do saber da pessoa relativamente aos processos de vida e de transição que constitui uma base substancial do conhecimento que o enfermeiro usa para lidar com a situação.”*

Considerando essa singularidade pela forma de agir, pela sua personalidade manifestada nos seus comportamentos e atitudes, a subjetividade é um elemento preponderante nas reações comportamentais. A dor, o sofrimento, o mal-estar físico e afetivo, a perda de mobilidade, a alteração da auto-imagem, a retirada do seu meio familiar e social, as expectativas futuras (...) constituem fatores determinantes na organização dos mecanismos de defesa e da sua estabilização.

A doença como crise impõe ao doente uma fase de adaptação, a qual inclui momentos de aprendizagem que o ajudem a fazer face às alterações relacionadas com a doença. As estratégias utilizadas para ultrapassar a crise, sendo uma situação de vulnerabilidade, podem incluir uma procura de conhecimento para ultrapassar as limitações impostas pela doença e pela deficiência, através do desenvolvimento de novas competências. Para Pereira citado por Serra (2005, p. 36) *“Estar doente é um facto social e não simplesmente biológico...”*

A postura dos enfermeiros assim como da restante equipa, a capacidade de transmitir segurança e estabilidade na relação com o doente, condiciona o seu equilíbrio emocional e reforçam a relação de ajuda desenvolvida. Os enfermeiros como prestadores de cuidados, têm que ter em conta que as emoções que deixam transparecer, podem influenciar a maneira de estar e reagir aos tratamentos, bem como a adaptação emocional pretendida por parte dos doentes.

Relativamente às **condições comunitárias e sociais**, estas também facilitam ou inibem as transições. Cuidar de uma pessoa com doença crónica e alguma dependência nos auto-cuidados frequentemente parece ser incompatível com a atividade social e a manutenção das relações com os amigos. Muitas vezes, a vida social muda intensamente, nomeadamente para cuidadores, que podem por isso sentir-se mais isolados em casa. É importante que os implicados no processo saúde/ doença discutam estas mudanças, bem como tentem aproveitar as pequenas oportunidades para estarem com os amigos e participarem mais ativamente na vida social.

Como profissionais, durante a permanência do doente no hospital, os enfermeiros devem constituir uma condição facilitadora para permitir as condições comunitárias e sociais que o doente manifeste necessitar de forma mais ou menos explícita. Exemplos destas condições podem ser: receber apoio de familiares e de amigos, antigos doentes que tenham tido experiência de processos de transição com sucesso, solucionar questões, problemas e satisfazer alguns sonhos.

Como diz o Dalai Lama citado por Cutler (2002, p. 90): *“A felicidade depende mais do nosso estado de espírito do que das circunstâncias exteriores”*.

Padrões de resposta

Os padrões de resposta incluem os indicadores de processo e os indicadores de resultado e traduzem a forma como as pessoas vivem as transições para a saúde ou para a vulnerabilidade, constituindo aqui uma área onde a enfermagem poderá desempenhar um papel preponderante.

Os **indicadores de processo** estão relacionados com o sentir-se integrado, situado e com o desenvolvimento de confiança para lidar com a situação, sendo assim importante salientar que o facto do doente se sentir envolvido, ligado a profissionais de saúde que possam responder às suas dúvidas, necessidades de cuidados e com os quais se sentem familiarizados constituem fatores positivos para a transição em causa.

Vivemos num mundo que persegue a perfeição, onde a dimensão do forte, do belo, do rico, do socialmente reconhecido condiciona o percurso das pessoas. Tudo o que não encaixa nos padrões de normalidade ou se destaca pela diferença é frequentemente encarado como diminuído. Atualmente, explora-se muito o termo qualidade de vida, de satisfação de necessidades para atingir a autorrealização. Mas, de que necessidades se fala? As que cada pessoa identifica? As que os profissionais de saúde identificam para essa pessoa? Ou as necessidades que a sociedade lhe sugere? Parece evidente que cada pessoa percebe o mundo de uma forma particular e obtém satisfação nas mais diversas situações.

João Paulo II (2004, p. 1) diz-nos que:

“o ser humano independentemente das condições em que se desenrola a sua vida e das capacidades que pode expressar, possui uma dignidade única e um valor singular desde o princípio da sua existência até ao momento da morte natural. A pessoa com deficiência, com todos os limites e sofrimentos pelos quais está marcada, obriga-nos a interrogar-nos, com respeito e sabedoria, acerca do mistério do Homem.”

Os profissionais de saúde, na sua abordagem ao doente, necessitam manter um distanciamento crítico, isto é, devem revestir-se de uma atitude que permita

apreender e compreender o sofrimento físico, psicológico, social e cultural do doente, sem que isso os destabilize emocionalmente. Contudo, não se pode negar a condição humana e as influências são recíprocas; o profissional age sobre o doente e é igualmente condicionado por ele, porque existem fenómenos e trocas sociais que não se suprimem pelo espaço físico ou pelo estatuto profissional.

Todos os seres humanos passam pelo processo de socialização primária, adquirindo normas e valores dos primeiros agentes de socialização (família). Com o percorrer do ciclo vital, este processo que é contínuo e, no confronto com situações novas e determinantes, é renovado e atualizado, ocorrendo a socialização secundária. Perante isso, é exigida uma adaptação que corrija os valores e atitudes, realizando novas aprendizagens sociais e organizacionais. Segundo Meleis (2000, p. 25) *“Uma das características das transições é a criação de novos significados e percepções. (...) Compreendiam a sua nova vida comparando-a com o que tinham antes.”*

Os indicadores de processo direcionaram o doente para a saúde em detrimento da vulnerabilidade ou risco pelas estratégias desenvolvidas. A necessidade que o doente tem de sentir e continuar integrado através das ligações sociais, do seu envolvimento ativo com os profissionais que o rodeiam quer no tratamento quer nas suas relações sociais, a criação de novos significados e percepções pela mudança brusca, o desenvolvimento e as manifestações de confiança constituem indicadores que reforçam a positividade da experiência da transição.

Os **indicadores de resultado** incluem a mestria na qual a pessoa demonstra novas capacidades que lhe possibilita viver a transição com sucesso, demonstrando comportamentos indicativos do fim da experiência de transição e o desenvolvimento de identidades integracionistas fluidas que traduzem o facto das pessoas que vivenciam as transições adquirirem novos comportamentos, competências e experiências que modificam a sua identidade permitindo uma melhor adaptação à realidade após a transição. Os níveis de domínio destes indicadores podem determinar a qualidade de vida de quem é sujeito a um processo de transição.

Uma conclusão saudável de uma transição é determinada pelo grau de domínio demonstrado das competências e comportamentos necessários para lidar com novas situações e ambientes. Daí que, dada a complexidade de influências e interações durante a transição para a deficiência por amputação e o elevado risco da culpabilização do doente por resultados menos adaptativos para si próprio alerta os profissionais de saúde para a necessidade de serem criativos no

desenvolvimento de projetos de investigação e de programas de intervenção dirigidos a estas múltiplas influências.

Terapêuticas de enfermagem

Meleis et al., (2000) estabelecem uma diferença entre terapêuticas e intervenções de Enfermagem. Segundo a CIPE®/ ICNP (2006, p. xix) a intervenção de enfermagem é a *“acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado (...)”* enquanto que as terapêuticas de enfermagem embora se evidenciem nesta definição, procuram a intencionalidade colocada nas ações de enfermagem (Meleis et al., 2000).

A Teoria das Transições de Meleis possibilita uma melhor compreensão do processo de transição, dando uma visão mais completa e aprofundada, fornecendo orientações ao profissional de enfermagem na implementação de estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa percorre. Segundo Kralik, Visentin e van Loon (2006) os profissionais de saúde através da compreensão do processo de transição ficam melhor apetrechados para ajudar as pessoas a ultrapassar os processos de adaptação. Desta forma, o grande desafio para a enfermagem é compreender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas com a pessoa que a ajudem a recuperar a estabilidade e o bem-estar, de acordo com o seu projeto de saúde (Schumacher e Meleis, 1994).

3.2 A Importância da Família

O aumento do número de doentes crónicos torna-se motivo de preocupação pelas repercussões a nível social, económico e de saúde. Estas doenças estão muitas vezes associadas ao envelhecimento, aumentam consideravelmente as necessidades de cuidados pessoais e de saúde afetando inevitavelmente a vida familiar.

Segundo Wilcox et al. citado por Cabete (2005, p. 25) a doença crónica numa pessoa traz *“(...) repercussões na sua família, nomeadamente na gestão de tempo, na prossecução das actividades regularmente desenvolvidas, no tempo que os outros membros da família passam juntos e na sobrecarga física e psicológica, variável para cada um dos membros da família”*.

Uma doença crónica predispõe ao aparecimento de complicações que o doente e a família devem interiorizar de forma a perceber a evolução da doença. Neste sentido, e sendo a situação de doença crónica uma causa de stresse, a família pode passar por diferentes fases de organização. A fase de internamento e ausência do membro em casa e a fase em que este retoma o lar, com uma nova condição de saúde que pode ou não permitir que este desempenhe as suas funções, são as fases mais frequentes. No entanto, a família pode não estar preparada para ultrapassar todas as fases da mesma forma.

Há autores como Manley (1989) que defendem que a capacidade que o elemento saudável tem de lidar com a doença do seu familiar tem grandes repercussões na saúde e funcionamento da família e na adaptação física e psicológica do doente à sua situação.

O facto de se sentirem rejeitados socialmente torna-se muitas vezes num problema assim como, o facto de a família poder não aceitar a nova condição do doente podendo-o considerar um “fardo”. É frequente, o doente amputado sentir-se dependente dos outros por necessitar de ajuda nas suas atividades de vida diária. Por outro lado, a família nem sempre entende que poderá ter que fazer ajustes nas suas funções e nos seus papéis dada a deficiência daquele elemento. Todo o apoio que possa ser dado ao doente e família é importante para minimizar a tendência ansiosa e depressiva do doente e aumentar a tolerância e paciência da família, de forma a reduzir as fontes de stresse e proporcionar alternativas que ajudem a família a adaptar-se.

Devemos inculcar no doente que é o principal agente da sua recuperação e que a sua força de vontade e cooperação ativa são indispensáveis para a sua reabilitação. A forma como o doente e a família aceitam o que lhes é dito e participam na sua recuperação e reabilitação depende em grande parte da relação que estabelecem com a equipa multidisciplinar. De acordo com Gonçalves (2001, p. 11) citando Berger et al. (1994), “*A relação de ajuda é um instrumento básico do quotidiano do prestador de cuidados*”. Este mesmo autor ao citar Collière refere que o envolvimento da família no cuidar deve ser um processo gradual em que a partilha de saberes assume um aspeto crucial no sistema.

Quando um membro da família é admitido numa unidade hospitalar, a estrutura familiar sofre um abalo. A família é muitas vezes surpreendida com a patologia e durante o internamento transfere para si o que visualiza nos outros doentes e famílias, despoletando sentimentos como ansiedade e angústia. Para Pio Abreu (1994, p. 118, 119) a ansiedade “(...) *antecipa uma vivência cujo desfecho se gostaria de conhecer pela probabilidade de ser agradável, (...)*” enquanto que a angústia “(...) *parece muitas vezes estar ligada a uma perda, existente ou*

antecipada (...) a angústia pode ser inerente à condição humana (...) o homem é o único animal que pode antecipar a inevitabilidade da morte, e com isso sofrer”.

Seja por agudização de uma patologia crónica ou por uma situação súbita, a adaptação do sistema familiar torna-se problemática, pondo à prova os seus mecanismos adaptativos. O internamento poderá mesmo impor uma alteração nas relações e nos papéis de cada um dos membros, implicando uma completa reorganização da vida familiar. É muitas vezes a família que assume os cuidados ao membro que fica doente ou que agrava o seu estado de doença e perde a sua autonomia. Este aspeto torna-se deveras importante porque implica uma intervenção da equipa de saúde com relevância para a enfermagem, dos ensinamentos que deve dirigir não só ao doente como ao prestador de cuidados de forma a assegurar uma adaptação mais eficaz à sua nova condição de saúde/ doença evitando complicações. Esta aprendizagem nem sempre é facilitada devido à resistência que o doente apresenta à adesão ao regime terapêutico assim como pelo facto do cuidador também ser, muitas vezes, uma pessoa idosa, com limitações resultantes de doenças crónicas.

Se o doente, enquanto tal, necessita de cuidados diferenciados, a família poderá necessitar de ajuda para recuperar o seu equilíbrio e formular de modo mais ou menos expresso um pedido nesse sentido. Do conjunto da equipa de saúde que assiste e cuida do doente, o enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada para identificar, coordenar e esboçar uma resposta às necessidades expressas pelos familiares. Neste sentido, a sua presença quase permanente junto do doente e o acompanhamento da família durante o período de visita, proporcionam momentos singulares que podem tornar-se oportunidades únicas de apoio e ajuda. Utilizando um modelo de relação de ajuda, o enfermeiro poderá auxiliar a família do doente internado a encontrar novos equilíbrios e a dar resposta às necessidades entretanto surgidas, ajudando-a a identificar estratégias de resolução dos problemas. De acordo com Brammer, citado por Lazure (1994, p. 99) a relação de ajuda *“É uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas”.*

A palavra relação implica dois agentes, dois sujeitos em que ambos são alternadamente ajudante e ajudado. O enfermeiro e o doente/ família criam uma relação recíproca e sucessiva das suas ajudas com vista à obtenção de um bem comum, como refere Hélène Lazure (1994, p. 13)

“Se há palavras usadas em enfermagem, a palavra ajudar é sem dúvida uma delas. Para se poder ajudar de forma adequada, a enfermeira deve, em primeiro lugar, saber e acreditar que o cliente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver. Partindo deste ponto, o papel da enfermeira é oferecer ao cliente, sem os impor, os meios complementares que lhe

permitam descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar como quiser, para resolver o seu problema. A enfermeira assiste o cliente, orienta-o e faculta-lhe cada uma das etapas do processo de resolução do problema. Não toma decisões por ele nem deve substituí-lo em aspetos relativos á sua participação na acção”.

3.3 O Papel do Enfermeiro

No trabalho com doentes crónicos, o enfermeiro tem muitas vezes a tentação de definir para o doente um plano de cuidados e até mesmo objetivos a médio e longo prazo, segundo os seus próprios valores, padrões e objetivos, esquecendo-se da necessidade de os distinguir dos do doente e sobretudo implicá-lo em todo o processo. Uma atuação eficaz da enfermagem perante um doente crónico implica o reconhecimento de que a gestão de cuidados requer um ritmo lento, persistente e que qualquer alteração pode demorar muito tempo a verificar-se.

No processo de conceção de cuidados, tal como cita Silva (2011) ao referenciar a Ordem dos Enfermeiros (2002) o *“enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo e prescreve intervenções”*. Para desenvolver este raciocínio os enfermeiros têm de tomar decisões, julgando as necessidades do doente e quais as intervenções que mais se adequam para dar lhes resposta. Nesta perspetiva, o enfermeiro tem de perceber a realidade em que se enquadram as necessidades, a forma como estão a ser vivenciadas e as implicações que estão a ter naquela pessoa em particular. Esta tarefa torna-se árdua para os profissionais na medida em que, cada pessoa experiencia de forma diferente uma realidade, atribui-lhe significados distintos e possui recursos pessoais ou de suporte diversos. No entanto, o enfermeiro no desenvolvimento do seu saber, saber ser e saber fazer aprende a ter uma tomada de decisão mais assertiva proporcionando ao doente e família condições para uma aquisição de bem-estar e mestria facilitada.

Deve ser preocupação da enfermagem manter ou melhorar a situação física e psicológica atual do doente encorajando-o e à sua família de forma a haver uma adaptação eficaz à doença. Na maior parte das situações, o papel preponderante do enfermeiro não está no saber fazer mas no saber ser e estar com o doente e sua família, com uma abordagem e atitude positivas para além da demonstração de interesse, disponibilidade e ajuda fazendo muitas vezes a diferença na adesão que possa ter ao regime terapêutico e à gestão da sua doença. Nesta perspetiva, o papel do enfermeiro e sobretudo do enfermeiro de reabilitação passa por ensinar o

doente a realizar, de modo independente, atividades relacionadas com o autocuidado em vez de as fazer por ele, para que haja progressos na adaptação a cada fase da evolução da doença.

O facto de o enfermeiro solicitar ao doente que identifique as suas necessidades e que lhes dê uma prioridade, por si só já é um estímulo ao desenvolvimento do seu autocuidado. Não devemos esquecer que as necessidades físicas e que são visíveis pelos outros acarretam uma maior conotação e daí serem mais valorizadas pelos doentes. Compete ao enfermeiro tentar manter em cada estadio da doença e enquadrando o local onde o doente se encontra, mesmo que este esteja hospitalizado, os hábitos da pessoa para que a independência que tem se mantenha e até possa adquirir novas capacidades para se adaptar e não regredir nas suas atividades de vida. O facto do doente sentir-se bem e capaz pode fazer a diferença no sucesso que obtém no tratamento de uma crise atual e futuramente na forma em como encarará outros problemas e a sua resolução.

Por outro lado, o desenvolvimento de uma doença crónica leva a pessoa a ter necessidades ao nível da sua auto-estima cabendo ao enfermeiro estar atento ao que é expresso de forma verbal e não-verbal. Dependendo da adaptação que a pessoa fez à sua doença permitirá que o facto do profissional de saúde mostrar disponibilidade e assertividade na forma como comunica com o doente crónico seja suficiente para a manutenção da sua auto-estima.

Em muitas doenças crónicas há uma deterioração progressiva das capacidades tornando-se necessária uma intervenção no sentido de retardar essa evolução e não tanto na aquisição de novas capacidades.

Outro aspeto que é de relevar é o facto de muitas pessoas portadoras de doença crónica, se verem limitadas na sua atuação e adaptação devido à existência de barreiras arquitetónicas impedindo-as de participar em atividades da comunidade e mantendo um nível de socialização que lhes permita sentirem-se úteis e não se isolarem dentro de casa. Aqui, os enfermeiros de reabilitação podem e devem ter um papel pró-ativo ajudando o doente e família na alteração de alguns aspetos que promovam a eliminação de barreiras no domicílio e junto do poder local alertar e sensibilizar para situações menos corretas que devam ser alteradas.

Tal como refere Phipps et al. (2003, p. 162) a reabilitação “*é um processo de ajudar o indivíduo com um handicap a realizar os seus objetivos particulares, física, mental, social e economicamente*”. Nesta perspetiva, deve ser realizada uma avaliação das incapacidades e capacidades da pessoa para prever o potencial de reabilitação que se traduzirá em melhoria da sua condição. Dependendo do potencial que cada pessoa demonstra e dos seus objetivos individuais, o processo de reabilitação é ajustado podendo dar resposta desde o desenvolvimento das

atividades mais básicas de autocuidado a uma reabilitação social e económica da pessoa. Segundo o mesmo autor, *“o sucesso, na aprendizagem da adaptação a viver com uma deficiência, depende da personalidade da pessoa antes da doença, da experiência total da vida e das relações familiares antes da doença, bem como do comportamento e motivação, correntes da pessoa”*.

Quando falamos de reabilitação não nos podemos esquecer de implicar toda uma equipa interdisciplinar, desde o doente, a família e todos os profissionais de saúde, cuja essência dos cuidados passa pela adaptação do plano de cuidados às necessidades e objetivos da pessoa e não dos prestadores. No entanto, não devemos esquecer que o envolvimento de cada um dos intervenientes é fundamental para o sucesso do processo de reabilitação. Este processo, independentemente do local onde seja implementado, deverá ser o mais abrangente possível em termos de serviços de saúde e de continuidade de cuidados para que, conforme as necessidades de cada pessoa, aumentem as possibilidades de atingir o maior potencial.

Resumindo e corroborando com Phipps et al. (2003, p. 168) que descrevem o papel e as responsabilidades do enfermeiro na reabilitação do doente crónico, tal como está representado no quadro 1, estes profissionais devem:

QUADRO 1: O papel e as responsabilidades do enfermeiro na reabilitação

<p>I. Limitar, tanto quanto possível, a incapacidade por doença</p> <p>A. Prevenir complicações</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Garantir o reconhecimento prematuro dos sintomas, incluindo o agravamento da situação do doente <ol style="list-style-type: none"> a. Reanalisar os sinais e os sintomas, e o curso patológico da doença crónica, para reconhecer alterações b. Reanalisar os sinais e os sintomas de complicações frequentemente associadas à doença crónica, como a infeção por exemplo 2. Prevenir deformidades <ol style="list-style-type: none"> a. Manter o alinhamento correcto do corpo b. Posicionar os membros, de modo a prevenir contracturas c. Alterar os decúbitos, frequentemente; manter a pele limpa e seca, para evitar soluções de continuidade d. Proporcionar nutrição adequada e. Proporcionar ingestão adequada de líquidos, para manter a função vesical e intestinal f. Tomar precauções no sentido de prevenir a infeção <p>II. Planear, e implementar, o programa de reabilitação, adequado ao doente</p> <p>A. Determinar os objectivos da reabilitação, do próprio doente</p>	<p>B. Programar intervenções de enfermagem adequadas, com base em objectivos mutuamente acordados</p> <p>Logo no início da reabilitação, o pessoal de enfermagem pode ter que se responsabilizar, em absoluto, por ajudar nas AVD: banho, vestir, ingestão de alimentos e líquidos, treinos vesical e intestinal, manutenção da integridade da pele, alternância de decúbitos, etc.</p> <p>C. Programar intervenções de enfermagem que encorajem o doente a responsabilizar-se pelas suas AVD, logo que possível</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fazer metas de curto prazo, para o doente 2. Certificar-se de que elas são realistas e passíveis de ser atingidas 3. Reforçar os progressos do doente (por menores que sejam) com “feedback” positivo 4. Trabalhar com os outros membros da equipa de reabilitação para se conseguir um plano consistente e coordenado de reabilitação 5. Manter as pessoas significativas, para o doente, informadas dos progressos deste, para, por sua vez, lhe darem um “feedback” positivo 6. Reavaliar, periodicamente, os objectivos fixados e estabelecer outros, se apropriado 7. Ensinar ao doente, à família e, se necessário, ao empregador, as limitações do doente e as expectativas da reabilitação.
---	---

Fonte: PHIPPS, Wilma J; SANDS, Judith K; MAREK, Jane F. *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6.^a ed. Loures: Lusociência, 2003. p. 168.

Menoita (2012, p. 35) ao referir os papéis do enfermeiro de reabilitação resume-os a quatro:

- *“Interpretação das características envolventes em cada situação para que possa definir objetivos para níveis máximos de interdependência funcional;*
- *Consolidação, promovendo o auto-cuidado, prevenindo complicações e posteriores limitações;*
- *Conservação, reforçando comportamentos de adaptação positiva, assegurando a continuidade de serviços e cuidados e minimizando o impacto ou restrição da incapacidade;*
- *Integração, com a contribuição dos diferentes profissionais nos seus diferentes papéis e competências.”*

Convém referir que no caso do doente que sofre amputação, o enfermeiro de reabilitação ensina, instrui e treina frequentemente o doente para que este adquira conhecimentos sobre as técnicas de fortalecimento dos músculos importantes para a melhoria da mobilidade que contribui para um melhor desempenho nas capacidades de autocuidado e para o uso de próteses.

II CAPÍTULO – DA PROBLEMÁTICA AO MÉTODO

1. Problemática

A problemática é a abordagem ou a perspectiva teórica que se adota para tratar o problema formulado na pergunta de partida, constituindo assim, uma forma de interrogar os fenómenos estudados.

Neste capítulo, será exposta a justificação do problema, ou seja, o motivo pelo qual consideramos pertinente o estudo desta problemática. Segundo Polit et al. (2004, p. 52) “*O primeiro passo é desenvolver um problema de pesquisa significativo (...)*”. Também serão descritos os objetivos, a finalidade e as questões orientadoras desta investigação.

1.1 Justificação do tema

A experiência de estar doente é natural no ser humano no entanto, esta é vivenciada por cada pessoa de forma subjetiva e individualizada.

A vivência da doença ganha outros contornos quando se trata de uma doença crónica na medida em que, extravasa as dimensões físicas e psicológicas envolvendo também a vertente psicossocial nas suas dimensões familiar, social e laboral, existencial e/ ou espiritual. Daí que, a pessoa com doença crónica deva ser analisada de uma forma holística para se perceber ao longo da evolução da doença como é que esta consegue fazer as suas transições. Para Meleis (2007) transição implica uma mudança no estado de saúde, no relacionamento dos papéis, nas expectativas ou habilidades, nas necessidades de todos os sistemas humanos, pois a transição necessita que a pessoa integre um novo conhecimento, que lhe permita alterar o comportamento e a auto definição no contexto social.

Por outro lado, cada vez mais, as doenças crónicas são responsáveis pela morbilidade e mortalidade no mundo. O doente crónico com patologia vascular isquémica, na maior parte das vezes, encerra em si próprio, vários fatores de risco que são a junção de várias doenças crónicas como a diabetes, hipertensão, obesidade, cuja evolução culmina com uma grande percentagem de doentes amputados. Desta forma e considerando a definição que a OMS subscreve, doenças crónicas são doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/ deficiências residuais, são causadas

por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Assim sendo, o doente com patologia vascular periférica para além de todas as alterações que vai sofrendo ao longo do seu processo de doença crónica tem de fazer a transição para a deficiência, implicando necessidades acrescidas de formação específica para a sua reabilitação.

Todo o processo de saúde/ doença tem implicações não só pessoais como familiares na medida em que a família é a primeira a ser envolvida, pelo que os profissionais de saúde devem considerar as implicações da doença, não apenas no doente, mas igualmente na sua família. *“É neste sentido que teremos que voltar a nossa atenção, mesmo na vivência de uma incapacidade física, não só para o indivíduo mas também para a experiência familiar quotidiana”*. (Martins, 2002, p. 150) Isto porque, também a forma como a família encara a doença do seu familiar e o apoio que consegue transmitir ao doente vão funcionar como condições facilitadoras ou inibidoras no processo de transição.

Por outro lado, não nos podemos esquecer que o doente que sofre uma amputação encerra em si próprio medos que estão relacionados com aspetos psicológicos, como a alteração da auto-imagem, com aspetos sociais, como a não-aceitação pelo outro da sua condição de dependência e deficiência e a perda de papéis que detinha tanto na família como na sociedade.

Os enfermeiros devem estar despertos para esta problemática e devem desenvolver competências para ajudar o doente e a sua família a ultrapassar as fases de crise e a promover uma melhor adaptação à nova realidade para que as transições sejam realizadas com sucesso. Para que os profissionais consigam acompanhar as exigências de um cuidar holístico têm que conhecer e compreender as suas vivências, estejam estas relacionadas com os aspetos físicos, psico-emocionais ou com a estrutura e organização do serviço. *“A exploração e compreensão do quotidiano dos cuidados de Enfermagem, remete-nos para um nível (...) no qual o indivíduo é a unidade, cuja apreensão implica o ser vivenciado (...) aproximando o investigador da realidade estudada”* (Costa, 1995, p. 285)

A ideia de investigar o processo de transição do doente amputado: intervenção do enfermeiro de reabilitação surge na sequência de um trabalho de investigação realizado na especialidade de enfermagem de reabilitação subordinado ao tema *“as vivências dos familiares diretos dos doentes vítimas de amputação do membro inferior por isquemia crónica”*. Com esta dissertação, para além de aprofundar conhecimentos teóricos nesta área de cuidados, pretendemos perceber como o doente amputado faz o percurso da sua transição no período em

que está internado e analisar o papel do enfermeiro de reabilitação enquanto parte integrante de uma equipa interdisciplinar. O facto de trabalhar diariamente num serviço em que o número de amputações é significativo e a constatar que a necessidade de amputar pode implicar diferentes transições no mesmo doente e na sua família suscitou em nós uma inquietude que esta investigação poderá corroborar no sentido de trazer conhecimento novo para uma melhor efetivação na prestação de cuidados diferenciados. Como refere Fuller (1982) citado por Fortin (1999, p. 49) *“Os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta forma uma fonte importante de domínios a explorar”*.

1.2 Objetivos e Finalidade da Investigação

Após definirmos a questão de partida “Como vivencia o processo de transição o doente com isquemia crónica submetido a amputação e qual o papel do enfermeiro de reabilitação?”, tornou-se necessário construir os objetivos que nos propomos atingir com a realização deste estudo. *“O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação.”*. (Fortin, 1999, p. 99)

O objetivo do estudo está dependente do nível de conhecimento existente sobre determinado fenómeno. Para este estudo foram identificados os seguintes objetivos:

- Compreender como é experienciado o processo de transição do doente com isquemia crónica submetido a amputação.
- Compreender as necessidades do doente com isquemia crónica submetido a amputação.
- Conhecer os recursos utilizados pelo doente com isquemia crónica submetido a amputação.
- Perceber as estratégias de gestão emocional a que recorre o doente com isquemia crónica submetido a amputação.
- Compreender qual a perceção, que o doente submetido a amputação tem, sobre a atuação do enfermeiro de reabilitação.

