



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

MICHELI LEAL FERREIRA

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ATENÇÃO À
SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA VISÃO DO
ENFERMEIRO: UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

**FLORIANÓPOLIS - SC
2015**

MICHELI LEAL FERREIRA

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ATENÇÃO À
SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA VISÃO DO
ENFERMEIRO: UMA PERSPECTIVA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Enfermagem e Saúde/Subjetividade e Ética

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

**FLORIANÓPOLIS - SC
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ferreira, Micheli Leal

Referência e contrarreferência na atenção à saúde das
pessoas com amputação na visão do enfermeiro: uma
perspectiva bioética. / Micheli Leal Ferreira ;
orientador, Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas -
Florianópolis, SC, 2015.
141 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Amputação. 3. Bioética. 4.
Integralidade em Saúde. 5. Políticas Públicas de Saúde. I.
Vargas, Dra. Mara Ambrosina de Oliveira. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

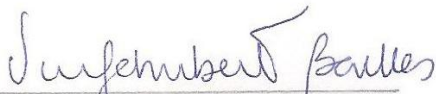
MICHELI LEAL FERREIRA

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA
ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM
AMPUTAÇÃO NA VISÃO DO ENFERMEIRO: UMA
PERSPECTIVA BIOÉTICA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 25/09/2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

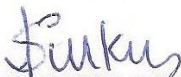


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Presidente



Dra. Silvana Silveira Kempfer
Membro UFSC



Dra. Selma Regina de Andrade
Membro PEN/UFSC



Dra. Laura C. de Farias Brehmer
Membro UFSC



Dda. Ana Maria F. Borges Marques
Membro em formação

"Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo porque sei que todos um dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.

Escolhi ser enfermeira porque amo e respeito a vida!"

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar, minha família que como um concreto pilar me deu estrutura para esta conquista, **meus pais**, **minhas duas irmãs**, minha linda “velhinha”, **minha avó** paterna que aos seus vigorosos 94 anos e mesmo sem saber, me mostra que todo dia é uma conquista e que só colhemos o que plantamos.

Também para minha maravilhosa e incomparável **filha** Giulia Leal Garcia que por muitas e muitas noites foi deixada de lado e trocada por um livro, ou vários livros, e mesmo assim ao despertar me dava o melhor abraço do mundo e um sorriso que me deu energias para continuar e mais uma noite ter coragem de dizer: Filha vai dormir e deixa a mamãe estudar, por favor!!! Te amo muito filha, você é a razão para tudo isso. É a minha Vida!!!

Aos **meus amigos** que foram imprescindíveis nessa hora, meu eterno agradecimento, pois foram vocês que me fizeram sorrir quando só tinha vontade de chorar, me empurraram para frente quando queria recuar e me levantaram quando tinha pretensões de me manter no chão.

A todos os **professores** e **funcionários** das diversas instituições no qual passei participantes ou não da minha pesquisa, vocês me mostraram a real essência de ser uma enfermeira, a grandiosidade desta profissão e todo o comprometimento que ela carece.

Aos **professores do PEN/UFSC**, **membros do PRÁXIS** e **membros das bancas** de qualificação e sustentação desta dissertação, minha mais sincera gratidão aos esforços somados para o melhor direcionamento na realização deste estudo.

A **minha Super Orientadora** Dra Mara Ambrosina de Oliveira Vargas que compartilhou minhas aflições, preocupações, entraves e planos... Sempre respondendo tão rápido meus e-mail, mensagens, ligações... é... Eu não dei descanso! Mas agora, só tenho a agradecer e com certeza mais um exemplo à seguir. Exemplo de profissionalismo, competência, ética e humildade.

Por último e não menos importante, a **Deus** que mesmo sem que eu notasse, tenho a certeza que sempre esteve ao meu lado, ele e meus entes queridos que hoje não possam me abraçar, pois precisaram partir, mas mesmo na falta daqueles abraços, posso sentir suas energias me circundando por onde quer que eu esteja.

Muito, muito obrigada!!!