Com a realização deste trabalho pretendemos contribuir para a adequação dos cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação de forma a facilitar o processo de transição do doente amputado.

1.3 Questões Orientadoras

As questões orientadoras decorrem diretamente dos objetivos, especificam os aspetos a estudar e são as premissas sobre as quais os resultados de investigação se apoiam.

Para este estudo formulamos as seguintes questões orientadoras:

- Como é experienciado o processo de transição do doente com isquemia crónica submetido a amputação?
- Como é que o doente com isquemia crónica submetido a amputação manifesta as suas necessidades?
- Como é que o doente com isquemia crónica submetido a amputação expõe os recursos que mais utiliza?
- Como é que o doente com isquemia crónica submetido a amputação expressa as estratégias de gestão emocional a que recorre?
- Como é que o doente submetido a amputação perceciona a atuação do enfermeiro de reabilitação?

2. Opções Metodológicas

A metodologia desempenha um papel essencial no desenvolvimento de um projeto de investigação, pois quase sempre os resultados finais são condicionados pelo método e a forma como se obtiveram estes dados.

Os fatores predominantes para a determinação da metodologia de um estudo são o fenómeno objeto de análise, a abordagem do mesmo e o objetivo do estudo.

Atendendo às finalidades e à natureza específica do valor atribuído ao estudo da transição do doente amputado do membro inferior por isquemia crónica internado num serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular de um hospital central e a intervenção do enfermeiro de reabilitação nessa transição, optamos por uma abordagem qualitativa do tipo fenomenológico.

Para Rose, et al. (1995) citado por Streubert e Carpenter (2002, p. 55) “O propósito da pesquisa fenomenológica é explicar a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno, na procura da unidade de significado o qual

é a identificação da essência de um fenómeno e a sua descrição rigorosa, através da experiência vivida quotidiana”.

Para Van Maanen (1990) citado por Fortin (1999, p. 148) *“A fenomenologia é um movimento (...). O que a caracteriza em relação a outros métodos qualitativos, é que ela procura descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem”.* Segundo Benner (1994) citado por Fortin (1999, p. 149) *“Entre os diferentes métodos qualitativos, esta abordagem constitui a que parece mais popular entre os enfermeiros. Este fenómeno não é estranho ao interesse cada vez maior que se dá ao conceito de “caring”, desenvolvido pelas teóricas que se inscrevem nas mais diversas correntes da fenomenologia europeia”.*

A fenomenologia tem uma tradição filosófica que foi desenvolvida por Husserl e Heidegger como forma de pensar sobre as experiências de vida das pessoas. Segundo Polit et al. (2004, p. 207) *“O fenomenologista investiga os fenómenos subjectivos, na crença de que as verdades críticas sobre a realidade estejam fundamentadas nas experiências vividas pelas pessoas”.* No entanto, há uma diferença entre estes dois filósofos: Husserl dedicou-se à fenomenologia descritiva enquanto que Heidegger seguiu a direção da interpretação e a compreensão do fenómeno, criando assim a fenomenologia interpretativa (hermenêutica).

Segundo Polit et al. (2004, p. 207) existem quatro aspetos da experiência vivida que são de interesse aos fenomenologistas: *“(...) o espaço vivido, ou a espacialidade; o corpo vivido, ou a corporalidade; o tempo vivido, ou a temporalidade e a relação humana vivida, ou o relacionamento”.*

Pelo que já foi descrito, é facilmente compreendida a importância que a fenomenologia tem para a enfermagem uma vez que, permite saber o que o indivíduo experimenta em relação a determinado fenómeno e como interpreta essa experiência possibilitando extrair dessa consciência o significado das vivências. Como refere Pio Abreu (1994, p. 17) *“(...) o significado está presente na intencionalidade da consciência: ela é doadora de significações”.*

Assim sendo, só a tomada de consciência de determinado fenómeno que foi vivenciado permite chegar à sua essência. Para que consiga atribuir significado a essas vivências o pesquisador tem de deixar de lado as suas experiências, crenças, teorias e explicações prévias, denominando Husserl este momento de colocar-se entre parênteses, esforçando-se por confrontar os dados sem pressupostos, atingindo diretamente a vivência. Os outros passos que este tipo de estudo envolve e que são partilhados tanto pela fenomenologia descritiva quanto pela interpretativa são: a intuição, estando o pesquisador aberto aos significados relativos ao fenómeno por quem teve a vivência; a análise, onde tem de ser feito o

levantamento das declarações significativas, a sua classificação e atribuir sentido aos significados essenciais do fenómeno, e a descrição, que ocorre quando o pesquisador entende e descreve o fenómeno. (Polit et al., 2004)

O nível dos conhecimentos existentes no domínio em estudo condiciona a escolha do tipo de investigação. De acordo com Fortin (1999, p. 137) “(...) os problemas de investigação apresentam-se sob diversas formas, correspondendo a diferentes níveis de conhecimentos e exigem diferentes métodos para os resolver”.

De forma a contextualizar melhor as opções metodológicas do estudo, de seguida fazemos a abordagem individualizada de alguns aspetos como é o caso da população e amostragem, do instrumento de recolha de dados, das implicações éticas e da análise de dados.

2.1 População e Amostragem

A amostragem refere-se ao processo de seleção de uma parte da população para representar a sua totalidade, constituindo assim uma etapa importante do processo de pesquisa.

Para Fortin (1999, p. 202) a população é “(...) uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida”. A pesquisa é, no entanto, realizada apenas com uma parte representativa da população, ou seja, a amostra. As características da população devem estar presentes na amostra selecionada.

Neste estudo a amostra foi não probabilística, do tipo acidental, pois foram selecionados dez doentes vítima de amputação *major* internados num serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular de um hospital central, no período compreendido entre Fevereiro e Junho de 2011.

Visto que este estudo é qualitativo e de orientação fenomenológico, em que o que se pretende é o conhecimento de uma realidade sob a perspetiva das pessoas que a vivenciam, torna-se necessário investigar em meio natural.

Antes de aplicarmos o instrumento de recolha de dados certificarmo-nos de que o doente estava internado há pelo menos 72 horas após ter sido submetido a amputação *major* do membro inferior. Foi questionado o doente se sabia ler e escrever uma vez que lhe permitia ler e/ ou ouvir a entrevista realizada e pronunciar-se sobre o seu conteúdo.

O facto de o doente já ter sido amputado há pelo menos 72 horas permitia que o doente tivesse tomado consciência da amputação.

A opção de estudar doentes com amputação *major* prende-se com a percepção que temos, da experiência de lidar com estes doentes, que a transição é facilitada quando se trata de uma amputação *minor*, dado que aparentemente não trazem consequências físicas e psicológicas para o doente e para a família. Este aspeto poderá ser justificado pelo facto de não trazer tantas alterações da mobilidade e da imagem corporal e, como não é visível socialmente, é mais aceite por todos. Estes aspetos também foram sustentados pelo trabalho de investigação em que participou no âmbito da especialização em enfermagem de reabilitação sobre “Como vive a família a experiência de cuidar de um doente amputado”. Por outro lado, segundo Gabarra e Crepaldi (2009) “*a restrição de atividades está altamente relacionada com o nível de amputação e com a possibilidade de reabilitação*” sendo que, quanto mais alto o nível de amputação maior a restrição de atividades e mais baixa a possibilidade de reabilitação (Horgan & Mac Lachlan, 2004). Ainda as mesmas autoras ao referenciarem Rybarcyk e Cols.(1997) afirmam que “*quanto mais alto for o nível de amputação em membros inferiores, mais pobre é o ajustamento psicológico*”.

Foram efetuadas dez entrevistas por se considerar ter atingido a saturação de dados.

Para uma melhor percepção dos dados obtidos e de forma a contextualizar a amostra do estudo, apresentamos a caracterização dos participantes representada no quadro 2 e sua análise.

QUADRO 2: Caracterização dos participantes em estudo

Ent.	Gênero	Idade	Religião	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Tempo após diagnóstico	Tempo após agravamento da doença	Diabetes	Hábitos tabágicos
E1	M	54	Católica	Casado	4ª Classe	Reformado	6 anos	4 anos	Não	Fumador
E 2	M	58	Católica	Casado	3ª Classe	Reformado	3 meses	3 meses	Sim	Ex-fumador
E 3	M	68	Católica	Casado	4ª Classe	Reformado	15 meses	13 meses	Não	Fumador
E 4	M	63	Católica	Divorciado	12º Ano	Desempregado	6 anos	1 mês	Sim	Fumador
E 5	M	39	Católica	Casado	5º Ano	Carpinteiro cofragem	2 anos	1 ano	Não	Fumador
E 6	M	58	Católica	Casado	4ª Classe	Reformado	6 anos	2 anos	Não	Ex-fumador
E 7	M	51	Católica	Casado	11º Ano	Ferroviário	8 anos	4 anos	Não	Fumador
E 8	M	55	Católica	Casado	4ª Classe	Desempregado	6 anos	8 meses	Não	Fumador
E 9	M	77	Católica	Viúvo	4ª Classe	Reformado	3 anos	3 anos	Sim	Ex-fumador
E 10	M	65	Católica	Casado	12º Ano e TOC	TOC	6 anos	2 anos	Sim	Ex-fumador

Pela análise do quadro, verifica-se que a amostra é composta só por indivíduos do género masculino. Pode-se verificar que os indivíduos se situam entre os 51 e os 77 anos, havendo apenas um com 39 anos.

Pela caracterização da amostra pode-se afirmar que todos os elementos têm convicção religiosa. Relativamente ao estado civil verifica-se que o grupo em estudo é maioritariamente casado existindo um elemento que é divorciado e outro viúvo.

Como pode ser observado no quadro, verifica-se que a amostra em estudo é constituída por sete indivíduos com o primeiro ciclo, existindo um indivíduo com o terceiro ciclo e dois indivíduos com o secundário, dos quais um tem um curso técnico.

De acordo com a análise efetuada ao quadro, verifica-se que metade das pessoas são reformadas, sendo que das restantes duas estão desempregadas e três estavam a trabalhar aquando deste episódio de doença: uma como ferroviário, outra como técnico oficial de contas e outra como carpinteiro cofragem.

Quando se analisa o quadro verifica-se que 50% dos indivíduos teve conhecimento do diagnóstico da doença vascular há seis anos e que os restantes tiveram cada um em tempos diferentes sendo de salientar que dois elementos só tiveram conhecimento há quinze e três meses prospectivamente. Os outros três

elementos tiveram especificamente conhecimento da doença há oito, três e dois anos. Por outro lado, quando se analisa há quanto tempo se verificou o agravamento da doença existem tempos muito disparas que não parecem ter relação direta com o tempo de diagnóstico.

Consideramos pertinente analisar qual o padrão da nossa amostra relativamente a dois dos fatores de risco mais preponderantes nesta patologia e verificamos que 60% dos doentes são fumadores e 40% referem ser ex-fumadores. Quanto à diabetes temos que 40% padecem desta patologia e 60% não.

2.2 Instrumento de Recolha de Dados

O investigador, numa colheita de dados, deve ter a noção de que o instrumento selecionado irá responder às suas expectativas, de modo a atingir os objetivos da investigação inicialmente propostos.

Nos estudos qualitativos, o investigador tem como objetivo colher o maior número de informações possíveis, de modo abranger os vários aspetos do fenómeno. Para isso, utiliza frequentemente, como instrumento de colheita de dados, a entrevista. De acordo com Fortin (2003, p. 245) *“A entrevista não é uma simples conversa; é um modo de comunicação verbal estabelecido entre o investigador e os participantes, com a finalidade de recolher dados relativos às questões de investigação formuladas. (...) um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina”*.

Neste estudo, o instrumento adequado para a recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada utilizando gravador áudio, por nos dar a possibilidade de recolher informações determinadas junto das pessoas. Neste tipo de entrevista, o investigador formula questões a partir dos temas que pretende estudar, segundo uma ordem que lhe convém, de modo a que no fim todos os temas tenham sido abordados. O instrumento de recolha de dados que utilizamos encontra-se em Anexo I.

Pré-teste

O pré-teste consiste na aplicação da entrevista a *“uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões são bem compreendidas”*. (Fortin, 1999, p. 253) Esta fase permite aferir a eficácia e a pertinência das perguntas sendo imprescindível na medida em que possibilita

corrigir ou modificar a entrevista, solucionar problemas imprevistos e alterar as perguntas, se necessário. Realizamos o pré-teste na primeira quinzena de Fevereiro de 2011 e conclui-se que o instrumento de recolha de dados estava adequado ao estudo, não necessitando de qualquer alteração.

2.3 Implicações Éticas

A ética refere-se à exigência de fundamentação do agir, isto é, à determinação dos princípios que estão na base da ação humana. De acordo com Fortin (2003, p. 114) “(...) a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Toda a investigação científica tem como objetivo procurar a verdade, com rigor, isenção, persistência e humildade, acarretando grande responsabilidade ética. Quando é realizada com seres humanos levanta questões morais e éticas que dependendo do tipo de investigação tem algumas particularidades.

Nos estudos de investigação que envolvem seres humanos, os direitos das pessoas que têm de ser absolutamente protegidos são: direito à autodeterminação, à intimidade, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo. Neste sentido, destacamos o artigo 84º e 85º do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, referentes ao dever de informar e do dever de sigilo, consagrados no código deontológico do enfermeiro que posteriormente foi editado pela Ordem dos enfermeiros com anotações e comentários em 2003.

A investigação em enfermagem tem vindo a aumentar e a sair do âmbito académico. Por outro lado, a abordagem qualitativa dos estudos de investigação nesta área tem-se desenvolvido dado o interesse em perceber como é que o Homem vivencia as situações assim como responde às transições de saúde/doença, trazendo consigo considerações éticas que podem não estar salvaguardadas.

Assim sendo e corroborando de autores como Grande (2000) e Martins (2008) a investigação em enfermagem rege-se por princípios universais da ética tais como: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, devendo estes ser respeitados e orientadores de todos os momentos da investigação.

O investigador deve, ainda, obter junto dos participantes um consentimento livre e esclarecido. *“O consentimento significa que os participantes têm informações*

adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação”. (Polit et al., 2004, p. 87)

No sentido de respeitar todos os aspetos éticos supracitados, foi pedida a autorização aos participantes para a gravação das entrevistas (Anexo II) e para anexar a transcrição das mesmas no relatório de investigação final.

A aplicação da entrevista foi iniciada com a nossa identificação seguida de uma breve explicação sobre os objetivos do estudo e os critérios de seleção da amostra. A entrevista foi realizada num local calmo e isolado, e o seu horário foi previamente combinado com o doente de modo a evitar qualquer transtorno. Os participantes foram informados que a entrevista e a gravação da mesma terminaria quando desejassem.

Visto que o estudo foi efetuado num serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular de um hospital central, foi pedido parecer à Comissão de Ética para a Saúde do respetivo hospital. (Anexo I)

2.4 Análise de Dados

Todos os dados provenientes de um estudo, independentemente do método de colheita de dados utilizado, nada representam se não forem devidamente registados, analisados e interpretados. Tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo.

Cada descrição do sujeito de estudo foi analisada tendo em consideração os procedimentos da análise de conteúdo definidos por Bardin.

Inicialmente, realizamos várias leituras sucessivas, verticais e minuciosas de cada uma das entrevistas, o que permitiu definir o *corpus* de análise que de acordo com Bardin (2009, p. 122) “(...) é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”.

Posteriormente delimitamos as unidades de registo que, segundo Bardin (2009, p. 130) “É a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (...)”. Quando existe ambiguidade na forma de referenciar o sentido dos elementos codificados, é necessário que se definam unidades de contexto pois estas servem “(...) de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às unidades de registo)

são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo". (Bardin 2009, p. 133)

A unidade de registo pode ser de natureza e de dimensões variáveis (temas, palavras, frases, ...). *"O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não directivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo (...) podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base"*. (Bardin, 2009, p. 130)

Tendo em consideração os objetivos desta investigação e a possível natureza do material a analisar, a determinação das unidades de registo foi realizada segundo cada domínio da teoria das transições de Meleis, ou seja, utilizamos o tema como unidade de registo. Segundo Berelson, citado por Bardin (2009, p. 131) o tema consiste numa *"(...) afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares"*.

Por último, e de acordo com a teoria de Meleis, procedeu-se à categorização que consiste na *"(...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (...) com os critérios previamente definidos. As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos"*. (Bardin, 2009, p. 145)

De acordo com Bardin (2009) a categorização é um processo do tipo estruturalista, que tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos.

Neste estudo, as categorias são definidas *a priori* uma vez que emergiram da análise da teoria das transições de Meleis.

III CAPÍTULO – SIGNIFICADOS DE UMA VIVÊNCIA

1. Apresentação e Análise dos Dados

Este estudo tem como finalidade conhecer de que forma o doente com patologia vascular vivencia a transição para a amputação e como é que ele percebe o papel do enfermeiro especialista em reabilitação nesse mesmo processo de transição. Fizemos uma abordagem teórica e contínua de forma a contextualizar o conhecimento que estávamos a desenvolver atendendo aos objetivos do estudo.

Consideramos pertinente e inevitável que este estudo fosse de natureza qualitativa e de orientação fenomenológica, na medida em que se pretende conhecer a vivência do doente sujeito a uma amputação, vivenciado na primeira pessoa e único. Para darmos resposta ao previamente definido foram entrevistados dez participantes que se encontravam dentro dos requisitos de inclusão da amostra.

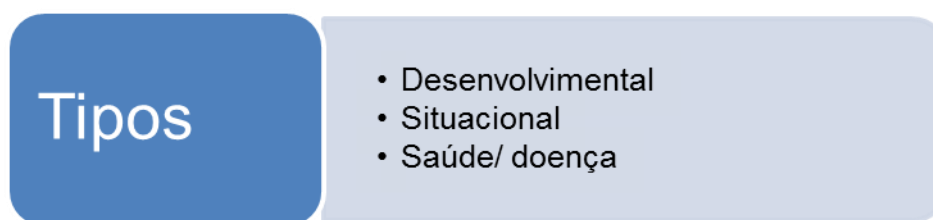
As entrevistas semi-estruturadas segundo um guião elaborado, tendo por base os componentes da Teoria de Médio Alcance de Meleis, permitiu uma orientação ao investigador resultando em longos discursos dos participantes que exigiram um trabalho árduo de transcrição, leitura e exploração de significados. O resultado obtido é apresentado em forma de diagrama onde emergem as categorias relacionadas com a Teoria das Transições.

Para melhor explanar o nosso raciocínio expomos, ao longo da apresentação e análise dos dados, diagramas que nos ajudam a identificar a unidade de registo.

1.1 Natureza das Transições

Relativamente à unidade de registo tipos de transição identificamos três categorias que apresentamos no diagrama 1. Nesta unidade de registo identificamos as mudanças que as pessoas se encontravam a vivenciar depois de serem sujeitas a amputação do membro inferior.

DIAGRAMA 1: Tipos de transição



➤ Tipo de transição desenvolvimental

Relativamente a este tipo de transição, ela está relacionada com mudança no ciclo de vida. Dos discursos obtidos depreendemos que um dos doentes se manifestou relativamente à possibilidade de se poder reformar: “... *não sei ainda se hei-de pedir a reforma ... , Só daqui a dois anos é que tenho ... 65. Estou a ver isso ...*” (E4). Talvez este aspecto esteja relacionado com a dimensão da família deste doente que é unipessoal, e viver uma situação de desemprego em que está a beneficiar de um rendimento mínimo de inserção. Na avaliação familiar esta característica assume algum relevo pois são cada vez mais os “*agregados familiares compostos por uma pessoa*”. (Hanson, 2005, p. 88) Isto constitui, em termos de saúde, um grave problema pois estas famílias têm menos recursos para lidar com as tensões do dia-a-dia.

Este tipo de família encerra em si mesma a necessidade de se re-estruturar e adaptar nas funções e papéis de uma forma diferente das outras dado que terá que recorrer necessariamente à rede social, entendendo-se esta como o envolvimento em atividades de natureza afetiva ou material que o elemento estabelece com outras pessoas fora de casa, nomeadamente com a vizinhança, o comércio local, o centro de saúde, o sistema legislativo, etc. Dessa forma, a presença de uma forte rede social pode melhorar o estado de saúde e a alegria de viver dos membros de uma família.

Por outro lado, a reforma é só por si, uma transição que implica muitas adaptações ao nível pessoal, familiar, profissional e para a qual esta pessoa poderá não estar preparada e levantar-lhe ainda mais questões pelo facto de se ver submetido a uma amputação.

As transições são, segundo Meleis et al. (2000, p. 13) “*resultado e resultam em modificações nas vidas, saúde, relações e ambientes*” sendo que, os acontecimentos que proporcionam modificações nos comportamentos, funções e papéis de cada pessoa são considerados como circunstâncias de transição.

➤ Tipo de transição situacional

Da análise realizada aos discursos dos respondentes, podemos verificar que há uma nítida preocupação com a manutenção das funções e dos papéis até aí desempenhados, enquadrada no tipo de transição situacional, com destaque para a função económica: *“O que me preocupou mais foi a minha vida familiar ...”, “...com as dores que tinha, ...”, “Tenho as filhas, tenho uma a estudar, tenho outra pronto ... é uma fase de desemprego, a mulher em casa e eu não estar lá em casa para poder acompanhar toda esta situação.”* (E7); e à função protetora *“... tenho a mulher, tenho filhos e tenho netos ... queria estar à beira deles, acompanhá-los.”* (E2) *“Está aqui mas está-se a lembrar em casa que a velha também, a minha companheira ...”* (E3).

A família possui importantes funções na formação e suporte dos indivíduos que a constituem. Ao longo dos tempos essas funções vão-se alterando e evoluindo em resposta à evolução científica, socioeconómica, cultural e religiosa entre outras. É um sistema altamente interativo na medida em que, um acontecimento com um dos seus membros pode-se repercutir por todos os outros. Estas duas funções enquadram-se nas definidas por Sorensen e Luckmann (1998).

Dentro da família, cada membro representa um papel e, ao mesmo tempo, os restantes membros criam expectativas que esperam ver assumidas por quem ocupa uma determinada posição. Ayres, citado por Pinto (2000, p. 164) considera que *“(...) para um bom desempenho das funções cada membro da família deve representar determinados papéis e assumir a responsabilidade a eles inerentes”*.

Cada família tende a modificar os papéis familiares e os procedimentos que lhe são inerentes, para manter a integridade da unidade familiar e dar resposta às necessidades dos seus membros e expectativas da sociedade. Os membros de uma família realizam as suas tarefas instrumentais e expressivas, interagindo continuamente tornando a família única, isto é, famílias com funções e estrutura semelhantes podem interagir de maneira diferente. O processo familiar influencia o estado de saúde da família, tornando-o com maiores implicações para a intervenção de enfermagem. Quando surge uma doença crónica é fundamental que cada um assuma o seu papel familiar para uma reabilitação com sucesso, através da adaptação de todos os elementos da família, que é alcançada através da comunicação, da tomada de decisões e de estratégias de coping. O sucesso ou o fracasso do processo de adaptação tem repercussões na satisfação de cada membro.

Tornou-se também evidente pelos discursos a preocupação com a alteração de papéis como é o caso do papel de provedor: *“É não poder trabalhar, ...”, “Com*

casa para pagar, renda e tudo e um filho na escola e outro na ama, só ela a trabalhar ... 107 euros não é nada.”, “... não poder trabalhar para dar uma vida melhor aos meus filhos.” (E5); e de dona de casa: “... ajudava mais a esposa que vai trabalhar e chegava a hora do almoço...” (E8). Estes papéis enquadram-se no exposto por Nye e citados por Hanson (2005, p. 94).

Ao longo de alguns discursos constatou-se que há como uma consciencialização das limitações, mesmo que estas possam ser temporárias, levando a uma natural cedência de papéis: “*Que faça o meu lugar, no meu lugar.*” (E8)

➤ Tipo de transição saúde/ doença

Relativamente à categoria transição saúde/ doença esta refere-se a alterações no estado de saúde da pessoa.

A transição saúde/ doença é também evidenciada nos discursos dos participantes deste estudo, tornando-se deveras importante para o enfermeiro perceber como é que cada um fez esse percurso para conceber em que fase da transição é que o doente se encontra. Só tendo a perceção exata e contextualizada é que o profissional de saúde poderá estabelecer um plano de intervenção com o doente e demais intervenientes da equipa multidisciplinar da qual deverá fazer parte integrante a família: “*Primeiro bypass e segundo.*”, “*Desde que apareceu uma ferida pequenina ... ao lado do tornozelo esquerdo ... nunca mais curou, nunca mais teve hipótese.*”, “... senti que o bypass não funcionou...”, “... quatro anos nos curativos, todos os dias a sofrer, é melhor corta-la que não soffro tanto.” (E1).

No entanto, todos têm uma experiência diferente em relação ao seu percurso de doença: “... praticamente começou no início de Dezembro ...”, “... tenho um bypass aqui na anca. Fui amputado a dois dedos e ... tirar o escuro que estava no pé.” (E2) “... vim pedir uma explicação e a explicação foi ficar cá ... fazer exames e ver o que tinha e afinal de contas fui obrigado a ficar cá, para ser logo operado.” (E3) tornando-se evidente que durante o percurso que fizeram, os doentes experienciaram vários tratamentos médicos e/ ou cirúrgicos que em alguns casos não foram eficazes e noutros permitiu adiar a amputação por alguns anos: “*Ora, que eu saiba concretamente sete, oito anos. Foi quando detetei mesmo a doença.*”, “*A partir do momento em que deixei de ter hipóteses de fazer o tratamento, tivemos que seguir para amputação.*” (E7).

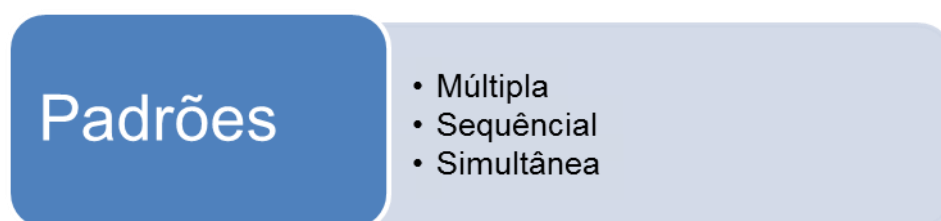
Contudo, o facto de se conseguir adiar a necessidade de amputação nem sempre é sinónimo de viver com qualidade de vida: “*Eu estava em casa a dormir, já num sofá há quatro meses ... eu já não podia mais dormir na cama nem nada.*

Então resolvi vir, ... as dores começaram a ser muitas ..., “*Era sentado no sofá a olhar para a televisão.*”, “*Não podia mais com as dores, estava a sofrer, ... era só mesmo cortar.*” (E7) “*... quatro anos nos curativos, todos os dias a sofrer, é melhor corta-la que não sofro tanto.*” (E1) “*... era na cama ou no sofá ou a ver televisão.*” (E5). Estas declarações suscitam-nos afirmar que estes doentes experienciam o sofrimento pela dor que se torna insuportável e pelos tratamentos a que são submetidos que também eles são muitas vezes impeditivos da manutenção das relações sociais, levando ao isolamento:

Depreende-se de alguns discursos a necessidade de realizar amputações consideradas *minor* em relação ao seu nível, que não são valorizadas pelos doentes. “*... até aqui era só metade do pé ... até de bicicleta andava ...*”. (E3) Consideramos que este facto estará relacionado com as poucas alterações que implicam em termos de mobilidade e de imagem corporal, na medida em que não se torna numa deficiência visível socialmente e ser mais aceite por todos. Daí ter sido também nossa preocupação englobar no estudo doentes que tivessem experienciado a transição para uma amputação *major*.

Emergiram também dos discursos dos entrevistados padrões de transição que apresentamos de seguida.

DIAGRAMA 2: Padrões de transição



A necessidade de amputação de um membro num doente com patologia vascular tem implícita em si mesma a transição para a deficiência num percurso, mais ou menos longo, de condição crónica para a qual, nem sempre o doente fez um processo de transição saudável. Tal como Chick e Meleis (1986) referiam, uma transição só pode ocorrer se a pessoa se conscienciar das mudanças que estão a decorrer.

➤ Padrão de transição múltipla

Resultante dos discursos dos participantes neste estudo, facilmente nos apercebemos que estamos perante transições múltiplas que poderão implicar mudanças e adaptações a nível familiar: *“Tinha medo que não ficasse tudo organizado, tudo no sítio, tudo devidamente, mais ou menos organizado para que as pessoas pudessem dar continuidade a esse trabalho e que tivessem alguma dificuldade.”* (E7) e a nível laboral *“Vim para aqui a trabalhar, ... no dia que entrei aqui estava a trabalhar.”* (E7). A doença crónica estremece a homeostasia da pessoa na medida em que interfere com o seu sistema biológico e influencia severamente todas as suas vivências a nível emocional, familiar, social, entre outras.