FERREIRA, Micheli Leal. **Referência e contrarreferência na atenção à saúde das pessoas com amputação na visão do enfermeiro: uma perspectiva bioética.** Florianópolis – SC. 2015. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

RESUMO

Introdução: A pessoa com amputação necessita de cuidados dos diferentes níveis de atenção à saúde na perspectiva das redes. O enfermeiro é responsável pelo cuidado e acompanhamento das pessoas com doenças crônicas, dentre estas a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, principais causas das amputações eletivas. É, também, gestor do cuidado e deve promover atenção integral à saúde do ser humano, para tal, carece empoderar-se da referência e da contrarreferência para articular os distintos pontos da rede. **Objetivos:** Descrever a atuação dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação; Analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros, sob o olhar da bioética. **Metodologia:** Estudo exploratório-analítico com abordagem qualitativa. Realizado entrevista semiestruturada com 21 enfermeiros alocados na rede de atenção à saúde de Florianópolis que prestam assistência à pessoa com amputação. Os dados foram organizados com auxílio do software Atlas ti 7.5.6 e analisados com base na análise de conteúdo temática. Aprovado pelo Comitê de Ética, parecer nº 970.902 de 24/02/2015. **Resultados:** Do primeiro manuscrito: “Atuação do enfermeiro no referenciamento e contrarreferenciamento às pessoas com amputação”, emergiram duas categorias temáticas: Portas de entrada da pessoa com amputação; O enfermeiro na assistência e as implicações de sua atuação no referenciamento e contrarreferenciamento. Identificaram-se como portas de entrada as Unidades Básicas de Saúde, o serviço de Emergência e o Centro Catarinense de Reabilitação. Os enfermeiros mostraram-se autônomos e capacitados para realizar a referência e contrarreferência quando necessário, entretanto, o foco inicial é a oferta da assistência mais adequada. No segundo manuscrito: “Referenciamento e contrarreferenciamento à pessoa com amputação: análise da conduta dos enfermeiros na perspectiva bioética”, procedeu-se a análise a partir de duas

categorias temáticas: Conduta do enfermeiro na perspectiva Bioética de Proteção e de Intervenção; Potencialidades e fragilidades no processo de referência e contrarreferência. Os resultados evidenciaram que sem o respaldo legal, a maioria dos encaminhamentos são realizados com base nas relações interpessoais e na informalidade. A análise sob o olhar da bioética permitiu concluir que não só a pessoa com amputação, mas que o enfermeiro também ocupa posição de vulnerabilidade. Estes mostraram comprometimento ético com a profissão e empenho para oferecer um atendimento integral. O comprometimento ético, a criatividade profissional, o matriciamento e a interconsulta foram pontudas como potencialidades. As fragilidades foram à inexistência de protocolos, a comunicação ineficaz entre os níveis de atenção, o acesso restrito à informação e a lentidão nos encaminhamentos. **Considerações finais:** O enfermeiro é um profissional presente em todos os pontos da rede de atenção à saúde, logo compete a ele o dever de conscientizar-se acerca das políticas públicas de amparo à pessoa com amputação. Há necessidade de padronização das ações na assistência à saúde da pessoa com amputação, por instrumentos que direcionem as ações dos profissionais envolvidos e facilitem o acesso ao usuário do Sistema Único de Saúde. Ferramentas como o InfoSaúde e o Sistema Nacional de Regulação necessitam ser aperfeiçoadas e unificadas em todo território nacional.

Descritores: Amputação; Enfermagem; Integralidade em Saúde; Bioética; Assistência à Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

FERREIRA, Micheli Leal. **Reference and counter-reference in health care for people with amputation in nurses view: a bioethical perspective.** Florianópolis – SC. 2015. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

ABSTRACT

Reference and counter-reference in health care for people with amputation in nurses view: a bioethical perspective

Introduction: The person with amputation needs care of the different health care levels in the perspective of networks. The nurse is responsible for the care and monitoring of people with chronic diseases, among them high blood pressure and diabetes mellitus, major causes of elective amputations. It is also the care manager and should promote comprehensive health care of human beings, to do so, it needs to empower the reference and counter-reference to articulate the different points in the network.

Objectives: Describe the role of nurses in referencing and counter-referencing of health services to people with amputations; Analyze the health care process of reference and counter-reference for people with amputation, from the perspective of nurses, on the view of bioethics.

Methodology: Exploratory-analytic study with a qualitative approach. Conducted semi structured interviews with 21 nurses allocated in the health care network of Florianópolis that assist the person with amputation. Data were organized with the help of software Atlas ti 7.5.6 and analyzed based on thematic content analysis. Approved by the Ethics Committee, report number 970902 of 02.24.2015. **Results:** From the first manuscript, "Nurses' performance in referencing and counter-referencing of people with amputation", emerged two thematic categories: Entrance doors of people with amputation; The nurses in care and the implications of its performance in referencing and counter-referencing. Were identified as gateways the Basic Health Units, the Emergency Service and the Santa Catarina Rehabilitation Center. Nurses proved to be autonomous and able to perform the reference and counter-reference when needed, however, the initial focus is to offer the most appropriate assistance. In the second manuscript, "Referencing and counter-referencing to the person with amputation: Analyze of nurses conduct in bioethics perspective," proceeded the analysis from two thematic categories: Conduct of nurses from the bioethics

perspective of Protection and Intervention; Strengths and weaknesses in the reference and counter-reference process. The results showed that without legal support, most referrals are made based on interpersonal and informal relations. The analysis from the perspective of bioethics concluded that not only the person with amputation, but the nurse also occupy a position of vulnerability. These showed ethical commitment to the profession and commitment to offer comprehensive assistance. The ethical commitment, professional creativity, matricial and interconsultation were pointed as potential. The weaknesses were the lack of protocols, ineffective communication between levels of care, restricted access to information and the slowness in referring. **Final considerations:** The nurse is a professional present at all points of the health care network, so it is up to him the duty to become aware about public policy support to the person with amputation. There is a need to standardize the actions for he person with amputation in health care, for instruments that drive the actions of the professionals involved and facilitate access of the Unified Health System user. Tools like InfoSaúde and the National Regulatory System need to be improved and unified nationwide.

Descriptors: Amputation; Nursing; Integrality in Health; Bioethics; Health Assistance; Public Health Policy.

FERREIRA, Micheli Leal. **Referencia y contra-referencia en el atención a las personas con amputación en punto de vista del enfermero: una perspectiva bioética.** Florianópolis – SC. 2015. 140p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

RESUMEN

Referencia y contra-referencia en el atención a las personas con amputación en punto de vista del enfermero: una perspectiva bioética

Introducción: La persona con amputación necesita de cuidados de todos los niveles de atención de las redes de salud. El enfermero es responsable por acompañar las personas con enfermedades crónicas como la Hipertensión y la Diabetes Mellitus, principales causas de amputaciones electivas. Ejerce también la función de gestor de los cuidados y debe proporcionar atención completa a la salud del ser humano y para eso puede empoderarse del referencia y contra-referencia para manejar los diferentes puntos de la red. **Objetivos:** Describir el trabajo de los enfermeros en el modelo de los servicios de salud para las personas con amputación; Analisar el proceso de servicios de salud para las personas con amputación, desde la perspectiva de los enfermeros desde el punto de vista de la bioética. **Metodología:** Estudio exploratório-analítico con abordaje cualitativa. Fueron realizadas entrevistas con 21 enfermeros empleados en la red de salud de Florianópolis que atienden las personas con amputación. Los datos fueron organizados con auxilio del software Atlas ti 7.5.6 y analizados con base en el contenido temático. Aprobado por el Comité de Ética, nº 970.902 de 24/02/2015. **Resultados:** Sobre el primer manuscrito: “Actuación del enfermero en el referenciamiento y contra-referenciamiento a las personas con amputación”, surgieron dos categorías temáticas: Puertas de entrada de la persona con amputación; El enfermero en la asistencia y las implicaciones de su actuación. Fueron identificados como puertas de entrada son las Unidades Básicas de Salud, el Servicio de Emergencia y el Centro Catarinense de Rehabilitación. Los enfermeros demostraron estar capacitados para atender cuando fué necesario, pero el foco inicial es proporcionar la atención más adecuada. En el segundo manuscrito: “Referenciamiento y contra-referenciamiento de atención a la persona con amputación: análisis de la conducta de los enfermeros en la perspectiva