Por outro lado, as exigências inerentes a uma doença crónica dependem de diversos fatores como é o caso das características individuais de cada pessoa ou seja, como é que aceita a doença e perspetiva o futuro, do fator económico e do contexto social, tornando-se importante enquadrar cada pessoa de forma a capacitá-la para que ela própria defina estratégias para lidar da melhor forma com a doença e estar preparado para uma eventual crise. No entanto, todo este processo de aprendizagem torna-se mais complicado quando o doente encara a sua doença como aguda. Segundo Mouro (2010, p. 9) ao citar Leventhal et al. (1985) o facto de o doente distorcer a realidade está relacionado com a dificuldade que tem em admitir a condição irreversível que a doença encerra e a permanência do tratamento.

➤ Padrão de transição sequencial

A transição de saúde/ doença que agora se impõe é consciencializada como consequência de uma série de fatores comportamentais desajustados que não permitiram realizar as transições de saúde/ doença concomitantes à patologia vascular e que poderiam ter ajudado a evitar a progressão para um final tão drástico como é o caso da amputação. Nesta sequência, emerge dos discursos que analisamos a categoria sequencial: *“No caso dos diabetes que andei muitos anos com eles descontrolados.”* (E2) *“O fator será a inabitabilidade.”* (E10).

➤ Padrão de transição simultânea

São os sinais e sintomas que fazem os doentes tomarem consciência de que está a ocorrer uma mudança significativa no seu estado de saúde: *“Foi quando*

me comecei a mentalizar que tinha que ser.” (E1). O facto de serem alertados pelos profissionais de saúde para a evolução da doença e a importância de aderir e gerir o regime terapêutico assim como a percepção que vão tendo nos consecutivos internamentos, permite-lhes, em determinado momento, iniciar o processo de transição.

Outro discurso que se salientou nesta categoria foi: *“Sei que já sinto qualquer coisa que já sinto falta. Porque logo nos primeiros dias, eu tentava-me deitar de lado e com o outro pé andava a procura do apoio, portanto a tentar apoiar e não conseguia ... andava ali feito inocente, ali à procura. É essa a sensação que eu sinto.”* (E1) A tomada de consciência destas mudanças pode ser mais ou menos precoce no entanto, o enfermeiro deve explicar ao doente o que poderá sentir mesmo antes de haver qualquer manifestação.

Este processo de transição de saúde/ doença tem a particularidade do doente vivenciar uma transição para a deficiência física que lhe vai exigir muito esforço na adaptação a nível pessoal, familiar, social e comunitário cabendo aos profissionais de saúde, em particular ao enfermeiro especialista em reabilitação ajudar este doente a encontrar estratégias adaptativas para uma transição saudável. Segundo Benedetto et al. (2002) citado por Bittencourt (2006, p. 30),

“O paciente amputado pode utilizar diversas estratégias para se adaptar à realidade e neutralizar sua ansiedade diante de um novo estado de seu corpo: pode reagir agressivamente contra tudo e contra todos, pode ficar muito passivo e fugir do contacto com os outros, isolando-se cada vez mais, etc. Porém a forma mais sadia de adaptação é procurar meios que satisfaçam as necessidades internas e as exigências externas do paciente amputado, reformulando formas de adaptação coerentes com a sua limitação física.”

DIAGRAMA 3: Propriedades das transições



Esta unidade de registo contempla cinco categorias que são consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, espaço de tempo e eventos críticos.

➤ Propriedade da transição consciencialização

A consciencialização explana a percepção, o conhecimento e reconhecimento da experiência de transição e na medida em que é uma das características definidoras da transição pressupõe-se que haja algum grau de consciencialização sobre as modificações que estão a suceder sob risco de não se ter iniciado a transição. (Chick e Meleis, 1986 e Meleis et al., 2000)

Neste estudo, todos os participantes manifestam ter iniciado o seu processo de transição havendo algumas ideias transversais a todos os discursos e outras que são vividas de forma mais individual tendo necessariamente a ver com o contexto familiar e psicossocial de cada um: *“Decidi porque a determinada altura queria voltar ao normal.”* (E9) *“... cheguei à conclusão que realmente mesmo sem o membro, que futuramente poderia fazer uma vida melhor e mais compatível com a realidade a que me propunha.”* (E7). A esperança de voltar a ter qualidade de vida aparece como compensadora da perda de um membro, sendo de alguma forma indicadora de que o processo de transição está a decorrer.

Perante a evidência de uma situação de doença e sofrimento, Gameiro citado por Diogo (2000, p. 14) refere que *“(...) o indivíduo faz a intelectualização das emoções podendo minimizar os seus aspetos negativos através da elaboração e adoção de mecanismos pessoais de confronto (coping) e do desenvolvimento de emoções complexas de solidariedade, de empatia e de compaixão, promotoras dos processos de interajuda”*.

É frequente que perante o confronto com a necessidade de amputação os doentes tentem protelar essa situação com ajuste terapêutico de analgesia e tratamento de feridas. Quando, todavia, não conseguem controlar os sintomas e concluem que o sofrimento é intolerável impedindo-os de ter alguma qualidade de vida, tomam a iniciativa de recorrer aos serviços de saúde e solicitar a intervenção cirúrgica. Dos testemunhos emergem afirmações como: *“... desta última vez eu vim voluntariamente ... com ideia de ficar para ser logo amputado ...”, “a melhor opção ...”, “Já estava mentalizado para isso.”* (E1) *“A decisão foi pelas dores, pela infeção, por tudo.”* (E3).

Contudo, independentemente de saberem da probabilidade da necessidade de amputar, o receber a notícia é sempre um momento complicado: *“Claro que se apanha um esticão bem dado, ...”* (E10).

No entanto, há doentes que nunca colocavam a hipótese de ter de ser submetidos a uma amputação *major*, porque só acontece aos outros: *“... nunca pensava que ia a este ponto, não.”* (E3) ou porque até já tinham deixado alguns hábitos que agravavam os fatores de risco desta doença: *“... deixei de fumar, deixei*

de beber. Foram as coisas principais para não ter essa doença, ... que vi que isto estava mal ...” (E8). Estas afirmações corroboram com autores como Costa-Júnior & Maia (2009) relativamente ao facto das pessoas do género masculino não terem por hábito a prevenção da saúde, recorrendo aos serviços de saúde apenas perante a evidência e persistência dos sintomas.

Outros discursos demonstram alguma reflexão: *“Se eu tivesse controlado, talvez isto não chegasse a este ponto.”* (E2). O confronto com a amputação faz as pessoas interrogarem-se aos mais vários níveis fazendo como uma introspecção perante a qual levantam muitas interrogações. Há quem se culpabilize pelo comportamento desajustado na adesão e gestão do regime terapêutico e associado a este aspeto veem a possibilidade da família reagir mal perante os comportamentos precedentes, levando a testemunhos como: *“Pensei ... na fase da afetividade ... estava com muito medo da minha mulher e das minhas filhas ... terem um choque ... Principalmente a mim, mentalizei-me e a ela consegui dar-lhe a volta para ela encarar melhor a solução e o problema, que ia ser um problema.”* (E7).

A forma como cada elemento da família vivencia a experiência do sofrimento do seu familiar depende do seu nível socioeconómico-cultural, da personalidade de cada um e do significado que o doente tem para cada elemento assim como das suas experiências anteriores.

Relativamente ao doente com isquemia crónica dos membros inferiores, que termina frequentemente em amputação, a vivência de perda manifesta-se também nos seus familiares. Segundo Pio Abreu (1994, p. 176) a vivência da perda traduz-se por uma reação depressiva *“(...) sobretudo se na perda se incluem pessoas e bens significativos, partes do corpo, capacidades e a própria auto-imagem”*. Desta forma, no âmbito da fenomenologia, aquilo que se perde deve entender-se como *“(...) algo significativo que o indivíduo possuía, ou seja, de que dispunha permanentemente, como instrumento ou extensão de si próprio, para fazer face às contingências da vida”*. (Pio Abreu, 1994, p. 176)

Durante o desenvolvimento da família existem sofrimentos que são entendidos como naturais, sendo previsíveis e podendo provocar dificuldades transitórias. Por outro lado, a doença é considerada uma das fontes mais comuns e evidentes do sofrimento, não só porque pode provocar dor como constitui uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa.

O facto de se verem com a imagem corporal alterada leva-os a sentirem-se diferentes das outras pessoas e a vivenciarem o estigma da deficiência, como se evidencia nos discursos: *“Mudou-me totalmente a vida ... Porque quando eu andava ... normal, eu fazia tudo o que eu queria. Agora estou limitado a tudo.”*,

“Olhe na amputação, ... Não pude evitar, fiquei diferente um bocadinho.”, “Ser diferente dos outros. Só vejo uma pessoa normal e eu já não sou.” (E2) “... a falta de mobilidade, pensar que quando for para casa, mesmo com os handicaps que me estão a tentar fornecer, vai ser difícil ... vai ser difícil levar uma vida igual à que levava, ...”, “ Porque já não tenho a mobilidade que tinha, estou dependente de muitas coisas neste momento e portanto automaticamente modificou totalmente a minha vida.” (E4). Segundo Pedrosa (2005) citado por Bittencourt (2006, p. 23) “é através do corpo que o indivíduo se situa e se estabelece no mundo na relação de abertura para com o outro”. Começam a perceber que têm um caminho a percorrer para se tornarem independentes nas atividades realizadas pelo próprio com destaque para o andar e para os auto-cuidados.

Outro aspeto a salientar é o facto de estas pessoas considerarem que por muito queridas que possam ser, pelos seus familiares e amigos, se tornem um peso para eles e para a sociedade, perceptível nos discursos: *“As pessoas, a minha mulher, o meu filho, ... gostam de mim e eu gosto deles mas vai chegar a um certo ponto que vai começar a ter um bocadinho de saturação.” (E2) “No meu regresso, na vida que eu vou levar a seguir ... altera sempre.” (E4). Esta ideia é corroborada por Manley (1989) quando refere que a capacidade que o elemento saudável tem de lidar com a doença do seu familiar tem grandes repercussões na saúde e funcionamento da família e na adaptação física e psicológica do doente à sua situação.*

➤ **Propriedade da transição envolvimento**

O envolvimento é outra categoria da unidade de registo propriedades das transições a qual revela a forma de estar da pessoa na transição através da procura de informação: *“Chamei os filhos e a mulher e conversámos e os meus filhos disseram: se tem que ser vamos para a frente.” (E8) “... desde que a minha mulher mudou o seu espírito, eu comecei a querer resolver o problema.”, “... se tem que ser vamos embora e para a frente é que é o caminho ...” (E10).*

Como em qualquer doença crónica os doentes que sofrem de patologia vascular tem experiências dolorosas, são submetidos a hospitalização mais ou menos prolongada, a tratamentos invasivos e a uma constante incerteza do seu prognóstico. Isto acarreta para além do sofrimento físico, um sofrimento emocional intenso não só no doente como na sua família. No entanto, este apoio incondicional da família é deveras importante na tomada de decisão que o doente tem de ter ao longo do seu percurso de doença e de forma mais acentuada perante a transição para a deficiência.

O facto do doente se ver envolvido no seu processo de saúde/ doença permite-lhe ter uma noção mais realista da evolução e aperceber-se do rumo que a doença está a ter, como é visível através deste discurso “... o próprio médico me disse e eu perguntei-lhe, ... ele quando via ficava sempre assim com uma cara esquisita e eu perguntei-lhe: ao Sr. Doutor, como é? E ele disse: ... a única solução vai ser cortar ... e eu tive que aceitar.” (E2).

No entanto, perante o descontrolo dos sintomas e o medo que a decisão clínica passe pela necessidade de amputar, os doentes procuram outras opiniões sejam elas dentro ou fora da instituição onde estão a ser tratados, como ficou patente pelos discursos: “Eu vim aqui assim ao hospital para verificar essa coisa da infeção, para ver como é que isso se passava, para mudar de medicamento, para atuar nisso. Não fui a tempo ou nada do que me deram conseguiu condenar isso.”, “Eu fiz tudo e mais alguma coisa. Eu tentei ir para outros lados mas ninguém pegou em mim ...”, “A minha preocupação era ter todos os dias uma conversa com alguém, com um responsável, para que pudesse aliviar a cabeça.” (E3) “Procurei tudo, procurei a medicação que me receitavam, procurei e ainda procuro.” (E9)

Outro aspeto a salientar é o da comunicação que nem sempre é eficaz, tal como ficou demonstrado neste discurso: “... se eu tivesse uma conversa com ele ou ele comigo, já ficava mais aliviado. Porque realmente não pode ser mais comprido, porque realmente tinha qualquer coisa que nos estorva.” (E3). De notar que nem sempre, devido ao sofrimento em que as pessoas se encontram, a mensagem que é transmitida pelos profissionais de saúde é bem percebida e/ou a disponibilidade que eles encontram nos profissionais de saúde é a que entendem como necessária para si. Não nos podemos esquecer que para uma pessoa hospitalizada, com um longo período de internamento e sofrimento, “a doença traduz-se em queixas ou num problema vivido a partir do interior do seu corpo, para os técnicos é, antes de mais, um problema médico passível de ser classificado com um diagnóstico” (Serra, 2005, p. 31). Segundo o mesmo autor, “esta discrepância de representações introduz facilmente dificuldades de ordem comunicacional na relação entre técnico e doente”.

Por outro lado, quando as pessoas se veem envolvidas no seu processo de transição com mais veemência começam, precocemente, a procurar estratégias de adaptação para ultrapassar as barreiras de que já se aperceberam ou que perspetivam ter, correndo alguns riscos dos quais podem não ter tomado consciência como é, por exemplo, o de queda, tal como está descrito neste testemunho: “Não sei se vou ter dificuldade ou não. Mas eu penso que não ... antes de eu cortar, eu precisava de lá ir e eu conseguia fazer tudo com a perna direita, não precisava da perna esquerda, portanto agora deve ser a mesma coisa.”, “Poder

eleva de um lado para o outro. E lá em casa também sou capaz de conseguir, porque eu tenho espaço. A casa de banho é grande e mesmo ao meu lado esquerdo ... está mesmo ao lado da perna, tenho a máquina de lavar. Posso apoiar nela. Mesmo que não estivesse lá, metia lá um varão.” (E1).

No entanto, a força de vontade e a esperança em poder colocar uma prótese para voltarem a ser independentes faz com que estabeleçam um auto-compromisso com a reabilitação: *“... Agora a minha vontade era andar depressa das duas, mas não consigo ... Vou ter que esperar. É que vai demorar ... com a ansiedade que eu estou se eu estiver bem eu meto logo que possa e depois a todo o tempo se vir que não está bem mete-se outra e experimenta-se ...” (E1)* *“O que é que fará falta comprar para fazer os músculos, ...” (E3)* *“ Talvez fazer todos os possíveis para que isso suceda.” (E4)* *“... trabalhar no sentido de colocar prótese.” (E5)* *“ Isso é assim, eu mal me foi dito que tinha que amputar a perna, não pensei noutra coisa que não fosse estar em condições para reabilitar.” (E10)*

➤ **Propriedade da transição mudança e diferença**

Tal como temos vindo a constatar, todas as transições implicam mudanças e para que haja uma efetiva compreensão das transições é necessário descrever os efeitos e significados dessas mudanças, tal como evidencia o discurso: *“... eu tive um ano a sofrer e sei que agora pronto, o mal foi cortado pela raiz e não sofro tanto. Eu já estava cheio e farto de sofrer.” (E5).* No entanto, a transição que cada pessoa faz depende não só das experiências vividas anteriormente como da cultura, crenças e conceito de saúde/ doença assim como do imaginário de cada um.

Torna-se também importante explorar as dimensões das mudanças tendo em atenção a sua natureza, temporalidade, importância percebida e as normas e expectativas da pessoa, da família e da sociedade. É necessário perceber a que é que a mudança está associada e o que pode implicar na pessoa. Associada à mudança está a diferença que é explicada pelas expectativas não satisfeitas ou divergentes, diferentes sentimentos ou formas trabalhadas em simultâneo, daí que a análise seja realizada com o mesmo formato e para isso se tenha criado a categoria mudança e diferença.

A pessoa que necessita de ser amputada quando efetivamente se vê confrontada com essa realidade vivencia-a de diferentes maneiras e encara essa mudança com diferentes perspetivas.

O doente depara-se com sentimentos positivos que são vivenciados em paralelo com outros de índole negativa despoletados pela mesma situação. Por outro lado, a utilização de estratégias de *coping* que lhe permita ultrapassar

determinada situação também acarretam sentimentos que diferem de pessoa para pessoa mediante os fatores que envolvem a sua vivência. Folkman, citado por Bastos (2005, p. 51) refere que, *“(...) as estratégias de coping utilizadas pela pessoa em diferentes situações não são necessariamente as mesmas, não existe um estilo pessoal de coping, considerando que as estratégias são utilizadas conforme as situações”*.

O doente vítima de patologia arterial vivência experiências de sofrimento que apesar de terminar em amputação reflete sentimentos de alívio que segundo o dicionário Porto Editora (2011) se pode traduzir como diminuição de dor, conforto e consolação. Este sentimento é transversal aos participantes do estudo, como emerge do discurso: *“... este internamento para mim foi um alívio.”*, *“... depois de ser amputado foi maravilha, parece que entrei no céu. Fiquei aliviado.”*, *“... e quando me cortaram foi um sossego. Acabou.”*, *“Fiquei mais à vontade, muito melhor.”* (E1).

A doença é considerada uma das fontes mais comuns e evidentes do sofrimento, não só porque pode provocar dor como também por constituir uma ameaça real ou imaginária à integridade da pessoa. Perante a evidência de uma situação de doença e sofrimento, Gameiro citado por Diogo (2000, p. 14) refere que *“(...) o indivíduo faz a intelectualização das emoções podendo minimizar os seus aspetos negativos através da elaboração e adoção de mecanismos pessoais de confronto (coping) e do desenvolvimento de emoções complexas de solidariedade, de empatia e de compaixão, promotoras dos processos de interajuda”*.

Perante a amputação, os elementos do estudo identificam facilmente aspetos que já mudaram e outros que preveem mudanças quando saírem do hospital. No contexto hospitalar sentem apoio dos profissionais de saúde e dos equipamentos que têm à disposição assim como de alguns produtos de apoio que lhes permitem otimizar a sua independência no autocuidado no entanto, manifestam preocupação quando reportam para o pós alta a situação, tal como verbalizam nos discursos: *“Vou precisar de mais ajuda ... Sozinho não vou conseguir fazer tudo ... querer chegar a alguma coisa e não conseguir. Vou ter essas dificuldades...”* (E1) *“Agora é a falta do membro ... principalmente o pé faz falta para tudo, para ir à casa de banho, para deslocar, para fazer alguma coisa ... não me seguro sem este membro. É muito difícil não é, tem de ser com ajuda ou de alguém ou de cadeiras.”* (E2) *“Eu tive a experiência disso quando andava com esta perna direita, tive que andar com muletas também, mas tinha as duas pernas e eu movimentava-me bem. Agora só com uma é muito difícil manobrar. Não é a mesma coisa, há diferença, ...”* (E8).

Ao longo da análise das entrevistas percebemos que a amputação serve de fator para o isolamento, propiciando assim momentos de solidão: *“Muitas mudanças. As mudanças vão ser para já, vão ser totais, vão ser radicais. Eu fazia o que me apetecia, eu andava por onde queria, eu fazia tudo e agora praticamente estou limitado, para já a estar em casa a estar numa cama, a dar um passeio quando me levarem. Fora isso, não posso fazer mais nada.”* (E2) *“As dificuldades que eu sinto mais agora ... é que noto que a noite vai ser grande demais, que não me posso estender para onde quero. Sem a perna não posso.”* (E3) *“Já estão a acontecer porque estou preso ... vão mudar possivelmente a minha vida, a minha maneira de ser. Se calhar não vou tantas vezes ao café, se calhar não vou tantas vezes onde queria ir. Estou limitado, ... se calhar não irei passear tanto. Talvez não aproveitar tanto da minha vida como poderia fazer e se calhar vou abdicar de muita coisa.”* (E7).

Segundo a CIPE®, versão 1, (2005, p. 87) solidão é definida como *“Emoção com as características específicas: Sentimentos de falta de pertença, isolamento emocional, sentimentos de exclusão, sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companheiros, de simpatia e de amizade acompanhada de sentimentos de perda de sentido, vazio, afastamento e baixa auto-estima”*.

A alteração da mobilidade e da capacidade de andar e transferir-se desperta nos doentes um sentimento de dependência em relação aos outros ou aos equipamentos assim como sentimento de medo em relação ao futuro, tal como foi referido pelos entrevistados: *“Mas agora será um pesadelo por a ter cortado.”*, *“Talvez vá sentir falta dela, vá-me lembrar dela ... não sei.”* (E1) *“... conduzir é preciso fazer muitas mudanças, não posso fazer o meu trabalho tenho que mudar e outras coisas.”* (E5) *“... estar a ver a fazer uma pessoa aquilo e não conseguir fazer o mesmo ...”, “... numa fase posterior ... que não consiga alcançar tudo o que a maioria dos homens consegue alcançar.”* (E7)

Segundo a CIPE®, versão 1, (2005, p. 86) medo é definido como *“Emoção com as características específicas: Sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, ...”*

O facto das pessoas se verem amputadas leva-as a pensar como é que podem ultrapassar as dificuldades nomeadamente as barreiras arquitetónicas que terão de enfrentar tanto em casa como nos locais que podem e devem frequentar, como é exemplo o discurso: *“As minhas alterações na minha casa eu praticamente como da construção, ... eu sei como é que hei-de fazer ...”* (E3)

Tal como já referenciamos anteriormente, os discursos levam-nos a afirmar que a amputação *minor* é desvalorizada pelo doente na medida em que não se

torna incapacitante para a grande parte das atividades que a pessoa tem de desenvolver: *“... até aqui era só metade do pé. Agora com um pedaço de perna cortada, agora é que piorou. ... agora ... a pé mal ... tenho duas ruas, ... são em paralelo ... para usar a bengala não posso. Não estão preparadas nem para carrinhos...”* (E3) *“Há uma mudança radical ... A nível da locomoção, ... só isso representa muito. A nível da locomoção automaticamente vai mexer com muita coisa.”* (E4) *“... a condução ... estava aqui e queria ir a qualquer lado e na hora ia e isso agora não vai poder ser ... De repente pensava: vou à minha irmã, agora não vai poder ser assim. Agora tenho ... de pensar como é que vai ...”* (E8) *“Incomodam-me, não posso fazer aquilo que fazia se tivesse a perna. É totalmente diferente.”* (E9).

Com a amputação o doente vê perdida uma parte do seu corpo no entanto, tem a possibilidade de novas vivências sem dor, sem deformações e sem a parte orgânica que acarretava sofrimento. Esta transição desperta na pessoa uma ambiguidade de sentimentos que vai acompanhando o próprio processo transacional e de adaptação a cada momento que é vivenciado, como é evidente pelos discursos: *“Acho que estou mais calmo. Além que estou com um bocado de stresse ... estou mais calmo, mais paciente ... noto isso a falar com a minha mulher, a falar para as pessoas mesmo, acho que estou com mais pachorra, ... Acho que estou com uma paz de espírito tremenda, mesmo, ... é como eu digo, tem sido difícil esta fase ... da cicatrização ... que a gente está sempre a pensar nisto ... se não é hoje é amanhã, e isto tem influência ...”* (E7) *“Quando vi uma canadiana a primeira vez, deitei-a logo fora porque disse: eu nunca mais vou andar nisto e afinal quando peguei nelas disse: é muito difícil, mas afinal não é tão difícil como eu penso.”* (E8).

O facto de o doente poder usufruir de um produto de apoio que lhe permita mobilizar-se pode ser encarado também com sentimentos ambíguos na medida em que pode ter implícita a liberdade de movimento assim como uma visão do mundo completamente diferente, tal como descreve este participante: *“Depois de deslocar-me em cadeira de rodas, não vai mudar absolutamente nada. Vai ser o primeiro choque, ...”* (E7)

Constatamos pela análise das entrevistas que, independentemente do doente considerar as implicações na auto-imagem, nem sempre demonstra interesse em visualizar-se sem um membro, como demonstram os discursos: *“... pensei sempre que este bocado que ficou, que fosse mais compridinho um bocado.”*, *“... mas tinha a ideia, pensei sempre que este bocado devia ficar, do joelho para baixo, ... um bocadinho maior.”*, *“A mim incomodaram-me, ... daquilo que estava, ... da primeira vez para esta, foi uma alteração bastante grande.”* (E3) “

Fui-me adaptando à situação.”, “... considero-me uma pessoa diferente.” (E4) “... mudanças não há nenhuma.” (E6) “Se calhar era bom para se auto-visualizar ... Não fazia diferença nenhuma, de ver ou não ver. Se puser o espelho eu vejo a amputação, se não puser o espelho não vejo, vejo de frente.” (E7) “Agora já vejo, ao princípio custava-me um bocadinho olhar para a perna e não a ver.” (E9) “Eu vou-lhe responder com toda a sinceridade, eu queria não ter decepções. Tudo igual, só que visualmente estava lá uma prótese.”, “Considero que não sou igual a muitas. Não, isso é o tal problema dos aspetos que a mim não é relevante.” (E10). Perante a possibilidade de colocar uma prótese o doente amputado tem esperança de conseguir manter as suas atividades e papéis anteriormente definidos.

No entanto, o facto de a pessoa ter vivenciado outras transições de saúde/doença com implicações na imagem corporal pode levar a encarar de forma diferente a transição atual, como é referido pelo entrevistado: *“... não quero ver. Eu antes quero sentir a mente ... Eu olhar para aqui não me custa nada. Já com o meu problema da coluna era igual. Sou torto de mim e não tenho culpa nenhuma ... eu só tenho que me mentalizar que sou assim ...” (E1).*

A mudança radical na imagem corporal implicada na transição para a deficiência física imposta pela amputação é mais ou menos tolerada por cada pessoa, pois perder uma parte do corpo acarreta consigo um conjunto de alterações de toda uma existência, é o ter que se adaptar/ readaptar e aprender a viver novamente com esta nova condição de vida que se manifesta tanto no doente como na família. Segundo Alves et al. (2009) ao citar Adami et al. (2005) *“a imagem corporal é um complexo fenómeno que envolve aspetos cognitivos, afetivos, sociais/ culturais e motores. Está intrinsecamente associado com o conceito de si próprio e é influenciável pelas dinâmicas interações entre o ser e o meio em que vive”.*

Todo o processo de hospitalização e de sofrimento leva o doente a refletir sobre o seu comportamento anterior assim como às mudanças que advêm da transição que está a fazer. Através dos discursos verificamos que se em alguns esta reflexão leva a alguma revolta: *“Começa a puxar-me ... assim passados bons que passei, ... tanto trabalhei para resolver a minha vida, trabalhei tantos anos, sozinho como um cão, para agora ficar sem uma perna.” (E3)* noutros fá-los pensar que têm tido comportamentos desajustados que ainda estão a tempo de corrigir: *“Tenho que ser mais calmo, mais meigo para as outras pessoas, se quero que sejam meigas para mim, tenho que ser mais meigo, não é que eu seja mau, mas sei que era um bocado áspero. E agora com a falta de uma perna sou capaz de mudar um bocado isso.” (E8)*

A reabilitação e os profissionais que cuidam com o doente com a perspectiva de o ajudar a ser autónomo funcionam como trampolim para a independência ajudando-o a minimizar os efeitos das diferenças que as mudanças impostas pela transição acarretam e que transparecem neste discurso: *“Quando verifiquei que a senhora enfermeira era a pessoa própria e se me aproximou então eu fiquei todo contente e optei por tomar nota dos conhecimentos que me poderia transmitir e que já transmitiu alguns e que com certeza irá transmitir mais.” “... estou a tomar banho de maneira diferente, estou a passar para a cadeira de forma diferente”* (E10).

➤ **Propriedade da transição espaço de tempo**

As transições são igualmente representadas pelo espaço de tempo daí que neste estudo também se tenha identificado esta categoria. No entanto, esta temporalidade deve ser entendida na perspetiva da pessoa que vivencia a transição para que se compreenda qual o significado que atribui ao tempo da mudança. Por outro lado, sabemos que a importância atribuída a um facto pode variar ao longo do tempo e daí se dever ponderar uma reavaliação das situações de transição.

Pela análise dos discursos deste estudo, percebemos que os doentes se identificam muito com o tempo da evolução da doença neste processo de transição uma vez que, também lhes permite consciencializar a necessidade de resolução do problema através da amputação: *“Nesses três dias foi o suficiente, ficou preto, mesmo preto. Disse não há mais hipótese, é o que eu vou fazer.”* (E1) *“... na segunda consulta ele já me disse. Na terceira foi só a confirmação.”* (E2) *“... o agravamento da minha doença, passado um mês, um mês e tal.”*, *“assim fiquei pouco tempo, 2 a 3 meses.”* (E3) *“As feridas, foi em Agosto do ano passado. No dedo que arranquei a unha, arrancaram-me no hospital, foi há um ano.”* (E5) *“Eu quando vim para aqui só tinha um dedo estragado. Depois começaram a ir todos. Foi muito rápida.”* (E6) *“... este processo ... espaço de dois anos e meio, três anos.”* (E7).

Por outro lado, também é importante salientar que existe outro momento temporal que se torna fulcral na transição, que é, a diminuição do sofrimento manifestado pela dor insuportável da isquemia e que é transmitido pelos doentes até com alguma desconfiança, quando nas suas declarações afirmam: *“... há três dias que não me dói nada.”* (E3)

Meleis et al. (2000) expõem a transição como um fenómeno que acontece num intervalo de tempo com um final identificável, surgindo com os primeiros sinais de antecipação ou perceção da mudança, passando por um ciclo de instabilidade, confusão e stresse e termina com a entrada numa nova fase de estabilidade.

➤ Propriedade da transição eventos críticos

Ao longo do ciclo de vida facilmente identificamos eventos e momentos de viragem concretos que proporcionam parte das transições que as pessoas experienciam.

Neste estudo, surgiram eventos críticos relacionados com maus hábitos de saúde que influenciam diretamente a evolução da doença na medida em que são fatores de risco imensuráveis, como constatamos pelos discursos: *“Ainda fumo.”*, *“... estava sempre metido no café. Era onde eu me obrigava a fumar mais e a beber mais e a estar sempre sentado, e agravou mais a situação.”* (E1) *“Continuei a fumar. Continuei a minha vida normal. Pouco liguei também aos diabetes, não liguei nenhuma.”* (E4) *“O ambiente do trabalho onde o indivíduo está inserido no dia-a-dia, ... tentar desviar-se o máximo possível, que é para tentar esquecer.”*, *“... o ambiente em que eu frequentava que eram casas de cafés, casas de fumo, era o joguinho, eram as cartinhas, as cartinhas puxavam o fumo, o fumo puxa a bebida, uma bebida puxa mais um cigarro ...”*, *“São os maus ambientes ... que faz com que a gente mantenha os hábitos prejudiciais, cada vez mais.”* (E7) *“Fumei ...”*, *“... os diabetes e a má circulação.”* (E9).

Há também testemunhos evidentes de não adesão/ abandono do regime terapêutico: *“Não cumpria, quer dizer, bastava que naquele momento me acontecesse qualquer coisa com o meu ânimo, que a minha emoção não aceitasse que eu abandonava.”* (E10) O facto de os doentes não aderirem ao regime terapêutico impossibilita qualquer sucesso no planeamento e implementação de um plano de cuidados e consequentemente na evolução da patologia. Segundo Serra (2005, p. 33) *“os fenómenos da adesão terapêutica estão intimamente relacionados com a aprendizagem que o indivíduo faz no contexto da sua doença”*. O mesmo autor ao corroborar com Haynes (1979) define adesão terapêutica como *“a medida em que o comportamento do doente (em termos de tomar a medicação, seguir o regime dietético ou outras mudanças no estilo de vida) coincide com os conselhos médicos ou de saúde”*.

São também relatados pelos entrevistados períodos críticos relacionados com os tratamentos e evolução da doença: *“... o que me vai fazer aqui vai-me fazer doer, é penso. Amanhã tenho de tornar a vir vai-me tornar a doer.”*, *“... vim a primeira vez, ... vim a segunda vez, mandaram-me embora ... uma quarta-feira fui ter com o Dr. Rocha ... e ele internou-me logo.”*, *“Pela dor e pela cor do pé ... senti o pé mais frio ... abri ferida no peito do pé, ... o pé começou a ficar preto.”* (E1) *“... do agravamento foi que isto aconteceu quando me apareceu uma feridinha no dedo médio ... fizeram-me pensos e andei lá 3 semanas e a coisa não evoluiu e o doutor*

mandou-me para o hospital quando eu cheguei lá esse dedo já estava preto ...” (E2) *“... começou a não cicatrizar e começou a ficar muito escuro o dedo e o pé ... e depois comecei a ganhar feridas na perna, umas feridas muito grandes e nunca mais cicatrizaram.”*, *“Muitas dores mesmo.”*, *“Ficar sem a perna.”*, *“Eram insuportáveis as dores.”* (E5) *“Teve que cortar ...”*, *“Muitas dores ... Uma vez lá em casa até me apetecia arrancá-los, ...”*, *“De noite, de um momento para o outro, tinha de segurar a perna ... Não conseguia dormir nada.”* (E6).

Há aspetos que são realçados ao longo da transição, por parte do doente e da família, que são eventos críticos no processo de transição, cabendo ao enfermeiro e sem dúvida ao enfermeiro especialista em reabilitação, estar atento e desenvolver as suas capacidades e competências para ajudar o doente/ família a ultrapassar estes períodos de vulnerabilidade.

O sofrimento surge aqui descrito como algo insuportável do ponto de vista humano pela dor física intensa e por todas as repercussões no autocuidado, na vida familiar e social, como ficou patente nos discursos: *“... com o vício de fumar que eu tinha botava o cigarro fora e tinha que me sentar outra vez porque não me aguentava de pé.”*, *“A dor era insuportável, eu nem consegui fumar o cigarro inteiro.”*, *“Foi a dor insuportável e o aspeto do pé e a ferida que nunca mais curava.”*, *“... era sempre a sofrer e as dores horríveis. Eu queria por o pé no chão e não podia.”* (E1) *“... praticamente na cama, que as dores eram tantas. Virava de um lado para o outro na cama e a ver televisão e levantava-me na hora das refeições ... para ir à cozinha comer.”*, *“... eu não tive decisão possível. Teve que ser, teve que ser.”*, *“... eu não conseguia aguentar as dores, porque a falta de sangue no pé dava-me dores muito fortes e eu não podia estar assim ...”*, *“... não podia ser doutra maneira porque eu já quando tinha o pé, tinha o pé e já me via com dificuldade de ir ao centro ... e agora sem o pé, pelo menos de princípio vai ser ...”* (E2)

Ao longo dos discursos foi também percebido alguns comportamentos desajustados durante a evolução da doença que são justificados pelo doente como resultado do sofrimento: *“... eu falava mal para a minha esposa ... com as dores, ... quanto mais ela fazia mais eu danado andava, quanto mais ela me fazia mais eu zangado ficava, ... tudo com as dores que tive. Como as dores apertavam muito comigo eu tinha que desabafar com alguém.”* (E3). Com o sofrimento, a pessoa muitas vezes tem atitudes irrefletidas das quais frequentemente à posteriori se lamenta e que normalmente acontecem com quem está mais próximo, têm mais afinidades relacionais e sabem que o apoio é incondicional, como é o caso da família.

Em oposição ao sofrimento existe a verbalização do sentimento de alívio com o facto de ter sido amputado ficando a ideia de que este evento crítico se terá resolvido: *“... cortei a perna e a dor desapareceu.”*, *“Tive ali a fazer o penso como se nada fosse.”* (E1)

Conseguimos reconhecer, ao longo dos discursos, alguma preocupação dos doentes com a adaptação do espaço físico à nova condição assim como as situações que identificam como mais críticas: *“Andava com uma canadiana, andava bem.”*, *“... se eu entrar pela parte da frente da minha cozinha, não tenho hipótese ... se eu entrar pela parte da sala, eu tenho ... eu tenho as medidas na cabeça ... sei que chego lá com a cadeira e que passo em toda a volta.”*, *“... uma coisa que eu ainda não experimentei foi ir à casa de banho ... sei que sinto falta do equilíbrio, porque tinha peso e agora não tenho.”* (E1) *“Não tenho condições para a modificar. Eu moro numa casa camarária, no 3º andar, aquilo já é uma casa antiga, não tem condições.”*, *“... acesso à rua ...”*, *“Mais dificuldade em tudo.”* (E2) *“Talvez em ir à casa de banho. Na transferência e depois na sanita, na própria sanita. Dói-me ... que apoio aqui e ao fim de algum tempo começa-me a doer a parte do coto, ...”*, *“Acho que senti logo depois de ser amputado ... cada vez a necessidade para mim começou a ser maior.”*, *“... ajudar ... não tenho ninguém. Todos trabalham ... não tenho assim ninguém em particular.”*, *“... só apanho três escadas e depois ... é sempre amplo. É a única dificuldade.”* (E4) *“Para já é levantar-me porque a perna sozinha não aguenta. Tenho a prótese (PTA) e começa-me a doer e parece-me que está a tremer ... e tenho que me sentar, não tenho condições para eu ... e cada vez pior.”*, *“Foi quando cortei a perna. Não conseguia andar nada. Têm que me ajudar a ir para a cama, a pôr no carrinho ...”* (E6) *“... no pós-operatório imediato ... a gente fica com muitas dúvidas na cabeça ...”* (E7) *“Quando vou ter mais dificuldades é em casa. Tenho quase 40 degraus e aí já vou sentir mais dificuldades.”*, *“Era quando tinha que ir ao Wc.”*, *“Foi logo ao princípio porque fui amputado, ... como é que devia sentar, para ir ao Wc, ... Tive muitas dificuldades.”*, *“... mais dificuldade no Wc, não tenho as mesmas condições que tenho aqui. Ter a segurança, que não tem. No banho vou ter que arranjar uma cadeira para estar sentado. Aquilo é o chuveiro é, aquilo é um bairro mas vou pôr um chuveiro de telefone, ... Adaptar e fazer ...”* (E8) *“... eu já há muito tempo que do joelho para baixo não sentia dores.”*, *“O meu único medo ... é a parte neurológica ... o equilíbrio nas canadianas ...”* (E10).

O enfermeiro de reabilitação pode e deve intervir no acompanhamento, ensino, desburocratização e desmitificação do processo de reabilitação do doente desde o seu autocuidado à eliminação de barreiras arquitetónicas passando pela aquisição de produtos de apoio, tal como está descrito nas Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, segundo o Regulamento nº 125/2011, publicado em Diário da Republica, 2ª série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

O facto de o doente estar a vivenciar uma transição para a deficiência propicia períodos críticos relacionados com a incerteza do presente assim como do futuro e pelo facto de o profissional mostrar disponibilidade e preocupação com o que se está a passar com aquele doente específico pode fazer toda a diferença na confiança e no desempenho que este vai ter em termos de adesão e gestão do seu regime terapêutico.

Apesar de reconhecerem que o trabalho desenvolvido com o enfermeiro de reabilitação é necessário e útil, não deixam de referir algum desconforto pela atrofia muscular e contractura articular, sendo por isso um evento crítico que se salientou dos discursos: *“... mas é custoso quando me mandaram esticar as pernas e eu estar habituado a ter assim as pernas ...”* (E3)

Quando os eventos críticos saem do âmbito de trabalho do enfermeiro este deve alertar, encaminhar e orientar para os profissionais da equipa interdisciplinar mais diferenciados na área em questão, tal como é referenciado no artigo 5, ponto 4, alínea d) do capítulo II do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). No entanto, como podemos constatar pelos relatos neste estudo, nem sempre o apoio necessário chega no tempo desejável: *“Gostava de ter uma palavra O caso, por exemplo de eu ser amputado e 3 dias depois é que me aparece a psiquiatra ou a psicóloga para ver se eu tenho alguma coisa, se eu necessito de alguma coisa ...”, “A fase familiar ...”, “Eu acho que neste momento é saudade ... sou muito sentimental, ... Qualquer coisinha vêm-me logo a lágrima ... e falar das coisas essencialmente.”, “... medo quando eu me visualizasse com os meus olhinhos a falta da perna.”* (E7). Tal como refere Menoita (2012, p. 26) ao citar Petronilho (2007) *“os cuidados de saúde desenvolvem-se e inserem-se numa lógica interdisciplinar, em que os resultados em termos de ganhos em saúde para a pessoa derivam do contributo de cada uma dos elementos, especificamente, enfermeiros, ..., psicólogos, ..., entre outros”*.

Há alguma diferença nos discursos relativamente ao facto de os doentes assumirem ou não a responsabilidade da má gestão do regime terapêutico, como ficou visível nos discursos: *“... porque eu apercebi-me sempre e fui sempre muito tarde ... comecei a andar menos ...”, “Negligência no tratamento. No meu caso foi negligência.”, “... culpabilização minha de não ter evitado a amputação.”* (E7) *“... é no arranque ... qualquer coisa que eu me lembre que me vai doer eu faço de conta que não estou cá.”, “... é disciplina ... tenho a humildade de reconhecer que sou muito indisciplinado.”* (E10).

Verifica-se com alguma facilidade a atribuição da responsabilidade pela necessidade de amputar ao tratamento que não resultou ou à má prestação de cuidados, como transparece pelos testemunhos: *“... fui cortado e apercebi-me que não estava a correr nada bem ... para ser outra vez cortado ...”, “Tive que ser cortado 2ª vez.”, “... surgiu-me mal no pé ... deu-me uma infeção ... um osso do joanete, ganhou-me uma infeção, ... dali começou ... chegou ao ponto de apodrecer e de cortar o pé.”, “... eu andei a horas, ocupei-me de andar a horas, quando vi que a coisa me estava a correr mal, ... penso para mim que houve aqui no hospital quem se ocupou pouco de mim ... como não me deram medicamento competente para me atuar a infeção, o pé foi-se.”, “Fui mais bem visto da 1ª vez que cortei do que da 2ª vez.”, “Da outra vez estava tudo bem, tudo bem ... o ferimento que havia naquele joanete, o ferimento saiu como uma rolha e tornou a ficar um buraco ... o osso outra vez à vista e comecei a ficar com medo e o pé inchado como uma bola ...”, (E3) “Os curativos é que falharam e começou a piorar e de que maneira ... uma feridinha pequenina aumentou ...” (E4) “... esta história de andarmos aqui a passear pelo hospital antes de chegarmos ao termo, ... acho prejudicial ...” (E7)*

O facto de já ter vivenciado outra transição saúde/ doença permite ao doente e família adaptarem-se com maior facilidade às mudanças que se impõe nesta transição atual, tal como referenciam estes doentes: *“Alterei muitos, ... não podia andar por onde queria. Não podia beber. Não posso comer tudo o que quero. A partir que entrei em diálise deixei de ter relações com a mulher e por aí fora.”, “Eu aqui faço diálise e saio muito bem. Lá em baixo venho todo emparelhado, nem me seguro de pé” (E6) “... não ando mais porque a minha mobilidade, há 4 anos que eu só conseguia sair de casa de carro ... e só podia ir a um sítio que o carro não ficasse longe ... se não eu já não tinha capacidade para me deslocar.” (E10).*

Quando abordados sobre o momento que consideram ter sido mais crítico e que os preocupa mais, as respostas divergem ao longo das entrevistas: *“O ponto mais crítico foi o acordar da operação. Muitas dores. Até parece que aquilo cozia. E depois começou a passar e graças a Deus começou a ficar controlado.” (E2) “Foi quando cortei a perna. Não conseguia andar nada. Têm que me ajudar a ir para a cama, a pôr no carrinho ...” (E6) “... nesta fase inicial ... tenho medo que isto agora não me suceda (cicatrização)” (E7) “O trabalho que ainda tinha por resolver. Honestamente mais nada ... eu tenho um filho que também é contabilista e ele percebeu, finalmente que eu tenho problemas de visão, ... eu disse a uma das minhas 5 filhas ... que estava a chegar ao fim, ... e foi aí que ela também acordou e chamou o INEM e eu vim cá parar ...”, “... eu já tinha feito duas radiografias ao osso e já as duas tinham dado muito foleiro.”, “Tenho uma preocupação grande que*

é um filho que só tem 18 anos, ... com uma idade difícil, não é muito propenso aos estudos ... e uma pessoa quando antevê o futuro treme todo, ...” (E10).

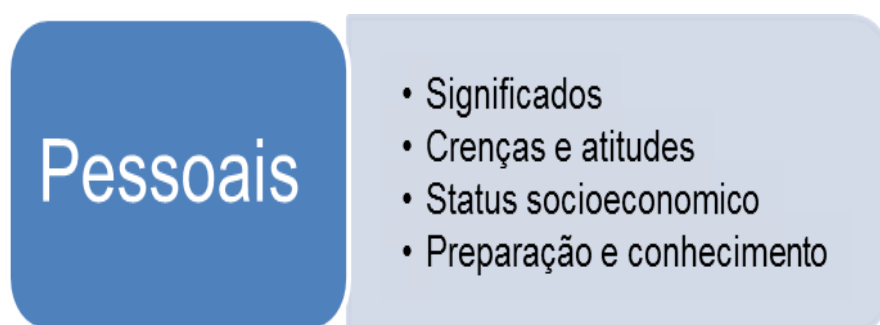
1.2 Condições da Transição: Facilitadoras e Inibidoras

Depois de explorar a natureza das transições que emergem deste estudo passamos a analisar quais as condições que facilitam ou inibem estes processos de transição, onde se identificaram três unidades de registo: pessoais, comunidade e sociedade.

Meleis et al. (2000) consideram que a qualidade da resposta à transição é influenciada pelas características pessoais da pessoa dependendo do significado, das crenças e das atitudes que adota perante a necessidade de mudança.

Estudos realizados por vários investigadores como Abe e Mortsuka (1986) e Uphold e Susman (1981) citados por Meleis et al. (2000) demonstram que pessoas com status socioeconómico mais baixo se tornam mais vulneráveis a situações que dificultam a transição. No entanto, a preparação que estas pessoas fazem e o conhecimento que adquirem previamente permite-lhes adotar estratégias adaptativas ao processo de transição que estão a vivenciar. O diagrama 4 explana a unidade de registo condições pessoais de transição que se encontraram neste estudo, tendo sido identificadas quatro categorias: significados, crenças e atitudes, status socioeconómico e preparação e conhecimento.

DIAGRAMA 4: Condições pessoais da transição: facilitadoras e inibidoras



➤ Condições pessoais: significados

Esta categoria permite compreender os significados atribuídos pelos doentes aos eventos e se fazem fluir ou inibir a transição.

O facto da doença se prolongar no tempo e a diversidade de tratamentos efectuados acabar por ser ineficaz leva o doente a desanimar, tal como nos refere este doente: “... *eu já ando aqui quase desinteressado*” (E1)

Ao analisar esta categoria emergem reações do doente face ao sofrimento causado pela dor e face à amputação. O significado da necessidade de amputar desperta no doente sentimentos negativos, criando-se no pós operatório alguma ambivalência de sentimentos dado que, pela mesma situação, se manifestam sentimentos considerados positivos.

Através das declarações que obtivemos constatamos que a dor que estes doentes sentem, os transporta para um limiar de sofrimento que os impede de ter alguma qualidade de vida, optando eles próprios por uma solução definitiva como é a amputação de forma a eliminar o sofrimento e o desespero, como focado nos discursos: “*Eu já nem me importava de ficar sem as pernas, sem pescoço, já estava tão cheio de dores, de sofrer, que eu até já nem sei o que era melhor ... desespero, para ver se alivia ... estar desesperado com dores e tenta fazer qualquer movimento para ver se alivia ... alguns são desgostosos de fazer ...*” (E3) “*Por causa das dores que tinha. Sofri muito.*” (E5) “*Era capaz de dar cabo de mim, se tivesse que estar a sofrer todos os dias. Eu arrumava comigo. Foi a melhor coisa que eu fiz na minha vida. Foi decidido por mim.*” (E1) A decisão de amputar é assim tomada como a salvação de uma situação desesperante que no limite leva a pessoa a ter ideias suicidas.

O sofrimento é tão intenso que quando os doentes conseguem aliviá-lo referem não tolerar sequer ouvir os outros doentes a queixarem-se na medida em que, lhes recorda os momentos aflitivos em que estiveram, como testemunha este doente: “*Nunca pensei que esta doença tivesse uma dor tão forte, tão forte conforme tem. Eu quando vejo os outros a berrar hoje, eu até ensaio de meter uns guardanapos nos ouvidos para ver se não os ouço, ... sinto medo. Tenho que tirar as ideias disto.*” (E3)

O doente com patologia arterial tem muita dor, atingindo níveis insuportáveis quando o membro apresenta isquemia. Albert Schweitzer (1931) médico laureado com um prémio Nobel, afirmava que “*Para os seres humanos, a dor é um flagelo mais terrível do que a própria morte*”.

O nível da amputação é algo que os doentes nem sempre percebem uma vez que, por vezes, têm de ser realizadas amputações *major* em membros que

apresentam lesões circunscritas ao pé, levando a reações como a deste entrevistado: *“De ser mais comprido, isto foi uma facada que eu também levei.”*, *“Enganado já fui eu que fiquei sem um pedaço de perna.”* (E3)

Frequentemente os doentes relacionam o ambiente onde habitualmente estão inseridos com o facto de não conseguirem alterar os hábitos de vida nefastos para a sua doença *“Vai-me ajudando mas é no fumar ... vai ser difícil, mas vou tentar, mas vai ser difícil.”* (E1) despoletando, no confronto com a amputação, sentimentos de revolta e de culpa: *“Acho que sinto uma revolta dentro de mim ... É mesmo comigo. Por não ter... força suficiente de poder parar.”* (E1) *“... revolta sim completamente. Poderia ter evitado e não evitei.”* (E7) *“Revolta, muita de não ter feito tudo aquilo que disseram, filhos, mulher, mãe, tudo.”* (E8) *“Um castigo para toda a vida.”* (E10).

Outro sentimento referido nos discursos, que surge associado à culpa é a pena: *“Acho que é de pena ... eu sou um bocado sentimental ...”, “De mim próprio ... sinto pena porque ... fui aconselhado e passaram-me ao lado os conselhos, fui avisado, passaram-me ao lado ... e depois disto tudo sinto uma culpa, uma culpa própria ... por não ter usado esses meios que devia ter usado e não cheguei a usar.”* (E7). Deste discurso ressalta a não adesão ao regime terapêutico apesar de ter sido orientado nesse sentido.

A consciencialização da necessidade de amputar e da influência do seu comportamento na evolução da doença leva os doentes a aceitarem melhor todo este processo, como é visível nos discursos: *“Fiquei aliviado de maneira especial. Nunca mais tive problemas e nem tão pouco sinto a cicatriz, nem nada, não me dói nem nada disso.”* (E1) *“... foi eu tentar melhorar ... e a minha vida familiar.”*, *“... muito alívio. E para poder voltar a fazer uma vida não normal mas a 70 ou 80%.”* (E2) *“Não me revolta, foi uma coisa que me aconteceu, o que é que eu hei-de fazer.”* (E8) *“Lido normalmente, um bocado com adversidade mas tive que aceitar.”* (E9) *“... eu já sentia que era a única maneira, ...”, “É uma consequência lógica da vida que eu fui tendo com pouca presença na necessidade de resolver o problema da doença e mais nada. Não me revolta.”*, *“... portanto, não tenho porque me revoltar, se tivesse revolta era de mim próprio ... portanto, peço a Deus que me ajude.”* (E10).

Outro aspeto, não menos relevante para a aceitação, é o facto do doente sentir que o sofrimento provocado pela dor diminuiu ou extinguiu-se. Segundo a CIPE®, versão 1, (2005, p. 80) aceitação é definida como *“Processo de Coping com as características específicas: Gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos”*.

De salientar que os doentes evidenciam nos seus relatos, o sentimento de auto culpabilização ao de aceitação: *“Foi uma falha minha, tenho que a aceitar”* (E1) *“... o que falhou fui eu.”*, *“Não posso estar revoltado de uma das coisas que eu participei.”* (E2) *“... eu não estou a querer culpar ninguém, se há algum culpado, sou eu.”* (E10)

Através da pesquisa no dicionário de Português da Porto Editora (2011) constatamos que a palavra aceitação pode ser interpretada como consentimento, aprovação e acolhimento. Estas interpretações são importantes porque estando presentes nos sentimentos da pessoa permitem uma reflexão mais aprofundada e cuidada de toda a vivência e daí emergem significados mais positivos e prospetivos, como os que se verificam nestes discursos: *“Estou mais à vontade, mais feliz, mais tranquilo, aliviado. E agora vou ter mais tempo. Vou chegar a casa, deitar-me tranquilo na cama. Pensar mais e ... pensar bem se hei-de fumar mais, se hei-de parar, se hei-de fumar menos e aí é que me está mais a preocupar. De resto ... de resto não me preocupa mais nada.”*, *“... é sempre uma perca ... foi um acidente de burrice minha.”*, *“Eu estou otimista.”* (E1). A salientar deste testemunho a preocupação com a mudança de atitude perante os seus hábitos nocivos para a saúde, que poderá ter um significado especial na evolução da doença e que aparentemente tem a auto-imagem e auto-conceito conservados: *“Eu sou igual. O que era até aqui, continua igual.”* (E1).

Constatamos pela análise efetuada que o sentimento de tristeza é transversal aos discursos sendo relacionado com diferentes aspetos como é o caso da necessidade de amputar: *“... tristeza sim ... por me ter acontecido isto.”* (E3) a previsão de alterar rotinas na relação com os amigos: *“É muito complicado ... é uma nova fase da minha vida ... eu era um bocadinho extrovertido por natureza, ... criei sempre um ambiente muito bom ao meu redor ... esses pontos ... vão-me deixar ... desperta um bocado de tristeza, nostalgia.”* (E7) associada a preocupações com as vivências diárias: *“... tristeza, preocupação da vida. A vida não é também muito fácil ... tudo me preocupa.”* (E8) e com o facto de a amputação ser vista como limitativa no autocuidado e ser entendida como uma deficiência incapacitante: *“... quando quero fazer alguma coisa e não poder, é um bocado triste.”* (E3) *“Tristeza, sou um homem inutilizado. Não posso trabalhar, não posso andar praticamente, dá-me um bocado de tristeza nesse aspeto. Tive que aceitar”* (E9) *Tristeza, senti no momento em que me disseram que tinha que amputar.”* (E10)

Outro sentimento que é expresso e que já tivemos oportunidade de explorar noutras unidades de registo é o medo relacionado com diferentes significados. Da análise realizada podemos depreender pelos discursos que o medo se confronta

com a evolução da doença para a amputação e com a possibilidade de ter dores: *“Sentia medo de me acontecer o que me aconteceu e de ter muitas dores.”* (E3) com o prognóstico da doença uma vez amputado: *“... agora estou bem, que não tenho dores nenhuma graças a Deus ... Não tenho dores, mas estou de pé atrás ... estou com medo ... que me rebente, que me venha outra coisa qualquer.”* (E3) com o facto de não se sentir capaz de realizar as atividades de vida diária comparando-se aos outros, dando a perspetiva de ser diferente no sentido pejorativo: *“Nervosismo ... o medo de querer fazer e não poder como os outros.”* (E7) com a necessidade de hospitalização: *“... foi a primeira vez que estive internado ... Fiquei um bocado frito quando disseram que eu ia ficar internado ... Com medo claro, como eu nunca estive internado fiquei com medo.”*, *“... as minhas ideias eram sempre fracas ... fiquei com muito medo ... Da 1ª vez foi assim ... agora vi o pé assim daquela posição e dizia: agora vou, com pouco mais, ficar sem a perna.”*, *“... eu ficava com medo ... andava com medo que, com a cabeça cheia de pensar que ia ficar sem a perna.”* (E3) e com o inespecífico: *“Agora tenho medo de tudo e mais alguma coisa. Mas não tenho medo de ir para onde tenho de ir, para casa.”* (E8). Este último testemunho refere o seu lar como uma proteção, onde acha que nada de mal lhe acontecerá. Associado à necessidade de internamento surge também um testemunho de solidão que desperta o medo: *“Ficar só. Ficar sozinho, não ter para quem falar, não ter conhecimento de ninguém ...”* (E3) *“Estar preso, não conviver com a família, os meus filhos e os meus netos.”* (E9).

Concomitante ao medo está a preocupação, ou seja, a inquietude ou ideia antecipada ou fixa em algo que pode criar ansiedade e algum desconforto, que constatamos ter diferentes significados. Assim sendo, pelos discursos inferimos que há casos em que a preocupação está relacionada com a recuperação e esta com o objetivo de obter maior qualidade de vida: *“Preocupa-me a recuperação, tentar recuperar o máximo possível para tentar ainda uma qualidade de vida.”* (E2). Para outros doentes, a recuperação passa pela colocação da prótese e este processo também tem um significado especial: *“Estou preocupado é eu acalmar, ... com a perna tão grande e quase não me deixam perna para eu, para eu resolver o resto dos meus problemas.”* (E3)

O sentimento de alívio é referido nos discursos, deixando os doentes satisfeitos com a decisão que tomaram: *“... agora estou, ao primeiro não estive, mas agora estou mais aliviado, estou mais aberto, estou mais à vontade.”* (E3) *“... sinto-me melhor agora porque não tenho o sofrimento que tinha.”*, *“... o sentimento de alívio está, pelas dores que tinha.”* (E5) *“... graças a Deus ... estou aqui e nenhuma dor eu tenho a partir de amputar.”*, *“Não tenho dores nenhuma ... São de alívio e contente.”* (E6) *“... aliviado do sofrimento sim, que era muito ...”*, *“... agora*

estou pior porque me falta uma perna, mas estou melhor porque não ... estou a sofrer.” (E8) *“Alívio das dores.”* (E9). Desta forma, constatamos que apesar de a amputação ter associado significados negativos também tem outros de carácter positivista que são deveras importante na contextualização da necessidade de uma decisão tão radical.

A transição que os doentes vasculares vivenciam com a realização da amputação gera um turbilhão de sentimentos que só é compreendido por quem a vivencia, como é exemplo este discurso: *“Um bocado de frustração, um bocado de stresse. Em relação a ter de cortar o membro.”, “Impotente no tratamento ...”, “... revolta não.”, “Frustração, alívio, stresse.”, “Desgosto ...”* (E4)

Como constatamos por este discurso, o primeiro impacto no pós-amputação pode ter um significado importante para todos os membros da família: *“Foi uma coisa que me desanimou muito... a minha filha chegou aqui e disse: oh Pai!”, “... à minha família não lhes fez nada ... pode ter uma surpresa o meu filho que ainda não me viu assim, sem este pedaço de perna cortado ... mas quando ele vier cá, ele está a trabalhar no estrangeiro ... vai ficar um bocado, ... a olhar para mim de lado ... saber é uma coisa e ver é outra.”* (E3)

Se por um lado, a família é importante no apoio incondicional que dá ao doente na sua transição de saúde/ doença por outro lado, não nos podemos esquecer que a família também está a vivenciar uma crise e que o impacto da amputação é extensível a ela. Segundo Wilcox et al. citado por Cabete (2005, p. 25) a doença crónica num indivíduo traz *“(...) repercussões na sua família, nomeadamente na gestão de tempo, na prossecução das atividades regularmente desenvolvidas, no tempo que os outros membros da família passam juntos e na sobrecarga física e psicológica, variável para cada um dos membros da família”*.

Outro aspeto que sobressai da análise dos discursos é haver uma certa relação entre a imagem social e o medo do isolamento: *“Incomoda-me ... eu vou recear uns dias não sair de casa ... vou botar assim um bocadinho a baixo ... parece que me revolta ...”* (E3). Já tem vindo a ser referenciado o significado atribuído à imagem social como um fator negativo que está associado à amputação e que nem sempre é assumido numa fase precoce. Muitas vezes, o que verificamos no nosso local de trabalho, é que só quando o doente é confrontado com a alta clínica é que se dá conta que a sua condição física modificou e que se vai apresentar à sociedade de uma forma diferente.

Quando abordados em relação à auto-imagem e ao facto de gostarem de observar a alteração da sua imagem no espelho as respostas divergem: *“Porque não gostava de estar a ver uma coisa que não tenho. Acho que é uma coisa que se tem de esquecer e andar para a frente.”* (E6) *“Uma dor muito grande. Poder olhar*

para mim, falta aqui uma coisa que é essencial.” (E8) “Não me incomoda, também falo com pouca gente, mas não me incomoda.” (E9) “É irrelevante, desde que eu consiga aquilo que vou procurar, que é andar como andava.” (E10).

A reabilitação tem sem dúvida um grande significado na medida em que permite desenvolver capacidades para a independência no autocuidado e na mobilidade, havendo expectativas e reconhecimento nesta área, tendo ficado demonstrado pelos testemunhos: *“Era ótimo, ... Prefiro as canadianas do que a cadeira de rodas ...”, “Desejo que ela seja rápida e boa.” (E4) “Ir à casa de banho, eu gosto muito de tomar banho.”, “... foi uma satisfação grande que eu tive ... tomei banho dos pés à cabeça.” (E9).*

É atribuído, sem dúvida, à equipa multidisciplinar satisfação pelo atendimento: *“... embora esteja descontente de estar hospitalizado cá, estou contente, estou satisfeito, ...”, “Fizeram-me o máximo que puderam.” (E3) “... posso dizer é que fui bem tratado aqui dentro das possibilidades...” (E7) “... gostava de agradecer aquilo que fizeram enquanto estou aqui e eu depois passo aqui nem que seja só para os cumprimentar.” (E8) “... este internamento tem sido de forte recuperação do meu relacionamento com a minha mulher e a confirmação de que esta casa tem profissionais de todo o tamanho, ... parecem que foram feitos para isto ... o meu sentimento mais forte é ter força para que o esforço que vocês profissionais têm feito resulte naquilo que vocês querem.” (E10).*

Ao enfermeiro cabe a difícil tarefa de perceber não só os significados mas todas as condições pessoais da pessoa de forma a poder orientá-la no sentido favorável da transição, sem qualquer juízo de valor.

➤ **Condições pessoais: crenças e atitudes**

Quando falamos em vivências relativas à doença estas dependem não só das experiências vividas no passado, da cultura, das crenças e daquilo que cada um entende por saúde e doença como também do seu imaginário: *“Não, medo de nada, graças a Deus.” (E5) “Porque sempre tive vontade de viver. Eu tive sempre muita força. No meu corpo já fiz mais de 12 operações e sempre reagi bem com elas.”, “Vou ver se consigo viver só com os rins, de resto quero ver se me livro de tudo.”, “Não tenho medo de nada. E não é meu costume ser muito pensativo. Eu sou uma pessoa que enfrenta as coisas como elas são. E ... não me interessa a minha doença, eu sei que tenho de a ... e vou para ali como se nada fosse. Eu vou para a diálise de manhã como nada seja. Se der para sair para tomar café, se não der vou para a cama.” (E6).*

É inegável a influência da cultura sobre muitos aspetos da vida das pessoas, bem como as suas crenças, comportamentos, percepções, hábitos e, principalmente, sobre as atitudes em relação à saúde, à doença e às formas do cuidado: *“Isto são coisas que eu acredito que estão na escritura ...”, “Para mim o que conta é a vontade que eu tenho de servir depois não pude fazer paciência, era isso que eu lhe dizia: mulher eu tenho que sentir disponibilidade da tua parte depois não podes, não morre ninguém ... quantas vezes eu digo-lhe: andas cansada não venhas amanhã, mas digo isto do fundo do coração. Eu olho para ela e ela parece um cadáver, portanto eu sou deste género ...”*

Na verdade a cultura e as crenças fazem parte integral da maneira de cada um viver, fazer ou tomar decisões. Madeleine Leininger referida por Pontes (2002) considera que a cultura como as crenças, os valores e os estilos de vida aprendidos e partilhados, por determinado grupo, e que são geralmente transmitidos às diferentes gerações influenciam a forma de pensar e agir de cada um: *“Eu não gosto de pedir nada a ninguém ... eu não gosto de pedir nada à Nossa senhora de Fátima mas gosto de lhe agradecer ... na minha perspetiva humana isso resulta de um negócio, ... comigo sentimentos não tem compra ...”, “Eu tinha 7 anos e já dizia que queria casar ... estava-me no sangue o casamento ... eu não concebo a vida sem o casamento como deve ser.”, “... tem o problema do meu signo que sou caranguejo ... portanto, passo do péssimo ao ótimo numa fração de segundos ...”* (E10)

Segundo Phipps et al. (2003, p. 145) *“o contexto cultural tem muitos significados simbólicos, crenças e valores, que os profissionais de saúde precisam entender para satisfação de necessidades individuais de saúde”*.

Da análise dos discursos dos doentes, estes aspetos tornaram-se pertinentes tendo resultado na identificação da categoria crenças e atitudes.

O Dicionário de Português da Porto Editora (2011) define que a crença pode ser entendida como *“Ato de crer, atitude de espírito que admite uma coisa como verdadeira. Confiança. Opinião adotada com fé e convicção. Fé religiosa.”*

Seja qual for a definição adotada implicará sempre uma atitude, que do ponto de vista do doente estará sempre fundamentada, como constatamos nos discursos: *“Não tenho medo de nada e fui sempre um homem corajoso e quando eu decidir, se é para ali, é para ali, se tem que ser tem que ser.”, “Ainda hoje não estou com força de poder parar o tabaco. Eu comecei muito cedo a fumar ... e no sítio que eu estou.”, “Eu acho que tem que ser mesmo ... entrar na cabeça e dizer assim: não fumo.”* (E1) *“Eu não queria vir, porque julguei sempre que os remédios que eu tinha em casa que a coisa ia passar ...”, “... porque a minha mãe tratava de*

mim com coisas antigas, com eucalipto, água de eucalipto e tal.”, “Mas não ia lá.” (E8)

Por vezes, não passará pela crença a atitude que os doentes têm mas sim toma a atitude como crença, mesmo consciente de que pode estar errados, tal como afirmam: *“Sou torrão mesmo. Sou teimoso.”* (E1) *“Eu sou uma pessoa de olhar para a frente, de força e tenho tido gente que direta ou indiretamente me dá essa força.”*, *“... essa condição humana tem para mim um relevo enorme na força que eu vou buscar e mais eu achar-me-ia um covarde, depois de tanta ajuda, ...”, “... esta casa de facto, e vou-lhe dizer até uma coisa que eu já disse à minha família, eu quero que o meu corpo seja entregue ao hospital de S. João quando eu morrer ... vou deixar o meu corpo para que possam estudar o melhor possível ...”, “... não percebo é o que é que eu fiz para que ela tenha mudado tanto ... será que ela viu que de facto eu entrei num processo de muita dificuldade e achou que não se estava a comportar bem, “... a minha mulher, com estas luvas, implica porque está calor ... para ela o visual é tudo e para mim é tudo se for o complemento da funcionalidade.”*, *“Abandonava com veemência, para que vissem que eu estava a abandonar. Consciente que me estava a matar.”*, *“... eu digo que se calhar eu já pressentia ...”, “... eu ... não admito que ninguém duvide do meu profissionalismo portanto, eu quando neste caso, o médico me diz que o melhor caminho é este, eu não vou estar a pensar duas vezes, nem vou a dez médicos, ... acredito, além do mais é um médico que já me segue há muito tempo.”*, *“... não tenho dor mas tenho medo da dor ...”, “... eu tenho este problema, eu quero mostrar a mim próprio que eu consigo fazer e sou capaz de fazer tudo ...”* (E10)

Passada a fase de sofrimento intenso, o doente tem mais capacidade para refletir nas atitudes que tem tido ao longo do tempo e reconhecer algumas menos adequadas, principalmente com quem mais gosta e que está mais próximo: *“... era com quem eu tinha em casa para desabafar, ... e dizia coisas que não havia de dizer, que fazia o que não havia de fazer.”* (E3) *“Tive sempre muita vontade de viver e claro ... tenho uma mulher que me ajuda muito e fui andando.”* (E6).

Com alguma frequência os doentes justificam nos seus discursos, as suas atitudes com os atos das outras pessoas, principalmente quando os resultados não são favoráveis: *“... cuidados tive eu que chegasse, ... para mim não fui eu. Da minha parte não falhei. Eu se fosse mais pobre era capaz de falhar ... atualmente, à posição que tenho, à vida que tenho não falhei em nada. Nem 1 cm falhei. Quando vi a coisa mal parada ataquei logo.”* (E3) *“... se ele não quer saber nada de mim, deixa-me ao menos fumar, se morrer morro satisfeito.”* (E4) *“... sinceramente não sei. Não faço a mínima ideia do que falhou.”* (E5)

Por outro lado, se as pessoas estão em fase de negação como é manifesto dos discursos: *“O que falhou foi que não acreditei ... eu não acreditei e tive as consequências.”* (E7) *“Eu próprio, eu é que falhei.”*, *“... só mesmo na última é que eu vim à médica de família ...”*, *“A gente pensa que só dá aos outros, que nunca dá a nós. E não é bem assim, desta vez apanhou-me a mim.”* (E8) também não aderem e neste caso, ao regime terapêutico.

➤ **Condições pessoais: status socioeconómico**

Outra categoria que se identificou pela análise dos discursos dos doentes deste estudo, foi status socioeconómico na qual se pretendeu compreender como é que estes aspetos influenciam a transição: *“Dinheiro esse não está em causa, se não houver pede-se, não falta quem ajude, não há problemas.”* (E1) *“... eu ultrapasso o ordenado mínimo, a minha reforma, a da minha esposa, ...”*, *“... não procuro preço ... e que digam o preço, paga-se e acabou.”* (E3) *“... não é caro ...”*, *“Agora vão acabar com o fundo de desemprego e eu fico sem ordenado.”* (E8). Como temos vindo a referenciar, o estatuto socioeconómico do doente deve ser tido em consideração pela equipa interdisciplinar, não para definir tratamento e qualidade dos cuidados mas sim para se poder orientar tanto o doente como a sua família para a recuperação/ reabilitação e alta. Facilmente percebemos que, com as atuais contingências orçamentais, cada vez mais, o acesso a produtos de apoio e assistência social são limitados e daí ser necessária uma abordagem neste âmbito para percebermos as reais necessidades de cada família em particular e ajustar a nossa intervenção enquanto profissionais atentos e competentes.

Por outro lado, tentar perceber como é que as pessoas se têm organizado noutras transições semelhantes e quais os resultados que obtiveram, eventualmente se poderão conseguir-se organizar sem ser necessário encaminhamento social ou outro, o que se constata nos relatos dos doentes: *“... até aqui o casamento dela é juntar dinheiro para vir para aqui ... todos os anos aqui, é verdade ... pode ter a certeza Sr.^a enfermeira. Ainda não teve férias nenhuma”* (E6).

Relativamente à possibilidade de recorrer aos cuidados de saúde em tempo oportuno foram unânimes em afirmar positivamente: *“Tive, só que não recorri.”* (E8). Outro doente reitera que a sua situação económica é um privilégio que tem: *“Sempre, sempre. É uma sorte que eu tenho.”* (E10)

➤ Condições pessoais: preparação e conhecimento

O desenrolar do processo de transição pode ser mais ou menos facilitado e estrategicamente adaptado mediante a preparação e o conhecimento que o doente e a sua família têm. Daí termos considerado pertinente identificar a categoria preparação e conhecimento ao analisar os discursos.

Quando abordados sobre a forma como obtiveram conhecimento da doença, quais os cuidados que deviam ter e a possível evolução os doentes referiam: *“Explicaram-me isso tudo. Tinha que deixar isso tudo, mas ...”, “... já o Prof. tinha prometido e avisado há 26 ou 27 anos, se eu não deixasse de fumar ... que me ia agravar a perna esquerda, ele viu-me a perna esquerda que é esta que está cortada ... já nesse tempo ele proibiu-me de fumar. Eu não fiz ouvidos do que ele disse. Eu continuei na mesma.”*, *“Mas eu já sabia psicologicamente que ia perdê-la ... perdi aos bocados ... já estava à espera disto mais ou menos há 2 ou 3 anos.”* (E1) *“Pelo que os médicos e enfermeiros me disseram, isto depois de acontecer já era irreversível ... o sangue já não ia ao pé ...”, “... eles avisaram-me logo que o bypass chegava até ao tornozelo ... mas do tornozelo para baixo, as veias do pé que estavam timbradas, que nunca mais ia ter, ...”, “... segundo dizia o médico que isto podia alastrar para cima.”* (E2).

O facto de o doente ao longo da evolução da doença ser envolvido na tomada de decisão, devidamente esclarecido, permite-lhe além de poder escolher o rumo de tratamento e optar em que condições o fazer, antever o que poderá acontecer.

Nos discursos ficou claro que os doentes consideraram importante acompanhar e serem esclarecidos da evolução do tratamento dado que os faz perceber e preparar para a necessidade de amputar: *“... aceitei-a naturalmente.”*, *“Desde que eu fiz o segundo bypass eu vi logo que era homem por pouco tempo. Só que eu pedia para não me atingir a outra. Para a outra me ajudar sempre.”* (E1) *“Fiquei esclarecido para o que me ia acontecer e o que pode vir daqui para a frente.”*, *“Normal, teve que ser. Foi uma coisa que não podia dizer ou sim ou não. Foi uma coisa que já estava consumada.”* (E2) *“... o doutor disse: você não tem sangue aqui nestes dedos. Eu disse ao Sr. doutor: isto está a ficar ..., tem aqui umas pintas pretas ... respondeu-me: isso é para verificar ... mas isso deve ser para botar para o lado”* (E3) *“... Antes de fazer o exame o Dr. ... e o Dr. ... foram de opinião que era melhor cortar ... depois é que veio a possibilidade do bypass, depois da angiografia e da ressonância magnética.”*, *“Foi-me colocada a necessidade de amputar o membro ... tive que aceitar, não ia contestar uma coisa que eu não sabia.”*, *“Fui suficientemente esclarecido.”* (E4) *“Disseram-me tudo. Que*

realmente tinha de cortar, que não podia andar assim. (E6) "... disseram-me assim, de ânimo leve, vamos fazer o tratamento, se não servir vamos ter de amputar.", "Eu preparei-me para isto sozinho. Precavi-me, precisamente a contar com esta amputação. Seria uma pré-amputação. Havia um tratamento que poderia não dar resultado, então a solução seria a amputação." (E7) "... um ... daqui de cima até cá em baixo ... para tentar salvar o pé, mas não foi a tempo e tive de ser amputado ... pelo meio da perna ... e depois ... tive que ser amputado mais acima." (E8) "Foi por intermédio do Sr. Doutor ... depois o exame que me foi feito, da angiografia, viu que não havia outra hipótese." (E9) "... o Dr. ... disse-me: você imagina que eu tenho uma notícia boa mas também é má para lhe dar ... vamos ter de amputar.", "... acho que me foi dito o suficiente para eu ter consciência do que estava a acontecer." (E10)

Mesmo esclarecidos nem sempre os doentes entendem o motivo pelo qual o nível de amputação tem de ser tão alto e não se limitar apenas ao local das lesões, como constatamos neste discurso: *"... quando assinei, devíamos ter umas palavras ...", "Se realmente eu tivesse a perna que tivesse uma infeção ou mal a subir pela perna acima que realmente ela fosse obrigada a ser cortada... aí de acordo. Mas o mal estava tão longe e ela ser cortada ali ... já não há mais cura, agora está feito ... nós temos que ter aquela cavidade para entrar, para segurar a parte debaixo do sapato ... é muito curtinho ...", "Só o que não foi bem esclarecido foi o comprimento, o corte da minha perna." (E3)*

Certo é que não é por estar devidamente esclarecido e ter consciência do prognóstico que os doentes mudam de atitude: *"O que falhou foi eu ter abusado disso tudo. Se eu não tivesse fumado e não tivesse bebido, não tinha. Ainda hoje eles dizem isso, se continuar que vou ... vou cortar mais esta ou passa para aquela." (E1) "... claro que estava alertado, ... deixar de fumar, ter cuidado com a diabetes, fazer o penso normalmente ..." (E4) "Rigorosamente nada. Estava consciente dos riscos." (E7) "... disseram que quando eu fosse para fora que ia comprar um maço de cigarros e um isqueiro, ... que era para eu me fiar que daqui a 5, 6 anos era para eu estar aqui e foi o que aconteceu.", "Continuei, portanto ... sabia que isto podia acontecer, vou fumando e vou bebendo normalmente ... o Sr. Doutor aqui me disse na altura ... eu disse está bem ... não cumpri o acordo.", "Tive os conselhos de alguém, toda a gente, mãe, pai, tudo. Para mim não chegavam e eu fui continuando a fumar e a beber." (E8) "Sabia e ouvia. Eu fui a cursos da diabetes ... ouço o que me diz para estar informado mas não mais do que isso ... eu fui sempre pessoa interessada em saber só que caía sempre no mesmo problema." (E10)* Este último testemunho apesar de assumidamente não ser cumpridor do regime terapêutico foi a pessoa que mais manifestou ter procurado

informação para se manter atualizado e esclarecido relativamente à evolução e prognóstico da doença.

Pelos testemunhos constatamos que eventualmente há quem tenha modificado alguns hábitos: *“Para já alterei as regras ... comida, em tudo, ... quando nos toca a nós, temos que ser nós a cuidar disso, a alterar tudo radicalmente ... já deixei de fumar há 20 anos.”* (E2) *“Tenho feito os possíveis, dentro da medicação, consultas ...”* (E9)

Apesar de o conhecimento que vão tendo ser favorável para a preparação, não podemos esquecer que também cria stresse tanto no doente como na família pelo facto de poderem estar constantemente a pensar que o tratamento não resultará, tal como evidenciam os relatos dos doentes: *“... à força da minha esposa andar para aqui a correr, ver este e ver aquele e saber que eu ia ficar igual ... não fez surpresa nenhuma é claro.”* (E3) *“Tenho lidado bem. Ao início lidei um bocadinho mal. Eu não conseguia atender o telemóvel, eu não conseguia falar com a primeira pessoa que viesse para me ver e eu tinha de chorar ... Era a minha maneira de reagir e de deitar para fora ... enquanto não deitar uma lagrimazita não fico aliviado, ...”* (E7)

Relativamente à aquisição de conhecimentos para a recuperação e reabilitação, os doentes consideram muito importante na medida em que, se manifestam interessados em se tornar independentes, de acordo com os objectivos de cada um, afirmando que: *“... já me deram as dicas aqui. E eu agora vou seguir essas dicas e vou tentar recuperar ...”* (E1) *“Só a partir de agora é que me estão a explicar futuramente o que hei-de fazer.”* (E2) *“Lentamente. Fazendo exercícios.”*, *“Que realmente ia para uma casa para a recuperação da perna.”* (E6) *“Eu penso que em todos os dias e em todos os momentos estamos a fazer uma aprendizagem.”* (E7) *“Explicaram e continuam a explicar.”* (E9)

As condições que a comunidade tem para oferecer e a forma como cada pessoa as procura e rentabiliza poderão ser de facto facilitadoras ou inibidoras do processo de transição daí termos considerado pertinente ao analisar os discursos, identificar a categoria comunidade.

➤ **Condições comunitárias**

O apoio que o doente e a família sentem de toda a equipa interdisciplinar quer no domicílio quer no hospital depreende-se dos discursos dos entrevistados: *“Eu fui de propósito à minha enfermeira do centro de saúde ...”, “Ajudam-me todos, ... desde a primeira vez que cá entrei. Tenho bons amigos cá dentro ...”* (E1) *“... fui*

ao centro de saúde ...”, “Eu tive quase sempre no hospital ...”, “sinto apoio do centro de saúde e do hospital por onde tenho passado ...”, “... eu tenho a enfermeira do centro de saúde que vai fazer os curativos lá.”, “... veio falar, vou ter umas consultas e deu-me um ... panfleto a dizer ... as informações, os exercícios que eu podia fazer.” (E2) “ ... no centro de saúde. 1º, tive o apoio claro da enfermagem. O enfermeiro disse: o Sr. deve ir ao hospital, ... a doutora de família olhou e disse: é melhor o Sr. Joaquim ir ao hospital.”, “... o enfermeiro que me tratava sim senhora, nunca me deixou em dias em falso sem curativo, tratou sempre bem de mim ... ele ficou um bocado desanimado...”, “Mas eu não tenho absolutamente ... nada que dizer do hospital.” (E3) “... vai lá uma enfermeira todos os dias”, “... o Dr. ... que tem sido excecional ...” (E10)

Quando confrontadas com a deficiência física as pessoas vêem-se na necessidade de obter produtos de apoio e outras ajudas que alguns consideram ser um direito adquirido e outros vão fazendo adaptações de acordo com as necessidades e possíveis direitos que tentam perceber se têm: *“Já me falaram que ia levar uma cadeira daqui, com uma condição de ... quando não precisasse dela devolve-la.” (E1) “Acompanhamento social, médico, tudo o que seja necessário para que tenha recuperação.” (E2) “Da segurança social.” (E4) “... o rendimento mínimo.”, “ Da segurança social.”, “Há cadeira de rodas, canadianas e acho que à prótese ainda não ...” (E5) “... continuo com baixa.”, “... superficialmente já me disseram alguma coisa”, “Já pensei que moro num 3º andar e que precisava de vir para o rés-do-chão ... vamos a ver como ...” (E7) “Portanto da senhora que tem vindo cá, da assistente social, ...”, “... já me disse o que é que eu posso beneficiar: da prótese, de uma cadeira de rodas, de umas canadianas ...”, “...apoio vou precisar muitos, da assistente social com certeza, porque se eu tiver que me deslocar a um sítio qualquer que seja longe, se eu tiver que vir ao hospital vou ter necessidade de transporte. Mas não só, mesmo financeiramente vou precisar.” (E10)*

Corroborando Menoita (2012) os enfermeiros de reabilitação podem desenvolver junto dos vários sistemas de interação, com a pessoa, a sua rede de suporte social, os serviços e as instituições capazes de contribuir para a sua reabilitação e o seu bem-estar.

Por outro lado, há algum receio de que a sua nova condição crie algum constrangimento e modifique as relações anteriores, como ficou evidente neste discurso: *“... até aqui quando precisasse de alguma coisa, toda a gente me ajudava. Agora não sei.” (E1)*

➤ Condições sociais

Depreendemos da análise dos discursos dos doentes que ainda existe muito a preocupação de como é que a sociedade que rodeia as pessoas com algum tipo de deficiência reage: *“Revolta-me é quando ... podiam dizer assim: então que tal? ... Agora depois de saber que ... acho que a inteligência das pessoas não havia de ser assim ... deve ser: então que tal, já vieste do hospital, já resolveste tudo?”*, *“... vai fazer um bocado de surpresa aos vizinhos que quando me vão ver sem a perna ...”* (E3) *“... o sistema aceitar uma pessoa sem uma perna e ver-me sem uma perna, ...”* (E7) *“Alguns, que todos sabem como alguns dizem que é bem feito que é para tu não estares armado nisto ou naquilo. Isto é um modo de falar de certas pessoas.”* (E8)

A possibilidade da pessoa se manter activa socialmente é importante e foi manifestada por este doente: *“Faço o serviço do café como outra pessoa qualquer.”* (E1)

A sociedade tem obrigação ética e moral de proporcionar às pessoas com doença crónica e deficiência oportunidades de emprego. Quando este já não é possível, cabe ao governo legislar e às associações, alternativas sociais que permitam uma maior qualidade de vida a um preço mais reduzido, consoante cada situação.

No entanto, também é em sociedade que as pessoas tentam ultrapassar o obstáculo do tempo e conseguir um pouco de distração nos momentos em que o sofrimento alivia um pouco. Daí que, devemos também valorizar o aspeto lúdico que a sociedade pode oferecer às pessoas de forma a combater também o isolamento social, tal como nos referenciam os doentes deste estudo: *“Vinha até cá fora, às vezes ia tomar um café lá à beira, de canadianas.”* (E5) *“E às vezes estava melhor vinha até à tasca passar um bocado.”* (E6)

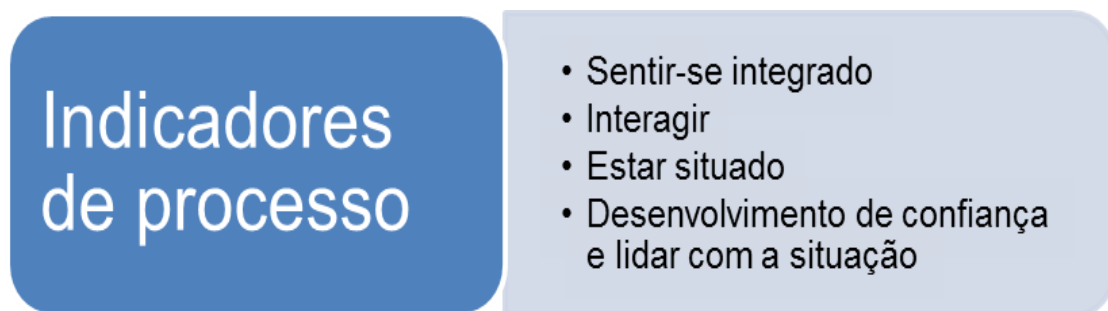
1.3 Padrões de Resposta

As transições fazem-se ao longo do tempo e a identificação dos padrões de resposta permitem acompanhar a direção em que a pessoa desenvolve a sua transição, tendo em conta a saúde, riscos e vulnerabilidades que pode ter. O acompanhamento deste processo por parte da enfermagem permite uma avaliação precoce e intervenção adequada de forma a facilitar os resultados. Dos padrões de

resposta surgem assim duas unidades de registo definidas como indicadores de processo e indicadores de resultados.

Na unidade de registo indicadores de processo e após analisarmos os discursos, identificados quatro categorias que designamos por sentir-se integrado, interagir, estar situado e desenvolvimento de confiança e lidar com a situação, que estão representadas no diagrama 5.

DIAGRAMA 5: Indicadores de processo



➤ Indicador de processo: sentir-se integrado

Consideramos que o sentir-se integrado é de extrema importância para os doentes. O facto de estarem hospitalizados, longe de tudo e de todos, num processo de transição para uma deficiência e cujo percurso tem sido doloroso leva, sem dúvida, a que as relações e os contactos ganhem relevância.

Eles mantêm contacto com a família e amigos o que é patente nos discursos: *“Com os meus familiares tenho, ... amigos cá do peito, só veio cá um ... dois cunhados que eu considero e outro não mas quase ... me deram força.”*, *“... tenho lá pelo menos duas enfermeiras que são muito amigas minhas. Ainda ontem tive aqui a visita de uma e acho que sobre elas, elas vão dar o apoio total.”* (E1) *“Todos os dias ... e telefonam. Os amigos telefonam.”* (E2) *“Vêm cá visitar ... tenho apoio”* (E3) *“... tenho a mulher sempre à minha beira todos os dias ...”*, *“Nunca me deixaram um dia só ...”* (E6) *“Família, os amigos, o ambiente.”* (E7). O sentir que os amigos e a família se preocupam, estão presentes através do contacto telefónico ou pessoalmente é importante porque além do apoio, conservam o contacto com o seu mundo habitual. Este aspeto foi salientado por todos os intervenientes do estudo.

Foi também frisado num discurso que a cumplicidade com a família, nomeadamente com o cônjuge ajuda a suportar o sofrimento: *“... não arranquei porque tinha a esposa à minha beira ...”* (E6) *“Tenho, todos os dias, se não é pessoalmente, é através do telefone.”*, *“A Sr.ª com quem estou a viver, é muito meiga. Tive muita sorte com esta senhora. E toma conta de mim, vem visitar-me*

quase todos os dias, se não vem ela, vem o marido.” (E9). Este testemunho corrobora com Benjumea (1995, p. 21) quando afirma que “(...) quando falamos de família, não só nos referimos a vínculos biológicos, mas também afetivos (...) e há que evitar excluir as pessoas significativas”.

O sentir-se apoiado pela família e poder recorrer dela na tomada de decisão é importante e emerge do relato: *“Conversei com a família e o caso estava consumado.” (E2)*

O confronto com a tomada de decisões que o doente enfrenta, num curto espaço de tempo, para o qual solicita a ajuda da família é também fonte de ansiedade, principalmente quando interfere com alterações em todo o agregado familiar, sejam elas pessoais, sociais, económicas ou de outro tipo. Segundo Damásio (1995, p. 181) *“Raciocinar e decidir pode revelar-se uma tarefa árdua especialmente quando estão em causa a nossa vida pessoal e o seu contexto social imediato”.*

A tomada de decisão sobre a amputação torna-se dolorosa não só para o doente como também para a família, verificando-se na maior parte das vezes a sua partilha.

Alguns dos entrevistados manifestaram ter o apoio da equipa de saúde: *“Dos profissionais de saúde também tenho”, “... fico-lhe obrigada por tudo ...” (E3) “Saliento a pessoa que para mim foi excecional em tudo e na maneira como ele me tratou e como me continua a tratar que é o Dr. ...” (E4) “... foram todos impecáveis comigo.” (E5) “ Todo o pessoal que anda aí é muito meu amigo.” (E6).*

Mediante a criação de novos contactos, sejam eles doentes e seus familiares ou profissionais de saúde permite-lhes conviver, recolher informação e esclarecer dúvidas que poderão ser traduzidas como um indicador positivo de transição.

No que se refere ao apoio que os doentes sentem que vão ter quando forem para casa não houve dúvidas em afirmar: *“Vou ficar em casa. Está lá a minha filha ... de hoje para amanhã ... vou ficar em casa dela ... tenho muitos amigos. Toda a gente me vai ajudar.” (E1) “Vou para minha casa, tenho lá a minha esposa.” (E3) “... era uma pessoa amiga, um enfermeiro ... que me fazia os curativos ...”, “la almoçar, conversava com uns amigos e ... jantar, ... via o futebol ...”, “Para casa das minhas filhas ou para a casa onde vivia.” (E4) “A minha esposa.” (E5) “A minha mulher, a minha filha e o meu genro.” (E6) “Em casa ... essencialmente a mulher.” (E7) “Acho que não tenho medo de enfrentar a vida, tenho dois filhos que me dão muita força.”, “Tenho irmãs e ... tudo o que dizem: deixa-te curar. Não vais ter problemas em voltar à vida normal com uma prótese.” (E8) “Eu ainda trabalho um*

bocado, não muito, mas gosto de levar os miúdos à música ou ao ténis ..., o meu hobbie preferido é o desporto e a família.” (E10)

O acompanhamento que a família e os amigos fazem também ajuda a equipa interdisciplinar, nomeadamente o enfermeiro de reabilitação, a perceber a dinâmica familiar e a planear a alta, providenciando o apoio necessário. Por outro lado, a família e amigos também podem funcionar como incentivo, dando força para superar as dificuldades.

➤ **Indicador de processo: interagir**

Toda a envolvimento dos diferentes elementos que integram um processo deste tipo e que proporcionam um contexto coerente e efetivo de ajuda facilita a interação que é indicadora de uma transição saudável. Daí considerarmos útil identificar a categoria interagir e registar a percepção transmitida pela análise dos discursos que obtivemos neste estudo.

Relativamente aos recursos que os doentes mais utilizam, é transversal o apoio que os doentes referem de familiares e amigos para que se ultrapassem as diferentes dificuldades. *“A minha esposa e um filho.” (E2) “Tenho uma pessoa amiga que é o dono do restaurante, que se prontificou a ajudar-me naquilo que eu quisesse ...”, “ Eles têm capacidade para me amparar e continuar a trabalhar. As minhas filhas, não vai alterar nada ...” (E4) “Antes de entrar aqui era levado ao colo. Tiravam-me de casa. Não me queriam ver em casa. Eu não andava e eles andavam comigo ao colo.” (E6) “... a nível familiar inclusivamente à minha mulher, às minhas filhas e aos meus amigos, a meia dúzia deles essencialmente.”, “... apoio familiar ... sem isso nada feito ...” (E7) “Quando for para casa não tenho ninguém. Ou seja, tenho dois filhos, tenho mulher que trabalham, a minha mãe tem 83 anos, coitada, precisa que olhem por ela. Tenho apoio geral ...”, “De resto, ... se eu não puder fazer, tenho alguém que faça por mim.” (E8) “Tem pessoas amigas, até estou admirado da forma como sou tratado. Sinto-me muito satisfeito com todos eles.”, “... quando chamo sou logo auxiliado.”, “Que o tempo passe, ... das pessoas amigas e de toda a gente. Conversar comigo, darem-me boas ideias ...” (E9) “Tem sempre permanentemente a minha mulher.” (E10)*

Nos discursos dos doentes flui o apoio dos profissionais de saúde e este é mais uma vez referenciado com enfoque no autocuidado: *“No internamento tenho que agradecer a todos os enfermeiros que têm sido excelentes”, “Essencialmente com palavras de ânimo, de apoio, de estima.” (E7) Através das senhoras enfermeiras e quando não pude, eram elas que me auxiliavam. Enfermeiras e auxiliares e consegui ultrapassar essas dificuldades.” (E8) “... o Dr. Ramos e a Dr.^a.*

Joana e vem-me logo à cabeça a enfermeira Virgínia e a Sara ... Os outros só à 2ª ou 3ª é que veem as minhas dificuldades e vocês não, vocês foram diretas. É verdade que também já me conhecem há 6 anos e outros não.”, “*Olhe, com o vosso trabalho.*”, “*... eu reconheço que me ajudam, mas não sou capaz de pedir para me ajudarem. Portanto eu não precisava que me pedissem que eu ajudava automaticamente. Por isso, é o que eu espero e é isso que eu tenho tido.*”, “*Enquanto não estou a 100%, de transbordo uma ajuda com um braço é suficiente.*” (E10) Este último discurso salienta os profissionais que considera mais importantes no atual processo de transição que está a vivenciar.

De entre os profissionais de saúde foi dado destaque ao trabalho desenvolvido pela enfermeira especialista em reabilitação: “*Só lhe quero agradecer a si também e acima de tudo que isto corra pelo melhor depois do trabalho que está a ter e há muita gente que está a ter ... pelo menos isso que corra satisfatoriamente.*” (E4)

Sobre o processo de reabilitação emerge dos discursos: “*... é porque ainda está muito recente e portanto já dou os primeiros passos, eu acho que os primeiros passos para mim não estão a ser difíceis. Agora vou para casa vou treinar as canadianas pronto vou ... só que eu tenho dificuldade porque o corpo está inclinado para a frente ... mas se eu conseguir pegar nas duas eu acho se ... em breve encaixar a prótese desenrasco-me sozinho.*” (E1) “*... quando alguém me falar (prótese) ... eu vou dizer que sim, que aceito, que quero ...*” (E3) “*Se puder ir para casa, vou para casa, se tiver que ir e for vantajoso ir para os tais cuidados continuados prefiro, para ver se atinjo o objetivo mais rápido*” (E10). Este testemunho vê na articulação com os cuidados continuados uma mais-valia para se tornar autónomo de forma mais rápida e eficaz.

O otimismo que transparece dos testemunhos dos doentes evidenciam a maneira como cada um deles consegue interagir com no plano de cuidados que foi definido para si e no qual participou. No entanto, a tendência dos doentes é agarrar-se à ideia da protetização como algo definitivo apesar de serem alertados que essa situação só será definida à *posteriori*, numa consulta com o fisiatra. O facto de os doentes já terem tido outras experiências anteriores em que foram bem-sucedidos também ajuda a perspetivarem um futuro melhor.

Relativamente às barreiras arquitetónicas os doentes manifestam-se atentos: “*... o único apoio que eu preciso é para vir cá fora, é que eu tenho, em cada porta tenho um degrau. Ou tenho que fazer rampa, ou altear os passeios. Eu acho que é melhor optar por fazer rampa que subir os passeios.*” (E1) “*Para tomar banho queria que me ajudasse bastante que tenho uns pares de degraus a montar e precisava de alguém que me desse uma ajuda, ... Tenho o corrimão de um lado,*

tenho as muletas mas preciso alguém que me ampare ...” (E3) “Adaptado bem. Tudo normal.” (E5)

➤ **Indicador de processo: estar situado**

Para uma transição bem-sucedida é importante estar situado no espaço, no tempo e nas relações sendo que as comparações são uma forma de se orientar e justificar o que estão a vivenciar.

A introspecção que fazem, ao vivenciarem a transição, ajuda-os a perceber o que é necessário ajustar para tentar modificar atitudes menos corretas, referindo-se aos sentimentos e à disponibilidade que sentem, com discursos como: *“Vou ter mais tempo para pensar. Enquanto eu tinha a perna ia ajudando os outros. Estava mais preocupado em ajudar os outros do que a mim mesmo. E agora vou ter tempo para parar. A refletir mais um bocado e a pensar em mim. Que até aqui só pensava nos outros.” (E1).* Outros referem: *“Pensar nos tempos bons. Quando eu era normal. Penso muito, temos tempo para tudo. Penso muitas vezes nisso. E do que eu fiz também. Acho que foi bem feito.” (E2) “Não digo uma vida normal a 100%, mas uma vida normal a 80%.” (E7).* O estigma da deficiência imposto pela amputação está presente e é manifestado como algo que impede viver a vida da mesma forma

Relativamente à forma como sentem a doença emerge dos discursos: *“Tem dias de tudo. Tem dias que penso muito. Tem outros dias como outro qualquer. Não quero saber, faço a vida normal como outra pessoa qualquer. Só tenho aquelas 4 horas de prisão, mas se andasse a trabalhar eram 8 e assim são 4.”, “As minhas expectativas são: fazer diálise, chegar a casa e tomar o cafezinho com a mulher. Fazer a vida normal, jogar cartas, jogar à sueca com os meus amigos. Era o que eu fazia.” (E6).* O facto de já ter vivenciado outra transição saúde/ doença ajuda a encarar esta crise e ver o futuro com mais apaziguamento. Há sem dúvida um percurso que já foi feito outrora e quando bem-sucedido coopera para um avanço na transição atual, promovendo a adaptação pessoal e social.

No entanto, noutros doentes emergem dos discursos outro tipo de preocupação: *“... enquanto tenho a esposa ... se um dia ficar sem esposa vou eu para casa dos meus filhos ou então puxarei o fogão cá para baixo para a garagem. Eu como sei fazer comida, faço a minha cozinha na garagem.” (E3) “De imediato. Tenho a minha mulher que tem 50 anos, numa idade que minimamente me pode ajudar, tenho as minhas filhas que estão em minha casa que para já me podem ajudar ... daqui a algum tempo a mulher envelhece, eu envelheço, as filhas ficarão ou não em casa, não sei ...” (E7) “Pensei como é que vou fazer agora daqui para a*

frente. Agora os filhos estão criados. Agora tenho que tratar é de mim, olhar por mim. Agora na vida eu com as duas pernas, por exemplo: estava em casa, ... ajudava muito mais, hoje não vou fazer isso, sei lá." (E8). Nestes discursos verifica-se que o apoio familiar e a interajuda entre os membros são também motivo de reflexão, ficando clara a necessidade de redistribuição de papéis e funções, no entanto, há alguma incerteza em relação ao futuro.

Da aceitação pelo doente, recorrer à utilização de prótese de forma a tornar-se mais independente, eles sentem-no como: *"É-me indiferente. Agora se me pusessem eu aceitava, mas não sei se poderei pôr."*, *"... só depois disto estar curado."* (E9). Este discurso reflete o facto de alguém desvalorizar a importância de colocar uma prótese como fulcral.

Dos discursos salienta-se um que apesar de ter procurado e aderido ao plano de cuidados que a equipa lhe propôs, nomeadamente a enfermeira de reabilitação, não reconhece os objetivos do plano terapêutico como seus: *"... eu nasço para esta doença de forma inocente, a diabetes não dói, deixa andar, sempre gostei muito de comer ... portanto ... aqui estou para lutar, para atingir os objetivos que vocês profissionais me empurram, na direção de uma recuperação completa"* (E10)

➤ **Indicador de processo: desenvolvimento de confiança e lidar com a situação**

O desenvolvimento de confiança e lidar com a situação manifesta-se por sentimentos sólidos e pela compreensão das pessoas nos diferentes processos em que estão envolvidos. Ao recorrer a estratégias de *coping* eficazes conseguem uma melhor adaptação ao seu novo contexto de saúde, tal como já tivemos oportunidade de explorar anteriormente. Tal como refere Serra, citado por Bastos (2005, p. 52) as estratégias de coping têm objetivos específicos: *"(...) manter o stresse sob limites, manter a perceção de eficácia pessoal, restabelecer relações significativas (...) manter alguma esperança na reabilitação e perspetiva de futuro"*.

A perseverança e a autoconfiança que os doentes demonstram para conseguir atingir os objetivos implicam alternativas para se adaptarem: *"... treinar até conseguir sozinho."*, *"... eu tenho que tentar fazer os possíveis que fazia antes."*, *"... para mim é um bocado impossível derivado à coluna, mas sei que consigo atravessado na cama consigo. Comprido não, mas consigo atravessado. Portanto, vou tentar fazer isso."*, *"... se correr bem dá. Não a 100%, que não pode ser, mas manter-me normalmente em forma outra vez."*, *"... acho que nos braços tenho forças e que vou conseguir."* (E1) *"... a gente também sabe que realmente*

tem de ser assim que temos que fazer. Tem que haver um período que diz ... faz um bocado de ginástica ali ...” (E3) “Sinto a vontade de começar a andar, de começar a fazer uma vida normal. É isso que sinto.”, “Tirar uns cursos, isto é assim com 40 anos mudar de profissão e no tempo em que estamos ... não é impossível mas, tentar, tentar os possíveis.”, “Eu acho que vou recuperar bem. Tenho muita força de vontade. O que eu quero é recuperar.” (E5) “Mas tem de se ter força e andar para a frente.”, “... se realmente eu ficar bem não interessa mais nada. Eu faço a vida como fazia até aqui.” (E6) “É tentar conseguir movimentar-me por meios meus e não ser estorvo para ninguém.”, “... com o tempo e com mais um bocado de treino, acho que vou superar isso.”, “Agora neste momento já podendo ir pelos meus pés, já não tenho dificuldade nenhuma.” (E8)

O sentimento de esperança no futuro sobressai nos discursos dos entrevistados: *“... espero, não sei, mas daqui a 3, 4, 5 meses, 6 meses, que já esteja a fazer o trajeto normal como fazia antigamente.”, “... vou continuar a fazer a vida normal, continuar a ... estou na cama, chegar a hora da refeição venho à cozinha fazer a refeição, de vez em quando vou à varanda com as canadianas quando me habituar a isso e tenho mais dificuldade mas ... espero não ficar ...”, “Começando a recuperar, se a recuperação for boa ... espero daqui a ... 2, 3 meses já andar com as canadianas, pelo menos à vontade e fazer as minhas necessidades que precisar.” (E2) “Temos que ter esperança.” (E3) “Em casa, eu gosto de fazer bricolage ... e entretenho-me assim muito nos meus tempos mais ou menos livres.”, (E7) “A minha casa é muito ampla, ... para eu me movimentar não tenho dificuldade de espécie alguma.” (E10).*

O conseguir retomar as atividades de vida diárias, as funções e os papéis, apesar de alguns terem de ser adaptados, permite-lhes ter esperança no futuro, criar novos objetivos e aumentar a sua auto-estima. A esperança é definida como *“Sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia”.* (CIPE®, versão 1, 2005, p. 87)

Dos discursos analisados, a reabilitação surge como um trampolim para uma vida autónoma e libertadora tanto física como mentalmente: *“A colocar uma prótese e a fazer uma vida não normal mas como eu disse 70 ou 80 % espero ver isso. Não a 100 % mas a 80 % ou a 90 talvez, depende, acho que sim. Porque é que não posso sonhar?” (E2) “... quanto à recuperação penso que se me der com o material que vou comprar para poder andar, acho que não tem nenhum obstáculo. Penso que tudo vai correr bem ...”, “não penso em comprar carrinho de rodas, ... estou adaptado a isto ...” (E3) “E é assim, uma pessoa com uma prótese faz uma*

vida normal.” (E5) “Não me preocupa nada. O que eu quero é ir fazer a recuperação para ter a perninha e poder andar ... para poder durar mais um bocado com a mulher.” (E6) “Reabilitação. Depois de lá continuar a fazer uma vida, a fazer ginástica diariamente.”, “O que eu encarei bastante bem ... eu sabia que a partir daí, ainda agora com as novas tecnologias, as novas maneiras de estar que eu poderia fazer uma vida normal.”, “Desde o momento que me deram esperança de eu poder ficar com o coto (abaixo do joelho) eu agarrei essa hipótese como sei lá o quê ... eu bem sei que posso ter um nível de vida melhor, sei que vou ter uma vida completamente melhor.” (E7) “... existe medo mas acho que vou ultrapassar esse medo. Vou ganhando confiança em mim, portanto falta só um treinozinho para subir degraus que aqui ainda não tive hipótese. Mas acho que ... ainda não vi aí nada para poder tentar ...”, “Pôr uma prótese o mais rápido possível para eu poder deslocar-me. Com as muletas, talvez não seja tão prático como com a prótese.” (E8) “Eu espero que seja boa ...”, “... andar, senão não tentava.”, “Canadianas.”, “... se possível sozinho.”, “... só queria que me corresse tudo pelo melhor.” (E9)

Quando os doentes se olham ao espelho depois da perda do membro, eles manifestam emoções positivas: *“Agora gostava porque sinto que as coisas estão a correr bem e gostava de ver.” (E2) “... no aspeto físico não tem problemas, acho que encarei mais uma vez ... aspeto profissional e familiar é como digo encarei muito bem.”, “Mentalizei-me, ... sem uma perna vai fazer falta, mas não a vou ter, vou ter de me adaptar, vou ter que viver, seguir em frente.” (E7) “Pensamento positivo!”, “... eu tenho na minha família, ... foram assim e hoje fazem uma vida normal.” (E8) “ ... há outra coisa que é verdade: se tanta gente consegue porque é que eu não hei-de conseguir.”, “Andar com a prótese como se nada fosse, mas sei que vai ser muito difícil.” (E10)* O facto da evolução clínica ser favorável e o constatarem que outras pessoas na mesma situação conseguiram adaptar-se, permite ao doente aceitar melhor a sua condição física e adaptar o seu conceito de auto-imagem.

DIAGRAMA 6: Indicadores de resultado



➤ **Indicador de resultado: mestria**

Através dos indicadores de resultado a pessoa evidencia aquisição de capacidades e competências que lhe permitem controlar o ambiente e as situações decorrentes da transição tendo como objetivo o máximo de autonomia possível.

Ao longo dos discursos dos doentes foram referidos vários aspetos relacionados com a aprendizagem: *“Aprendi a equilibrar-me, aprendi a fazer exercícios que não fazia.”* (E5) *“... esticar a perna, a ganhar músculos nas pernas para me segurar ... foi muito útil ...”* (E6) *“Aprendi a sair de uma cadeira, entrar para uma cadeira de rodas ... a fazer o essencial, a ir à casa de banho, posição de entrada e de saída ... entrar e sair de uma cama, ... Fases fundamentais e essenciais da vida de um amputado.”*, *“Neste momento não tenho dificuldades... consigo ser autónomo.”* (E7). Desta forma, consideramos que estes doentes adquiriram ou aperfeiçoaram capacidades e competências que lhes permitiram progredir favoravelmente na transição.

➤ **Indicador de resultado: integração fluida da identidade**

A categoria integração fluida da identidade relaciona-se com a capacidade da pessoa reformular a sua identidade com a integração de novos papéis e responsabilidades após a rutura provocada pela transição.

Ao longo das entrevistas houve respostas que indiciam a manutenção da identidade: *“Não tenho nada que pensar naquilo que os outros estão a pensar.”*, *“... o que os outros pensam não me diz nada.”* (E1) *“Porque a gente só pensa que isto só acontece aos outros ...”* (E2) *“A minha auto-imagem é capaz de ter mudado mas para as outras pessoas, para mim não me preocupa minimamente.”* (E4). Assim sendo, consideramos estes doentes bem encaminhados para terminarem este processo de transição saúde/ doença que culminou com a necessidade de amputação.

De salientar que 50% dos elementos entrevistados referiram concretamente não lhes incomodar falar abertamente sobre a amputação (E1, E2, E5, E6, E7) podendo também ser um bom indício de que mantêm preservada a integração fluida da identidade.

1.4 Terapêuticas de enfermagem

➤ Terapêuticas de enfermagem: ensino

Esta unidade foi designada por ensino uma vez que, segundo o Dicionário de Português da Porto Editora (2011) este termo significa transmitir conhecimentos, instruir, educar, treinar, indicar e que é perceptível nos discursos dos doentes.

Estes profissionais, segundo os discursos dos doentes **explicaram**: “... cá a enfermeira ... e uma senhora (a fisiatra) ...” (E1) “O que os enfermeiros me disseram foi para continuar a fazer os exercícios que me tinham explicado.” (E2) “... ocuparam-se de me dar uma explicação, de não me mandarem embora assim com uma mão atrás e outra à frente” (E3) “A senhora e a assistente social.” (E8) sendo que explicar segundo a CIPE®, versão 1, (2005) é uma “Ação de Informar com as características específicas: Tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém.”, **avisaram**: “As enfermeiras já me tinham avisado.” (E1) “Os enfermeiros é que me indicaram, ... faça desta maneira e daquela ...”, “Os cuidados são mais os enfermeiros do hospital que me têm avisado ... (E3) tomando avisar de acordo com a CIPE®, versão 1, (2005) como uma “Ação de Orientar com as características específicas: Sugerir que deve ser seguido o rumo da ação empreendida.” e **aconselharam**: “... eles aconselham-me sempre o melhor possível.” (E1) “... agora você tem que fazer assim, tem que fazer assado e quando for para casa você ... vai fazer igual ...” (E3) sendo que aconselhar segundo a CIPE®, versão 1, (2005) é uma “Ação de Orientar com as características específicas: Capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo.”.

Estes aspetos são importantes na medida em que, é necessário que o doente e a família tenham consciência que o processo de adaptação e reabilitação é um processo contínuo e interdisciplinar que não termina com a alta hospitalar. Por outro lado e corroborando com Menoita (2012, p. 27) “*deve-se ter consciência que o processo de transição é da pessoa e o caminho a ser traçado é aquele que a pessoa quiser*”.

No entanto, a grande parte dos discursos realça o trabalho desenvolvido pela enfermeira especialista em reabilitação.

Pelos discursos dos doentes depreende-se ter havido uma abordagem na área do ensino com os objetivos de **educar**: “A única pessoa que para já me deu algumas dicas foi até a enfermeira.” (E2) “Aprendi muita coisa ...”, “... verificar melhor antes de ir para a cama, como é que tenho as pernas e os pés.” (E3) “Ensinou-me algumas coisas ...” (E4) “... mas ainda fiz pouco porque eu sou muito

indisciplinado ...”, “Os ensinamentos foram relevantes mas tiveram o azar de cair numa pessoa muito instável emocionalmente ...” (E10). Segundo a CIPE®, versão 1, (2005) educar é uma “Ação de Ensinar com as características específicas: Transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém.”; de **instruir** e que é demonstrado nos seguintes discursos: “... qual é a posição em que devia estar ... várias posições ... tentar pôr sempre o corpo direito, de vez em quando trabalhá-lo a 90 °, se for possível deitar-me de barriga ...”, “Diz ela: faça isso, que é a melhor solução.” (E1) “Aprendi o que devo fazer, que eu não sabia.”, “Para agora foi a enfermeira ...”, “... já foi um começo ... Em vez de estar parado, o pouco que fiz foi um começo.”, “... ajudando a recuperação.”, “Isso era muito bom.” (E2) “... tenho quem me diga faz assim, faz assado, fazes bem.” (E3) “A maneira como me posiciono com as canadianas, a maneira como o equilíbrio é um fator determinante ... é o que vai mexer mais comigo é as canadianas.” (E4) “Para não pousar o coto em cima das canadianas, quando tirar os pontos ver se está tudo ok, fazer vigilância.” (E5) Foi a senhora enfermeira. É muito bom. Foi um alívio.”, “Vão-me ensinar a trabalhar e a andar para ser um homem como outro qualquer.” (E6) “Quem me ajudou foi a D.^a ... foi meio caminho andado, não tive problemas. Na cadeira de rodas, para poder virar, para pôr na posição certa. Isso é logo um aconchego.”, “... fazer aquilo que eu puder, não cair ...” (E7) “ Eu acho que já me ensinou muita coisa.”, “Ensinou-me a ser paciente ... ensinou-me como é que hei-de fazer com o coto. Como é que são as maneiras como devo posicionar e ter ... certa ginástica que devo fazer ...”, “Quem me explicou foi a enfermeira Virgínia.”, “Já me disseram tantos cuidados ...”, “Para já só tenho informações da senhora enfermeira.” (E8) “Muito, auxiliou-me muito.”, “Aprender a mudar-me para as cadeiras, ...”, “... a ginástica, saber que tenho que fazer força nos braços para as transferências.” (E9) “Essencialmente de cuidados para que esteja sempre presente no cérebro a falta do resto da perna e portanto para qualquer atividade que queira fazer ter sempre em atenção isso para que não me precipite numa possibilidade de queda.” (E10). Segundo a CIPE®, versão 1, (2005) instruir é uma “Ação de Ensinar com as características específicas: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa.”; e de **treinar**, este aspeto também é evidenciado nos discursos: “... ter cuidado, ... não abusar das canadianas ... se bater aqui com o coto estou sujeito a ir à vida ...”, “Para ganhar mais músculos nos outros membros ...”, “... vou fazer um bocado de cada coisa durante todo o dia ... esticando ou ponho-me em pé, ... encostar-me à parede ... a fazer força nesta.” (E1) “Muita coisa ... a ter calma, de esticar as perninhas. “, “Insistiu bastante. Insistiu e continua a insistir até eu me ir embora.”, “... vou continuar a fazê-los quando puder. Quando me lembra e quando posso, fazer tudo o que vocês me

explicaram. Tenho tempo vou-os fazer.” (E3) “Acho que evolui um bocadinho. Se não fosse isso, eu até nunca mais tinha ligado a nada. E assim tenho-me preocupado mais um bocado para andar melhor nas canadianas e em tudo.”, “... certa ginástica ... fiz alguma, ia fazendo alguma e acho que o sucesso foi para mim.” (E8). Segundo a CIPE®, versão 1, (2005) treinar é uma “Ação de Instruir com as características específicas: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.”

É também salientada nos discursos a abordagem realizada pelos enfermeiros de reabilitação na área do orientar com o sentido de **aconselhar**: *“Dando conselhos, dando conselhos ...” (E2) “Essencialmente os conselhos.” (E7) e do orientar antecipadamente* quando abordados sobre informações dadas no âmbito dos produtos de apoio e articulação com a rede de apoio social: *“A enfermeira Virgínia.” (E4, E10) “A senhora enfermeira.” (E5, E6, E9). Segundo a CIPE®, versão 1, (2005) orientar antecipadamente é uma “Ação de Orientar com as características específicas: Encaminhar antecipadamente as pessoas sobre assuntos de saúde.”*

A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação visa intervir na promoção da independência no autocuidado, adaptando e capacitando os doentes ao longo do seu processo de transição saúde/ doença para que esta se faça da forma mais favorável possível, tal como está descrito nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, segundo o Regulamento nº 125/2011, publicado em Diário da Republica, 2ª série, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

Ao desenvolver as suas atividades e de acordo com Menoita (2012, p. 35) o enfermeiro de reabilitação *“constitui uma mais-valia na avaliação e melhoria dos resultados, conseguindo melhores níveis de capacidade funcional, promovendo o coping efetivo, a qualidade de vida e a satisfação”*.

Dos discursos dos doentes emerge que é benéfico iniciar a reabilitação o mais precoce possível: *“... o bocadinho do princípio foi consigo. Antecipação do tempo, o que é ótimo.” (E4) “Ela ao fazer isto está a fazer bem a todos. E também quer o bem-estar da pessoa.” (E1).* Há o reconhecimento por parte dos doentes, que a insistência da enfermeira de reabilitação na execução do plano de trabalho por ambos definido tem, como refere Menoita (2012, p. 35) ao citar Ventura (2002) *“como objetivo minimizar a incapacidade do doente através de um permanente estímulo à autoconfiança, tendo em vista uma adaptação futura, em que o indivíduo é auxiliado a ajustar-se à sua deficiência, desenvolvendo novas capacidades, utilizando os seus recursos e aprendendo a viver com as incapacidades residuais permanentes”*. Por outro lado, corroborando com Hesbeen (2003) e Menoita (2012,

p. 33) o cuidado de enfermagem de reabilitação *“é caracterizado por uma intencionalidade e subtileza específica que entende a pessoa, numa perspetiva holística, valorizando a pessoa corpo-sujeito em detrimento do corpo-objeto”*.

Concluída a análise e apresentação dos dados passamos à discussão dos dados onde se pretende fazer emergir o conteúdo significativo dos discursos obtidos na recolha de dados.

2. Discussão dos Dados

Este trabalho projetou-se com base nos relatos dos doentes que vivenciaram uma transição saúde/ doença com a especificidade de se tratar de uma doença crónica que culminou em amputação.

Não é fácil falar na primeira pessoa, muito menos quando se impõe retratar sentimentos e experiências dolorosas, daí que salientamos a qualidade dos testemunhos que obtivemos. O reflexo do contributo dado pelos testemunhos, contribuirão para uma reflexão e melhoramento dos cuidados de enfermagem na medida em que, fazem compreender melhor algumas necessidades e expectativas que ao serem atendidas proporcionam maior satisfação ao doente e família.

Fundamentalmente, da discussão emerge o conteúdo significativo dos testemunhos obtidos após a recolha e análise de dados. O produto deste processo foi analisado e apresentado de forma a constituir ligação com o problema de investigação proposto inicialmente.

Assim sendo, o facto da amostra deste estudo ser do género masculino, pela longa experiência de trabalho com doentes com patologia vascular, parece casual. Há semelhança do que diz a literatura o género em que prevalece a doença pode variar de uns estudos para os outros e depende dos critérios de inclusão e exclusão do próprio estudo de investigação. De acordo com um estudo do Observatório Nacional de Saúde (2005) sobre a prevalência de doenças crónicas é evidente a predominância de idosos, sendo a maioria do género feminino no entanto, ambos os sexos apresentam igual suscetibilidade para condições patológicas. Segundo alguns autores como Costa-Júnior & Maia (2009) estes resultados estão relacionados com o facto das pessoas do género masculino não terem por hábito a prevenção da saúde, recorrendo a estes serviços apenas perante a evidência e persistência dos sintomas. Tal facto justifica a discrepância de números estatísticos que muitas vezes aparecem e o diagnóstico tardio que pode ser inibidor de bom prognóstico.

Relativamente ao enquadramento etário, a amostra enquadra-se no que está previsto em publicações como Phipps et al. (2003, p. 149) quando referem que *“os idosos são mais propensos a doenças crónicas, prolongadas, mas também é verdade que qualquer pessoa pode ter uma doença ... crónica, em qualquer idade”* e num estudo realizado pelo Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (2008, 62) que ao enquadrarem a patologia crónica afirmam que *“em geral, ... afeta as pessoas idosas”* no entanto, é de salientar que, se por um lado, a esperança média de vida nos leva a ter cada vez mais, pessoas idosas e que a qualidade da assistência prestada permite que as pessoas vivam mais anos com a sua doença crónica controlada por outro lado, não é menos verdade que as pessoas começam a sofrer de doenças crónicas cada vez mais novas e que a probabilidade de sofrerem as consequências disso mais cedo também aumenta.

O facto de todos os elementos do estudo terem uma convicção religiosa torna-se relevante quando prestamos cuidados holísticos à pessoa e percebemos até que ponto esta dimensão pode influenciar positiva ou negativamente a transição saúde/ doença que está a fazer. Por outro lado, o enfermeiro deve respeitar essas convicções e perceber até que ponto poderá afetar as práticas necessárias e os tratamentos propostos.

O estado civil não implica necessariamente que a pessoa que experiêcia uma transição saúde/ doença tenha apoio incondicional no entanto, pode ser indicativo de como a pessoa está integrada no seu agregado familiar e que papéis desempenha. De qualquer forma, para o profissional que cuida desta pessoa interessa perceber mais e realizar o seu genograma e ecomapa para perceber quais os recursos que pode e deve trabalhar com este doente e família de forma a melhor fazer a atual transição e até que ponto a comunidade e a sociedade de que fazem parte poderão ser facilitadores ou inibidores da transição.

A literacia ajuda a que as pessoas se interroguem mais, saibam pesquisar a informação que lhes interessa e exijam de uma forma diferente os cuidados a que têm direito. Segundo um estudo sobre A Dimensão Económica da Literacia em Portugal: Uma Análise (2009) *“As competências de literacia desempenham também um papel importante na saúde das populações. Na medida em que os níveis gerais de saúde da população dependem de escolhas individuais relativamente à alimentação e ao estilo de vida, a literacia e as competências em Tecnologias da Informação e da Comunicação, ... podem assumir um papel significativo permitindo às pessoas aceder a informação que seja relevante para a sua saúde.”*

Por outro lado, o profissional de saúde também tem de ajustar a sua atuação perante os conhecimentos do doente, para que haja uma efetiva comunicação e para que garanta que o doente entendeu a mensagem.

Smeltzer e Bare (2005, p. 162) ao referenciarem Ridder et al. (1997) afirmam que *“pacientes bem formados e educados em geral preocupam-se mais com a saúde e fazem o que é necessário para mantê-la do que os pacientes desinformados”*.

Efetivamente para se conseguir um verdadeiro trabalho de adaptação, recuperação e reabilitação é, sem dúvida alguma, necessário que o doente, a família e a equipa multidisciplinar estejam em verdadeira relação de ajuda para atingirem o mesmo objetivo. Este aspeto é importante na medida em que têm que trabalhar todos em sintonia o plano de recuperação e de reabilitação para ir de encontro aos objetivos e às expectativas de cada doente em particular.

Sabemos através da literatura que, dependendo do estadio da doença aquando do diagnóstico, o prognóstico ao fim de um ou de cinco anos pode ser dramático implicando uma amputação ou a morte da pessoa (Norgren, I. et al., 2007, p. S6) no entanto, com os dados que temos do estudo consideramos não serem suficientes para tirar conclusões.

A evidência também nos mostra que os fatores de risco mais preponderantes nesta patologia são a diabetes e o tabaco (Norgren, I. et al., 2007, p. S7) no entanto, é curioso que, nesta amostra, a percentagem está invertida em relação ao descrito na literatura.

Ficou clara a importância da natureza das transições para se perceber as vertentes em que se torna evidente a necessidade de intervir enquanto profissionais de saúde, com a perspetiva de um cuidar holístico. Os enfermeiros e em especial o enfermeiro com especialidade em reabilitação têm capacidades e competências para intervir tanto ao nível da família como sociocomunitário. O facto de estarem sempre presentes, a nível institucional, favorece não só o contacto com o doente e família como o detetar de problemas sendo possível articular com eles e os demais profissionais da equipa interdisciplinar possíveis estratégias de resolução. É visível a preocupação dos profissionais de enfermagem no desenvolvimento de potencialidades para a autonomia do doente no autocuidado.

Segundo Orem o autocuidado é *“o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o auto-cuidado é realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano”* (George, 2000, p. 84).

O processo de saúde/ doença/ deficiência que os doentes vivenciam transporta-os por uma experiência de sofrimento insuportável até ao sentimento de alívio passando por uma solução drástica. Esta ambivalência de sentimentos confronta o doente com as realidades vivenciadas ao longo do tempo, fruto de uma

reflexão profunda sobre os comportamentos anteriores e as mudanças que esta transição impõe.

O apoio social e psicológico ao doente e à família foi outro fator referenciado pelos entrevistados. O ideal seria que este apoio fosse solicitado precocemente e porque não, haver a possibilidade de um acompanhamento efetivo desde o seguimento na consulta de cirurgia vascular. Todos já sabemos que o prognóstico é reservado e que o fim, mais cedo ou mais tarde, será a amputação; que este doente verá o seu sofrimento aumentar pela dor e por tratamentos invasivos então, quando referenciado deveria ter a possibilidade de ser seguido por uma equipa de grupo interdisciplinar que fizesse uma avaliação das suas necessidades e fosse trabalhando no sentido de evitar a progressão da doença e/ ou preparar o doente/família para uma transição que se avizinha. Pensamos que desta forma, conseguíamos contornar algumas das necessidades, dos receios e adversidades ao tratamento que se impõe nesta fase. Mais, consideramos que, eventualmente, conseguir-se-ia diminuir o número de reinternamentos existentes pelo descontrolo dos fatores de risco e dos sintomas.

A alteração física da qual o doente é vítima traduz-se, frequentemente, em dificuldades económicas e sociais que poderão ser minimizadas com a colaboração do assistente social, quando solicitado. Um dos sentimentos mais referenciado pelos doentes é a tristeza de vivenciar uma amputação. Esta torna-se difícil e dolorosa, sendo uma situação que nunca foi esperada por eles nem pela família no entanto, apesar de todas as dificuldades e sofrimento não se deixam abater, lutando contra a doença instalada e mantendo a esperança. Os enfermeiros, pela presença constante que têm, não devem descurar a preparação psicológica do doente e família mostrando-se disponíveis, perspicazes, sensíveis e atentos para ouvir as suas preocupações e incentivá-los a expressar os seus sentimentos. Desta forma, pode-se progredir para a plenitude do cuidar e porque não, do reabilitar.

Apesar de haver necessidades manifestadas em comum não devemos esquecer que cada doente e família são singulares e como tal devem ser analisados especificamente, cabendo ao enfermeiro identificá-las de forma a minimizar o impacto da rutura desencadeada pela doença e internamento. Pois à medida que a equipa se envolve em todo o processo, torna-o mais humanitário assumindo uma postura de ajuda e cuidado, de forma a alcançar um horizonte de novas relações.

Relativamente aos familiares, os doentes são unânimes em considerar que são um “porto de abrigo” onde recorreram durante a evolução da doença e com quem contam para a recuperação. Admitem porém, nem sempre terem agido

corretamente com eles, dado terem ignorado alguns conselhos e tendo sido agressivos no relacionamento apesar de associarem este facto ao sofrimento.

O facto de já terem tido outras experiências de transição anteriores relacionadas com a doença cuja recuperação foi bem-sucedida e nas quais foram capazes de se reorganizar de forma eficaz para dar resposta à crise accidental faz com que sejam otimistas em relação à reabilitação.

Em relação aos profissionais onde foi realizado o estudo sugere-nos afirmar que, perante os resultados obtidos através das entrevistas, os doentes reconhecem empatia e profissionalismo na equipa interdisciplinar. Foi destacado pelos doentes o trabalho realizado pela enfermeira especialista em reabilitação. Julgo que este aspeto se prenderá com o facto de ser o profissional que mais direciona a sua atividade para tornar o doente autónomo no seu autocuidado e mobilidade e que efetivamente, o tempo que disponibiliza para estar com o doente e com a família é rentabilizado indo de encontro às suas necessidades, anseios e preocupações.

Foi também dado algum realce às expectativas elevadas que os doentes têm quando encaminhados para unidades da rede de cuidados continuados na esperança de alcançarem a autonomia.

De salientar que a necessidade de amputação implica alterações psicossociais, afetivas, fisiológicas, económicas, para as quais devemos estar atentos e valorizar. Como profissionais devemos interpretar tudo o que o doente e a sua família não são capazes ou não querem dizer por palavras e sermos nós a ir de encontro às suas necessidades. Isto porque, nem sempre as pessoas são capazes de admitir que têm dificuldades em procurar ajuda, independentemente de ser por vergonha ou desconhecimento.

Outras vezes, é pela cultura e crenças que o doente tem, que o faz não procurar ou agir de determinada forma e para as quais devemos estar despidos e adequar os cuidados, sem juízos de valor ou preconceitos.

Apesar da alteração da auto-imagem ser algo que preocupa os doentes é nítida a força de vontade e as estratégias de adaptação que os doentes utilizam para ultrapassar esse aspeto.

O facto de conseguirem identificar as barreiras arquitetónicas, darem sugestões para as eliminar e verem os produtos de apoio como um suporte essencial é indicativo da progressão favorável na transição, podendo este aspeto estar relacionado com o trabalho desenvolvido pela enfermeira de reabilitação com o doente neste percurso.

No entanto, a prótese torna-se, sem dúvida, na maior parte dos casos, como a fonte de esperança para o retomar de funções e papeis na família, comunidade e sociedade, da qual faziam e se espera façam parte integral.

Em jeito de síntese apresenta-se o modelo de análise de Meleis bem como alguns eixos de discurso que sustentam esse mesmo modelo (figura 5).

CONCLUSÃO

Há décadas que se faz investigação em enfermagem em Portugal, no entanto, parece ainda difícil aos enfermeiros assumir a sua responsabilidade no desenvolvimento desta vertente profissional. Na escalada da enfermagem, na busca da afirmação como ciência, é importante cimentar uma prática baseada na evidência, regendo-se por princípios científicos e na procura de novos conhecimentos, que só a investigação poderá justificar. Este crescimento terá, certamente, como consequência uma maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde e, especialmente, da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes e às famílias.

Como ponto de partida num desafio académico, e com vista ao cumprimento de uma exigência curricular a problemática abordada parece-nos pertinente, tendo motivado fortemente as investigadoras, tanto pela identificação com o tema, como com a sua grande contemporaneidade e importância para a enfermagem.

A enfermagem é uma ciência cuja especificidade é o cuidado à pessoa, individualmente, na família, ou em comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo autonomamente ou em equipa cuidados de promoção e proteção da saúde, prevenção e recuperação da doença.

A doença crónica e a diferença física que dela pode advir poderão forçar uma mudança no estilo de vida. Desta forma, o doente submetido a uma amputação deve ser visto como um todo, sendo objetivo da equipa interdisciplinar que este seja capaz de se tornar independente aproveitando ao máximo as suas potencialidades. Para que isto aconteça este tem de se sentir bem, sem dor e sem complicações para estar disponível e colaborar no processo de transição no qual a reabilitação tem um papel fulcral.

Não podemos esquecer que o doente é parte integrante de uma família que por sua vez, também tem vivenciado a evolução da doença crónica e, por isso, implicada no processo de transição saúde/ doença, já para não falar da transição que a família enquanto instituição tem que fazer.

Sendo a família um sistema social, composto por um conjunto de pessoas que interagem entre si, desempenha um papel insubstituível no desenvolvimento e apoio aos seus elementos. O internamento e o impacto da doença num membro da família afeta, de modo inequívoco, toda a unidade familiar, implicando importantes

mudanças nas rotinas e estilos de vida de todos. A família tem de exercer um esforço de forma a cumprir as tarefas habituais e corresponder, simultaneamente às exigências acrescidas, resultantes da doença/ internamento de um dos seus membros.

É necessário ter sempre presente que cada doente/ família é única, com a sua cultura, valores, crenças, atitudes, objetivos e prioridades. A forma como a deficiência os afeta depende de vários fatores e varia de pessoa para pessoa. Perante os problemas que vão surgindo, o agregado familiar inicia todo um conjunto de ajustes nas suas relações intra-familiares, no sentido de se adaptarem à situação. Com o tempo acaba por haver essa adaptação, mas são frequentes as fases de desânimo e angústia, principalmente em situação de doença relativamente à sua recuperação e ao futuro.

Cabe aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros de reabilitação a aproximação ao doente e aos seus familiares para de alguma forma intervir neste momento de crise, tentando saber mais sobre o doente e sua família, mobilizando os seus conhecimentos a nível cognitivo, sócio-afectivo e funcional.

Sendo a família o pilar central quando pensamos no apoio social que o doente necessita, torna-se premente gerir o seu envolvimento no autocuidado do doente exigindo a quem o faz experiência e sensatez para conseguir uma abordagem holística. Corroborando com Martins (2003) quando ao citar Stryker refere que a enfermagem de reabilitação é, um excelente exemplo do que significa a enfermagem holística.

Prestar cuidados de enfermagem adequados e instruir o doente e a família a prestar alguns cuidados, esclarecer sobre os recursos disponíveis na comunidade, tipo de apoio económico que podem usufruir assim como produtos de apoio e centros de reabilitação, no sentido de os auxiliar na satisfação das suas necessidades, são atividades importantes do enfermeiro.

Nas funções desenvolvidas pela enfermagem de reabilitação, para além da relação enfermeiro/ doente/ família está também incluída a comunidade no processo de tratamento e recuperação, devendo, sem dúvida, haver uma articulação estreita entre os diferentes recursos que são oferecidos pela comunidade e as instituições onde o doente está internado. O assegurar a continuidade de cuidados, não descorando a importância dos prestadores de cuidados informais orientando-os e acompanhando-os reforça e dá visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação.

A problemática que envolve a nossa pesquisa, “Doente sujeito a amputação do membro inferior: o enfermeiro de reabilitação no processo de transição”, é

complexa, pois a dinâmica relacional entre o enfermeiro e o doente exige atenção a múltiplos fatores dos quais depende o seu sucesso.

A abordagem qualitativa, com base num estudo exploratório-descritivo, de orientação fenomenológica, foi a metodologia por nós selecionada por ser a que mais parece adequar às características do nosso estudo.

O facto de diariamente nos confrontarmos com a necessidade de se realizarem amputações *major* dada a fase avançada, que os doentes com patologia arterial, chegam ao serviço da especialidade reforça a necessidade da realização de um estudo deste tipo.

Daí que com os resultados obtidos com esta investigação também consigamos compreender as necessidades que os doentes mais referem e até que ponto a intervenção do enfermeiro e em particular do enfermeiro de reabilitação pode ser ajustada para um maior contributo no processo transaccional para que o doente integrado no seu meio consiga atingir um nível de qualidade de vida satisfatório.

A elaboração deste estudo foi para nós um desafio. Apesar das dificuldades sentidas, como o tempo disponível para a concretização do mesmo e alguma inexperiência no âmbito da investigação, estas foram colmatadas com a pesquisa desenvolvida e com as reuniões de orientação do trabalho, servindo de estímulo à procura das melhores soluções, para uma melhor prestação de cuidados.

Consideramos ter atingido os objetivos a que nos propusemos inicialmente, sendo certo que a realização deste estudo, também proporcionou momentos de reflexão, confrontação e aquisição de conhecimentos.

Enquanto profissionais de saúde com a especialidade em enfermagem de reabilitação, ocorrem-nos algumas sugestões que gostaríamos de deixar expressas a nível da prática de cuidados, do ensino e da investigação. Assim sendo, quanto à prática de cuidados, sugerimos que no serviço onde foi realizado o estudo se continue a empenhar-se na formação da equipa para uma visão holística do doente dado que só trabalhando toda a equipa interdisciplinar com este objetivo se consegue ajudar o doente e a família a ter uma transição saudável. Eventualmente, sugerir à enfermeira de reabilitação a elaboração de um panfleto elucidativo dos cuidados que o doente deve manter no pós alta e com algumas informações úteis relacionadas com o seu processo de transição saúde/ doença/ deficiência.

Relativamente à componente do ensino, tanto a nível da licenciatura como da especialidade de reabilitação há pouca formação que contemple a área da angiologia e cirurgia vascular, refletindo-se na prática dos enfermeiros pela dificuldade em trabalhar com o doente amputado e adapta-lo à sua nova condição

física. Daí, dar como sugestão a integração do doente amputado no plano de formação nos vários graus académicos.

Por outro lado, julgamos pertinente continuar a haver investigação nesta área e perceber, do trabalho do enfermeiro de reabilitação, quais as intervenções que mais resultados produzem para obter a independência e adaptação do doente amputado, otimizando mais o trabalho destes profissionais e conseguindo indicadores precisos que traduzam ganhos efetivos em saúde. Outro estudo que se tornaria interessante fazer, do nosso ponto de vista, era perceber como passado algum tempo após o regresso a casa, como é que efetivamente estes doentes fizeram a transição.

Pretendemos dar conhecimento dos resultados à instituição na qual foi realizada a colheita de dados, com o objetivo de promover nos profissionais que aí trabalham uma reflexão sobre a intervenção que têm junto dos doentes submetidos a amputação do membro inferior. É nossa intenção suscitar algumas mudanças de comportamento, postura e intervenção junto destes. Ambicionamos também ter oportunidade de publicar este estudo para divulgar resultados, fundamentar a prática e dar visibilidade à enfermagem de reabilitação.

Para finalizar e corroborando com Menoita (2012, p. 35) que refere Hesbeen (2000) afirmando que *“mesmo quando não é possível promover a autonomia e a resiliência, os Enfermeiros de Reabilitação são aqueles que terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais dependentes”*.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, José Luís Pio – *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1994, 276 p.

ABREU, Paula; VIEIRA, Nélia – *As Vivências do Enfermeiro Perante a Morte do Utente nos Serviços de Medicina do CHF*. Sinais Vitais, nº 48 (Maio 2003) p. 39-42 ISSN: 0872-8844.

ABREU, Wilson Correia de – *Saúde, doença e diversidade cultural: pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais*. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 240 p. ISBN: 972-771-638-1.

ABREU, Wilson Correia de – *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recursos aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau, 2008. 126 p. ISBN: 978-972-8485-96-2.

ALBUQUERQUE, Letícia; FALKENBACH, Atos Prinz – *Imagem corporal em indivíduos amputados*. Revista Digital [em linha], Buenos Aires, ano 14, nº 131 (Abr. 2009). [Consult. em 26 de Outubro de 2010] Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd131/imagem-corporal-em-individuos-amputados.htm>

ALVES, Dina [et al.] – *Cultura e imagem corporal. Fundação técnica e científica do desporto*. Motricidade [em linha] (Mai. 2009). p. 1-20 ISSN: 1646-107X [Consult. em 3 de Outubro de 2011] Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/mot/v5n1/v5n1a02.pdf>

ANDRÉ, Carlos; CUNHA, Maria Clara Martins – *Empatia como fio condutor do cuidar em enfermagem*. Servir, vol. nº 49, nº 1 (Mai./ Jun. 2001) p. 129-135.

BARCELOS, Marta – Glossário. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coordenação) – *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p. 567-578. ISBN: 972-603-326-8.

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009, 226 p. ISBN: 978-972-44-1506-2.

BASTOS, Ana [et al.] – *Áreas de Intervenção dos Enfermeiros, na Adaptação da Pessoa à Situação de Doença*. Sinais Vitais, nº 60 (Mai. 2005) p. 49-54. ISSN: 0872-8844.

BELL, Judith – *Como realizar um projecto de investigação: um guia para a pesquisa em ciências sociais e da educação*. Lisboa: Gradiva 1997, 212 p. ISBN: 972-662-524-6.

BENJUMEA, Cármen de la Cuesta – *Família e Salud*, Revista Rol de Enfermería, nº 203-204 (Jul./ Ago.) 1995, p. 21-24.

BERGER, Louise M.; POIRIER, Danielle Mailloux – *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1994, 594 p. ISBN: 972-95399-8-7.

BITTENCOURT, Renata Souza – *Amputação e estratégias defensivas*. Palhoça, Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de conclusão de Curso II, como requisito parcial para a obtenção do título de psicólogo apresentada à Universidade do Sul de Santa Catarina, Brasil, 2006, 72 p. [Consult. em 22 de Abril de 2011] Disponível em: <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/RenataSouzaBittencourt.pdf>

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – *Investigação Qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994, 335 p. ISBN: 972-0-34112-2.

BOLANDER, VerolynBarnes: Sorensen e Luckmann – *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. 3.^a ed., Lisboa: Lusodidacta, 1998, p. 397-423. ISBN: 972-96610-6-5.

BRESSAN, Vânia Regina; SCATENA, Maria Cecília Moraes – *O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: Um enfoque fenomenológico*. RevLatino-am Enfermagem [em linha] (Set./ Out. 2002) p. 682-689. [Consult. em 8 de Março de 2011] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a9.pdf>

BRITO, José Carlos. IN: *Cirurgia Vascular: Cirurgia Endovascular e Angiologia*. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda., 2002, p. 793-1512. ISBN: 972-43-0492-2.

BUCHOW, Hartmut; CAYOTTE, Elodie; AGAFITEI, Lucian – *Circulatory diseases - main causes of death for persons aged 65 and more in Europe*, 2009. Eurostat, Statistics in focus (Jan. 2012) [em linha] [Consult. em 26 de Fevereiro de 2012] Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-12-007/EN/KS-SF-12-007-EN.PDF. ISSN: 1977-0316

CABETE, Dulce Gaspar – *O Idoso, A doença e o Hospital: O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência, 2004, 175 p. ISBN: 972-8383-89-4.

CARRILHO, Maria José; PATRÍCIO, Lurdes – *A situação demográfica recente em Portugal*. Revista de estudos demográficos [em linha] nº 48 (2010) p. 101-145, [Consult. em 26 de Fevereiro de 2012] Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=103155854&ESTUDOSmodo=2

CARVALHO, Jorge Miguel de Sousa – *O homem portador de carcinoma da próstata: uma transição no masculino*. Loures: Lusociência, 2012, 175 p. ISBN: 978-972-8930-73-8.

CARVALHO, Maria Dalva de Barros; VALLE, Elisabeth Ranier Martins – *A pesquisa fenomenológica e a enfermagem*. ActaScientiarum [em linha], Maringá, v. 24, nº, 2002, p. 843-847. [Consult. em 8 de Março de 2011] Disponível em: http://scholar.google.com/scholar_url?hl=pt-PT&q=http://eduemojs.uem.br/

CHICK, Norma; MELEIS, Afaf Ibrahim – *Transitions: a nursing concern*. Nursing reseach methodology [em linha], 1986, p. 237-257, [Consult. em 20 de Abril de 2011] Disponível em: <http://repository.upenn.edu/nrs/9/>

CHINI, Gislaine; BOEMER, Magali – *A amputação na percepção de quem a vivencia: um estudo sob a ótica fenomenológica*. Rev Latino-am Enfermagem [em linha] 15 (2) (Mar. – Abr. 2007) [Consult. em 5 de Outubro de 2011] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE®: Versão 1. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros, 2005, 210 p. ISBN: 92-95040-36-8.

COSTA, Maria Arminda – *Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. 2.^a ed., Coimbra: Formasau, 2006, 301 p. ISBN: 972-8485-74-3.

COSTA, Maria Arminda – *Relação enfermeiro-doente*. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coordenação) – *Para uma ética da enfermagem: desafios*, Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p. 63-80. ISBN: 972-603-326-8.

COSTA, Maria Arminda Mendes – *Investigação em Enfermagem: da lógica dos cuidados aos cuidados com lógica*. *Servir*, vol. nº 43, nº 6 (Nov./ Dez. 1995) p. 284-287.

CUIDADOS INOVADORES PARA CONDIÇÕES CRÓNICAS: componentes estruturais de ação – Relatório Mundial/ Organização Mundial de Saúde [em linha] Brasília, 2003, 10 p., ISBN: 92-4-159-017-3. [Consult. em 25 de Maio de 2011] Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_exec_summary_port.pdf

CUTLER, Howard C. – *Um guia para a vida*. 3.^a ed., Lisboa: Editorial Presença, 2002. 240 p. ISBN: 978-972-23-2485-4.

DAMÁSIO, António R. – *O Erro de Descartes; Emoção, razão e cérebro humano*. 14.^a ed., Lisboa: Publicações Europa-América, 1995, 309 p. ISBN: 972-1-03944-6.

DECRETO-LEI nº 104/ 98. *D.R. I – A Série*. 93/98 (98-04-21), p. 1739-1757.

DECRETO-LEI nº 437/ 91. *D.R. I – A Série*. 257/91 (91-11-08) p. 5723-5741.

DIABETES: FACTOS E NÚMEROS – Relatório Anual do observatório Nacional da Diabetes. Portugal, 2009 [Consult. em 30 de Maio de 2011] Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=15915>

DIOGO, Maria – *A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores*. *Rev. Latino-am. Enfermagem* [em linha] Ribeirão Preto, vol. 5, nº 1 (Jan. 1997) p. 59-64, [Consult. em 13 de Julho de 2011] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a07.pdf>

DIOGO, Paula – *Necessidades de Apoio dos Familiares que acompanham a Criança com Doença Oncológica no Internamento*. *Pensar Enfermagem*, Vol. 4, nº 1 (1.^o semestre 2000) p. 12-23. ISSN: 0871-0775.

DOENÇAS E ACIDENTES EM PORTUGAL – (CRPG) Centro de Reabilitação profissional de Gaia. Vila Nova de Gaia, (Dez., 2008) ISBN: 978-989-96118-0-1 [Consult. em 30 de Maio de 2011] Disponível em: www.crbg.pt/site/Documents/id/colecao/Doencas%20e%20acidentes%20em%20Portugal.pdf

DOMINGUES, C. I. [et al.] – *Orientação aos pacientes e familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização?* *Rev. Esc. Enf. USP* [em linha] vol. 33, nº 1, Março, 1999, p.39-48. [Consult. em 12 de Maio de 2011] Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/html/459/body/v33n1a04.htm>

ENELOW, Allen J.; FORDE, Douglas L.; BRUMMEL-SMITH, Kenneth – *Entrevista clínica e cuidados ao paciente*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999, p. 122 – 124. ISBN: 972-95908-9-3.

FACHADA, Odete – *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Silabo, 2010, 194 ISBN: 978-972-618-565-9.

FARIA, Ana; BELLATO, Roseney – *A compreensão do fenómeno condição crónica por diabetes mellitus a partir da experiência de adoecimento*. Revista eletrónica de enfermagem [em linha]. (Dez. 2010), p. 520-527. ISSN: 1518- 1944, [Consult. em 9 de Julho de 2011] Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6953>

FARO, Ana Cristina Mancussi – *Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber*. RevEscEnfermUSP.[Em linha] São Paulo. Vol. 40, nº 1 (2006), p. 128-33. [Consult. em 11 Jan. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>

FIGUEIREDO, Ana Paula Rodrigues da Silva – *Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cónjuge: implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações de doença e de stress pós-traumático*. Braga, Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade do Minho, 2007, 307 p. [Consult. em 15 de Setembro de 2011] Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7063/4/Tese%2520total%2520-%2520ultima%2520vers%25C3%25A3o.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne – *O contributo da investigação no desenvolvimento de conhecimentos em ciências de enfermagem*. Revista Investigação em Enfermagem, nº 1 (Fev. 2000) p. 61-68.

FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999, 388 p. ISBN: 972-8383-10-X.

FREITAS, Kátia Santana; KIMURA, Miako; FERREIRA, Karine Azevedo São Leão – *Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [em linha] (Jan./ Fev.2007) vol. 15, nº 1, p. 84-92. [Consult. em 21 de Fevereiro de 2011], Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a13.pdf

GABARRA, Letícia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida – *Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação*, Aletheia [em linha], nº 30 (Jul./ Dez. 2009), p. 59-72. [Consult. em 12 de Novembro de 2011] Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115013591006.pdf>

GASPAR, Julieta Maria da Silva – *A relação de ajuda na prática de enfermagem*. Nursing, ano 12, nº 149 (Nov. 2000) p. 30-32.

GEORGE, Júlia B. e Colaboradores – *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4.^a ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2000, p. 297-309. ISBN: 85-7307-587-2.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – *O Inquérito: Teoria e Prática*. 4.^a ed., Oeiras: Celta Editora, 2001, p 63-104. ISBN: 972-774-120-7.

GOETZ, J. P.; LECOMPTE, M. D. – *Etnografía y Diseño Cualitativo en Investigación Educativa*. Madrid: Ediciones Morata S. A., 1988, 279 p. ISBN: 84-7112-320-7.

GOMES, Idalina Delfina – *Parceria e cuidado em enfermagem: Uma questão de cidadania*. Formasau: Coimbra, 2007, 248 p. ISBN: 978-972-8485-86-3

GONÇALVES, Albertina [et al.] – *O Enfermeiro e a Família: parceiros de cuidados?* Revista Nursing. nº 151 (Jan. 2001), p. 11-17. ISSN: 0871-6196.

GONÇALVES, Vânia G. F. – *Enfermagem transcultural: um desafio ...*, Nursing, nº 256 (Abr. 2010) p. 23-28.

GUERRA, João – *Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. (Fev. 2009) [Consult. em 9 de Dezembro de 2011] Disponível em: http://side.utad.pt/cursos/storage/ENF/4389/1286879782_gestao_da_doenca_cronica.pdf

HANSON, Shirley May Harmon – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2.^a ed., Loures: Lusociência, 2005, 497 p. ISBN: 972-8383-83-5.

HENRIQUES, Fernando Manuel Dias – *Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau, 2004, 288 p. ISBN: 972-8485-39-5.

HESBEEN, Walter – *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000, 201 p. ISBN: 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*, Loures: Lusociência, 2001, 220 p. ISBN: 972-8383-20-7.

IMAGINÁRIO, Cristina Maria Inocência – *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau, 2004, 242 p. ISBN: 972-8485-38-7.

INFOPÉDIA – Enciclopédia e Dicionários da Porto Editora (2011) Disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/>

JOÃO PAULO II – *Mensagem do Papa João Paulo II aos participantes no Congresso Internacional sobre dignidade e direitos da pessoa com deficiência*. (Jan. 2004) [Em linha] [Consult. em 29 Nov. 2010]. Disponível em: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/january/documents/hf_jp-ii_spe_20040108_handicap-mentale_po.html

KRALIK, Debbie; VISENTIN, Kate; LOON, Antonia van – *Transition: a literature review – Integrative literature reviews and meta-analyses*. Blackwell publishing Ltd [em linha] p. 320-329. The Authors. Journal compilation, 2006. [Consult. em 24 de Outubro de 2011] Disponível em: <http://www.mendeley.com/research/transition-a-literature-review/#page-1>

LAZURE, Hélène – *Viver a Relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994, 197 p. ISBN: 972-95399-5-2.

LEININGER, Madeleine – *Enfermagem transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial – II Encontro Internacional de Enfermagem de Países de Língua Oficial Portuguesa*. Enfermagem, nº 10 (Abr./ Jun. 1998) p. 32-36. ISSN: 0871-0775.

LEININGER, Madeleine – *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*. 3.^a Ed., Crawfordsville: McGraw-Hill, 2002, 621 p. ISBN: 0-07-135397-6.

LIMA, Jorge Ávila; PACHECO, José Augusto – *Fazer investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto Editora, 2006, ISBN: 978-972-0-34956-9.

LONGARITO, Clementina S. – *A solicitação de ajuda em práticas clínicas: da selecção à resolução de dificuldades*. *Servir*, vol. nº 49, nº 4 (Jul./ Ago.) 2001, p. 186-191.

LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus – *Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem crítica, estratégias e possibilidades*. Referência: revista de educação e formação em enfermagem, 2.^a série, nº 2 (Jun. 2006) p. 21-32. ISSN: 0874-0283.

LUÍS, Helena – *Um estar... Um cuidar?* *Servir*, vol. nº 48, nº 5 (Set./ Out.) 2000, p. 227-230.

MANLEY, Kim – *As carências e o apoio aos familiares*. *Nursing*, ano 2, nº 18 (Jul. 1989) p. 13-17.

MARCON, Sonia Silva, [et al.] – *Vivências e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crónica de saúde*. *Texto & Contexto Enfermagem* [em linha] Florianópolis, (Nov. 2005), vol. 14, p. 116-124, [Consult. em 30 de Outubro de 2011] Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71401417.pdf>

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria – *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5.^a ed.. São Paulo: Atlas, 2003. ISBN: 85-224-3397-6.

MARQUES, Marina Sofia Quitério – *Sentimentos de Perda: Vivências da mulher com amputação do membro inferior*. Porto, Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008, 184 p. [Consult. em 22 de Dezembro de 2011] Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7150/2/DissertaoMestradoMarina.pdf>

MARTINS, Catarina Rute E. A. – *A família e a hospitalização/ a participação da família no cuidar*. *Servir*, vol. nº 48, nº 3, (Mai./ Jun.) 2000, p. 133-135. ISSN: 0871-2370.

MARTINS, José Carlos Amado – *Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. *Pensar Enfermagem*. Vol. 12, nº 2 (2º semestre 2008), p. 62-66. – ISSN: 0873-8904.

MARTINS, Maria Manuela Silva – *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002, p. 147-154. ISBN: 972-8485-30-1.

MCCAFFERY, Margo; BEEBE, Alexandra – *Dolor: Manual clínico para la práctica de enfermería*. Barcelona: Salvat Editores, S. A., 1992, p. 1-140. ISBN: 84-345-2269-1.

MELEIS, A.; TRANGENSTEIN P. – *Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission*. *Nursing Outlook*, 42 (6) [em linha] (Nov./Dec. 1994), p. 255-259. [Consult. em 10 de Janeiro de 2011] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7885855>

MELEIS, Afaf I. [et al.] – *Experiencing Transitions: an emerging middle-range theory*. Aspen Publishers, 2000, nº 1, vol. 23, p. 12-28. ISSN: 0161-9268.

MELEIS, Afaf Ibrahim – *Transition Theory*. Alligood, p. 416-433, [em linha] [Consult. em 28 Fevereiro de 2011] disponível em: <http://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323056410/Chapter%2020.pdf>

MELEIS, Afaf Ibrahim – *Theoretical nursing: development and progress*. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2007. 807 p. ISBN: 0-7817-3673-0.

MENOITA, Elsa Carvela – *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência, 2011, 212 p. ISBN: 978-972-8930-78-3.

MINUCHIN, Salvador – *Famílias, Funcionamento & Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p. 52-69.

MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges – *O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau, Março, 2006, 154 p. ISBN: 972-8485-64-6.

MOURO, Inês – *Doentes crónicos idosos nas UCCI: qualidade de vida e satisfação*. Aveiro, Tese de Mestrado em Gerontologia apresentada à Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, 2010, 92 p. [Consult. em 15 de Dezembro de 2011] Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4032/1/4445.pdf>

NORGREEN, I. [et al.] – *Inter- Society consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. Journal of Vascular Surgery [em linha] (Jan. 2007), S70p. [Consult. em 10 de Maio de 2011] Disponível em: http://www.sirweb.org/clinical/cpg/TASC_guidelines.pdf

OLIVEIRA, Irene – *Vivências da Mulher Mastectomizada: Abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. 1ª ed. Porto. 2004. ISBN: 972-99144-0-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Certificação individual de competências*. Lisboa: OE, nº 14 (Out. 2004), p. 29-38.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. (Mai. 2005) 187 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. (Conselho de enfermagem), Lisboa: OE, nº 10 (Out. 2003), p. 49-56.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual: enunciados descritivos*. (Conselho de enfermagem), Lisboa: OE, (Dez. 2001) p. 4-16.

P.A.I.N. – *Pain Associates International Network: Workshop Consensus de Berlim – Melhoria Qualitativa no Tratamento da Dor*. [em linha] Berlim (Jan. 2002) [Consult. em 10 de Maio de 2011] Disponível em: http://www.pain-workshop.com/pw/pt/pdf/pw_pt_01_consensus.pdf;jsessionid=8DBFA0BCEA48EEB B648B470683A64949.drp2

PEREIRA, Filomena Moreira Pinto – *Significação das vivências do doente confrontado com o seu enfarte agudo do miocárdio*. Porto, Tese de Mestrado em

Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2000, 195 p.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares – *Preparação do regresso a casa: evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Coimbra: Formasau, 2007, 216 p. ISBN: 978-972-8485-91-7.

PHANEUF, Margot – *Relação de Ajuda: Elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Cuidar, 1995, 25 p.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. 6.^a ed.. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-65-7.

PINTO, Vanda Lopes da Costa Marques – *Participação da família no processo terapêutico do doente idoso internado num serviço de medicina*. Servir, vol. 48, nº 4, (Jul./ Ago 2000.) p. 162-165. ISSN: 0871-2370.

PIRES, Ana Isabel; PEREIRA, José Alberto; PEREIRA, Virgínia Lucinda – *A família na experiência de cuidar de um doente amputado*. In: *Colectânea de textos: enfermagem de reabilitação*. Coimbra: Formasau, 2010, p. 15-47, ISBN: 978-9898269-12-6.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5.^a ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2004, 487 p. ISBN: 85-7307-984-3.

PONTES, Fátima – *Enfermagem Transcultural: Um Subcampo a Explorar*. Sinais Vitais, nº 44 (Set. 2002) p. 59-66. ISSN: 0872-8844.

QUADROS, Lúcia de Fátima da Cunha Duarte – *A prevalência e a repercussão psicológica e funcional da dor e sensação fantasma na amputação do membro inferior por isquémia avançada*. Lisboa, Tese de Mestrado em Ciências da Dor apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, 2010, 117 p. [Consult. em 4 de Janeiro de 2012] Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1977/1/591758_TESE.pdf

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva. 5.^a ed. 2008, 282 p. ISBN: 978-972-662-275-8.

REGULAMENTO nº 125/2011. D.R. 2.^a Série. Nº 35 (2011-02-18), p. 8658-8659.

RENAUD, Isabel – *Corpo humano*. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coordenação) – *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p. 215-226. ISBN: 972-603-326-8.

SCHUMACHER, Karen L., MELEIS, Afaf Ibrahim – *Transitions: a central concept in nursing*. Image: Journal of Nursing Scholarship [em linha] Vol. 26, nº 2, (Summer 1994) p. 119-127, [Consult. em 2 de Dezembro de 2012] Disponível em: <http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf>

SERRA, Luís M. Alvim – *Pé diabético: manual para a prevenção da catástrofe*. 2.^a ed., Lisboa: Lidel, 2008, 172 p. ISBN: 978-972-757-509-1.

SERRA, Miguel Nunes – *Aprender a ser doente: Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência, 2005. 169 p. ISBN: 972-8383-93-2.

SILVA, Abel Avelino de Paiva e – *Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir (Jan./Abr. 2007), vol. 55, nº 1/2, p. 11-20. ISSN: 0871-2379.

SILVA, Margarida Alexandra; GRAVETO, João – *Modelo conceptual versus “modelo oculto” para a (na) prática da enfermagem* – Revista Pensar Enfermagem, Volume 12, nº 2, (2.º semestre 2008), p. 67-70.

SILVA, Maria Antónia da Cruz Paiva e – *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Porto: 2011, 357 p. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

SIMÕES, Sónia Mara Faria; SOUZA, Ívis Emília de Oliveira – *Um caminhar na aproximação da entrevista fenomenológica*. Rev. Latino-Am Enfermagem [em linha], v. 5, n. 3, (Jul. 1997) p. 13-17. [Consult. em 12 de Março de 2011] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n3/v5n3a03.pdf>

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda, G. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Vol. 1, ISBN: 85-277-1057-9.

STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002, 383 p. ISBN: 972-8383-29-0.

SUMIYA, Alberto – *Satisfação com a saúde e capacidade funcional de idosos amputados*. Neurobiologia [em linha] vol. 72, nº 2, (Abr./ Jun. 2009) p. 43-50. [Consult. em 13 de Fevereiro de 2011] Disponível em http://www.neurobiologia.org/ex_2009.2/Microsoft%20Word%20-%207_Idoso_Sumiya_OK_.pdf

TERRA, Marlene Gomes [et al.] – *Na trilha da Fenomenologia: Um caminho para a pesquisa em enfermagem*. Texto Contexto Enfer, Florianópolis [em linha], (Out./ Dez. 2006) p. 672-678. [Consult. em 8 de Março de 2011] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf>

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed., Madrid: Mosby, 2007, 828 p. ISBN: 978-84-8086-201-1.

TRANSITIONS THEORY: middle-range and specific theories in nursing reserch and practice. Ney York: Springer Publishing Company, 2010, 641 p. ISBN: 978-0-8261-0534-9.

VIEIRA, Margarida – *Solidariedade e responsabilidade*. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana (coordenação) – *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004, p. 291-303. ISBN: 972-603-326-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report*. [em linha] Geneva, 2005, ISBN: 92-4-156300-1, [Consult. em 11 de Janeiro de 2011] Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

ZAGONEL, Ivete – *O cuidado humano transacional na trajetória de enfermagem*. Rev.latino-am. Enfermagem [em linha] vol. 7, nº 3 (Jul. 1999) p. 25-32, Ribeirão Preto [Consult. em 14 de Outubro de 2011] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300005&lng=pt&nrm=iso

ANEXOS

**ANEXO I. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
INFORMADO**

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Virgínia Lucinda de Sousa Cruz Pereira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“O processo de transição do doente amputado: intervenção do enfermeiro de reabilitação”**. Este estudo tem como objetivos:

1. Compreender como é experienciado o processo de transição do doente com isquemia crónica submetido a amputação.
2. Identificar as necessidades do doente com isquemia crónica submetido a amputação.
3. Identificar os recursos mais utilizados pelo doente com isquemia crónica submetido a amputação.
4. Identificar as estratégias de gestão emocional a que recorre o doente com isquemia crónica submetido a amputação.
5. Identificar qual a perceção que o doente submetido a amputação tem sobre a atuação do enfermeiro de reabilitação.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades do hospital. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação atual ou futura com a enfermeira.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de uma entrevista, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Estudo sobre “**O processo de transição do doente amputado: intervenção do enfermeiro de reabilitação**”.

Eu, abaixo-assinado,

_____ **compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.**

A informação e explicação que me foi prestada versou a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante a entrevista que será agendada no serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de São João.

, _____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO II. APROVAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO



Exma. Sra.
Enf.^a Virgínia Lucinda Pereira
Serviço de Cirurgia Vascular

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

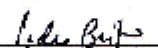
Projecto de Investigação – “O processo de transição do doente amputado: intervenção do enfermeiro de reabilitação”

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como da autorização do Conselho de Administração, para poder dar início ao seu trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 7 de Fevereiro de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde


Dr. Pedro Brito

Comissão de Ética para a Saúde do HSJ

Projecto de Investigação: "O processo de transição do doente amputado. Intervenção do Enfermeiro de reabilitação" – ~~Dr.ª Rosária Rodrigues de Sousa Costa~~ ~~Dr.ª Rosária Rodrigues de Sousa Costa~~, a desenvolver a actividade profissional no Serviço de Angiologia e Cirurgia vascular do HSJ/EPE.

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, a realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem da Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Prof. Doutora Barbara Pereira Gomes, cuja declaração anexa.

Tem como objectivos:

- Conhecer como é experienciado o processo de transição do doente com isquemia crónica submetido a amputação;
- Identificar as necessidades do doente com isquemia crónica submetido a amputação;
- Identificar os recursos mais utilizados pelo doente com isquemia crónica submetido a amputação;
- Identificar as estratégias de gestão emocional a que recorre o doente com isquemia crónica submetido a amputação;
- Identificar qual a percepção do doente com isquemia crónica submetido a amputação tem sobre a actuação do enfermeiro de reabilitação.

A população alvo será composta pelos doentes com isquemia crónica que sofreram amputação. A amostra será não probabilística, do tipo acidental, pois serão seleccionados os doentes vítima de amputação maior internados no o Serviço de Angiologia e Cirurgia vascular do HSJ/EPE, no período compreendido entre Fevereiro e Abril de 2011. Devem cumprir os seguintes **critérios de inclusão**:

- Estar internado há pelo menos 72 horas;
- Ter sido submetido amputação maior do membro inferior;

Para a recolha de dados relativos à amostra, a investigadora irá utilizar uma entrevista semi estruturada (anexo), especificamente elaborada para o estudo, gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das respostas possa ser analisado e compreendido.

De salientar, a pertinência e adequação dos diferentes questões, face aos objectivos e tipo de estudo.

O estudo será realizado no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do HSJ/EPE, para o qual dispõe da autorização do Exmo. Director do Serviço – Prof. Doutor Roncan Albuquerque, bem como da concordância da Exma. Enf.ª Chefe – Rosária Rodrigues.

Os aspectos éticos inerentes ao tipo de estudo estão devidamente acauleados, nomeadamente os procedimentos inerentes à realização do estudo.

A investigadora dispõe de competências técnico-científicas para a realização do estudo, sendo este pertinente e perfeitamente adequado aos objectivos.

Benefício / Risco:

Não existem benefícios imediatos para os participantes no estudo, bem como, não se prevêem quaisquer riscos, apenas o incómodo relativo ao tempo dispendido para a entrevista, que será agendada de acordo com a disponibilidade do doente.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Está salvaguardada pelo modelo de Consentimento Informado da investigadora e adequada informação ao participante.

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada pela investigadora garante a confidencialidade dos dados e anonimato. Os resultados obtidos destinam-se apenas ao presente estudo, sendo todo material destruído após a adequada análise.

Indemnização por danos

Não aplicável

Continuação do tratamento

Não aplicável.

Propriedade dos dados:

Não aplicável.

Conclusão:

Face a análise efectuada, propõe-se a sua aprovação pela CES do HSJ.

Porto, 28 de Janeiro de 2011

O relator,


Teresa Guernara

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

2. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Virginia Lucinda de Sousa Cruz Pereira, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsinque (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 17 de Janeiro de 2011

Virginia Lucinda de Sousa Cruz Pereira

(Virginia Lucinda de Sousa Cruz Pereira)

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de 28/1/2011

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que tudo tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

ANEXO III. MATRIZ GLOBAL DE DADOS

Tipos	Desenvolvimental
	Situacional
	Saúde/ doença
Padrões	Múltipla
	Sequencial
	Simultânea
Propriedades	Consciencialização
	Envolvimento
	Mudança e diferença
	Espaço de tempo
	Eventos críticos
Pessoais	Significados
	Crenças e atitudes
	Status socioeconómico
	Preparação e conhecimento
Comunidade	
Sociedade	
Indicadores de processo	Sentir-se integrado
	Interagir
	Estar situado
	Desenvolvimento de confiança e lidar com a situação
Indicadores de resultado	Mestria
	Integração fluida da identidade
Ensino	

ANEXO IV. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Entrevista nº:		Data:	Local:	
	Objetivos	Conteúdo	Atuação em campo/ questões	Observações
Introdução	Legitimar a entrevista.	Apresentação Solicitar autorização para a gravação da entrevista Consentimento informado Falar dos objetivos do estudo Falar da possibilidade de terminar a entrevista Explicar a importância dos resultados do estudo na melhoria dos cuidados de enfermagem	Negociar Assinatura do consentimento informado Processo de informação e explicação de dúvidas Possibilitar a desistência da entrevista a qualquer momento Disponibilizar-se para informar sobre os resultados do trabalho	Colocar o gravador em local discreto
Desenvolvimento	Caracterizar o doente vítima de amputação do membro inferior por isquemia.	Dados sócio biográficos	Como se chama? Que idade tem? Qual a sua religião? Qual o seu estado civil? Que escolaridade tem? Qual a sua profissão?	Registrar memorizando ou tomando pequenas notas alterações da linguagem não-verbal (<i>postura, expressões, ...</i>) ao longo de toda a entrevista

Desenvolvimento	Natureza das transições	Iniciar diálogo Conhecer a trajetória da doença	Saber como é que teve conhecimento que tinha uma doença vascular e como é que tem vivido o percurso da doença	Há quanto tempo é que sofre desta doença? Quando é que teve conhecimento do agravamento da doença? Foi submetido a alguma cirurgia para tentar diminuir/controlar os sintomas? Saliente aspetos que lhe têm acontecido que considera relevantes para conseguir ultrapassar a doença. E outros que considere terem sido prejudiciais nesse processo. O que é que fez para tentar controlar a sua doença? Foi-lhe explicado quais os cuidados que deveria ter? O que acha que falhou? Teve sempre possibilidade de recorrer aos cuidados de saúde em tempo oportuno? Se não, quais os fatores que influenciaram? Quando estava em casa como ocupava o seu tempo? Quando teve que ficar hospitalizado, o que é que mais o preocupou?	
		Saber como teve conhecimento da informação	Saber como é que teve conhecimento da necessidade de ser amputado	Como teve conhecimento da necessidade de amputação? O conhecimento do diagnóstico e da necessidade de amputação ocorreram no mesmo internamento?	

		Identificar os fatores preponderantes na tomada de decisão	Conhecer como é que decorreu o processo da tomada de decisão sobre a amputação	Que fatores o levaram à tomada de decisão de amputar o membro? Considera que o facto de ter conhecimento da doença e de como poderia evoluir o ajudou a perceber a necessidade de amputação e a aceitá-la? Por outro lado, o não conhecer como poderia e devia lidar com a situação foi prejudicial para si?	
		Conhecer as reações do doente ao longo do seu processo de doença durante o internamento.	Como é que o doente tem reagido perante a necessidade de amputação	Quais os sentimentos que mais tem sentido durante este internamento? Incomoda-o falar abertamente sobre a amputação? Sente medos? Revolta? Porque é que acha que reage assim? O que é que o preocupa mais neste momento, uma vez que teve necessidade de ser amputado?	
Desenvolvimento	Condições de transição: facilitadoras e inibidoras	Identificar os tipos de apoio/ ajuda que o doente tem tido/ sentido durante o processo de doença e internamento	Quem são as pessoas e instituições que o doente sente lhe darem maior apoio/ ajuda	Tem tido contacto com os seus familiares e amigos? Vêm cá visitá-lo? Sente apoio da sua família, amigos e profissionais de saúde? Tem recorrido à ajuda da comunidade ou do apoio social para ultrapassar dificuldades? Considera ter apoio dos profissionais de saúde que cuidam de si? Os enfermeiros têm feito alguma coisa para o ajudar a ultrapassar esta fase?	

				<p>Salienta alguma pessoa em particular nos cuidados que lhe têm sido prestados? Porquê?</p> <p>Quem falou consigo ou com algum familiar sobre as alterações que poderá ser necessário efetuar em casa?</p> <p>Considera que seria pertinente ter a ajuda de um enfermeiro de reabilitação para avaliar esses e outros aspetos no local?</p> <p>Quem lhe ensinou os exercícios que pode fazer para fortalecer os seus membros, ajudá-lo a transferir-se, ensinar-lhe os cuidados que deve ter com o seu coto, ...?</p> <p>Que importância atribui a esse facto?</p> <p>O que aprendeu com os enfermeiros de reabilitação?</p>	
		Identificar as necessidades do doente	Como é que o doente perceciona as necessidades que tem	<p>Em que é que sente mais dificuldades no seu dia-a-dia?</p> <p>Como tem conseguido ultrapassá-las?</p> <p>Já alguma vez foi esclarecido por alguém sobre o tipo de apoio que poderá ter?</p> <p>Após a amputação, em que momento considerou ter tido mais necessidade de ajuda para realizar as suas atividades diárias?</p> <p>O que gostava que lhe tivessem dito no pré-operatório?</p>	

				Já lhe falaram da possibilidade de dar continuidade à sua reabilitação física?	
		Confrontar o doente com a realidade da alta	Que consciência o doente possui das dificuldades que poderá ter quando tiver alta	Quando tiver alta para onde vai? Quem é que lá tem para o ajudar? Acha que as pessoas com quem vive vão ter dificuldade em ajudá-lo? Porquê? Em relação à sua habitação já pensou como poderá deslocar-se dentro dela? Que tipo de apoio considera necessário ter quando for para casa? Já tinha algum antes da hospitalização? Que ensinios, os enfermeiros de reabilitação lhe fizeram sobre os cuidados que deve ter quando tiver alta?	
		Identificar as dificuldades sentidas pelo doente	Quais as maiores dificuldades que tem em lidar com a amputação	Considera importante existir no serviço um espelho para poder visualizar a sua alteração física? Porquê? Que mudanças considera que estão a existir ou que vão acontecer pelo facto de ter sido amputado? Que significado tem para si o facto de ter sido amputado? O que muda na sua família e ao seu meio envolvente a partir de agora? Considera-se uma pessoa diferente? Espera que essa diferença seja reconhecida pelos outros? Pela sociedade? Como considera que os profissionais de	

				saúde o podem ajudar a lidar com essa diferença? Que sentimentos desperta em si o facto de ter sido amputado?	
Desenvolvimento	Padrões de resposta	Compreender como é que o doente tem vivenciado o processo de doença e de amputação	Do que tem vivido que aspetos é que o doente valoriza	Como tem lidado com as implicações da sua doença? Considera que o facto de ter sido amputado vai trazer alterações no regresso a casa? Que alterações lhe suscita o facto de se ver sem um membro? Essas alterações incomodam-no?	
		Saber como é que o doente perspetiva o seu futuro	Como é que o doente considera que vai ser a sua recuperação	Como prevê que vai ser a sua recuperação? Que expectativas tem?	
Conclusão		Terminar a entrevista.		Agradecer a disponibilidade Disponibilizar para qualquer esclarecimento	