bioética”, se realizó el análisis a partir de dos categorías: Conducta del enfermero en la perspectiva Bioética de Protección y de Intervención; Potencias y fraquezas en el proceso del referencia y contra-referencia. Los resultados mostraron que sin el respaldo legal, la mayoría de las derivaciones son realizadas con base en las relaciones entre las personas y en la informalidad. El análisis desde el punto de vista de la bioética permitió concluir que no sólo la red de salud, sino que el enfermero también ocupa un lugar vulnerable. Éstos mostraron compromiso ético con la profesión y empeño para ofrecer una atención integral. El compromiso ético, la creatividad profesional, y las interconsultas fueron marcadas como puntos fuertes. Las fragilidades fueron: la ausencia de protocolos, la comunicación ineficaz entre los niveles de atención, el acceso restringido a la información y la lentitud en los procesos. **Consideraciones finales:** El enfermero es un profesional presente en todos los puntos de la red de atención a la salud, por lo que tiene el deber de concientizarse sobre los instrumentos que direccionen las acciones de los profesionales y faciliten el acceso del paciente del Sistema Único de Salud. Herramientas como el InfoSaúde y el Sistema Nacional de Regulação precisan ser mejorados y unificados en todo el território nacional.

Descriptores: Amputación; Enfermería; Integralidad em Salud; Bioética; Asistencia a Salud; Políticas Públicas de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AH - Alta Hospitalar
APS - Atenção Primária à Saúde
CCR - Centro Catarinense de Reabilitação
CEE - Comissão de Ética de Enfermagem
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEP - Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos
CEPE - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CER II - Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CPF - Cadastro de Pessoa Física
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
ESF - Estratégia de Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HU - Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
InfoSaúde - Prontuário Eletrônico do Paciente
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio de Saúde à Família
NSS - Nível Secundário de Saúde
NTS - Nível Terciário de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PA - Pessoa com Amputação
PEN - Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PMF - Prefeitura Municipal de Florianópolis
RAS - Redes de Atenção à Saúde
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SC - Santa Catarina
SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SISREG - Sistema Nacional de Regulação
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina
UIC II - Unidade de Internação Cirúrgica II

LISTA DE TABELA

Tabela 01: Frequência de procedimentos de amputação no SUS por causa – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), 2011. Fonte: BRASIL, 2013, p.8	35
Tabela 2: Demonstrativo dos participantes do estudo/distribuição na RAS de Florianópolis.	58

LISTA DE FIGURA

Figura 01: Modelo de rede proposto pelo Ministério da Saúde no Brasil

46

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	26
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA.....	32
1.2 OBJETIVOS.....	32
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	33
2.1 AMPUTAÇÃO	33
2.1.1 Definição	33
2.1.2 Etiologia	34
2.1.3 Reabilitação e Prótese	36
2.2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO	39
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	44
3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	44
3.2 ÉTICA E BIOÉTICA	48
4. METODOLOGIA.....	53
4.1 TIPO DE ESTUDO	53
4.2 LOCAL DO ESTUDO	53
4.2.1 Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU	54
4.2.2 Centro Catarinense de Reabilitação	55
4.2.3 Policlínica Municipal Continente	56
4.2.4 Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis/SC	57
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
4.4 COLETA DE DADOS	58
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	59
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS	60
5. RESULTADOS.....	61
5.1 MANUSCRITO I – ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO REFERENCIAMENTO E CONTRARREFERENCIAMENTO ÀS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO	62
5.2 MANUSCRITO II – REFERENCIAMENTO E CONTRARREFERENCIAMENTO À PESSOA COM AMPUTAÇÃO: ANÁLISE DA CONDUTA DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA BIOÉTICA	84
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
7. REFERÊNCIAS.....	116
8. APÊNDICES.....	129
8.1 APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130

8.2 APÊNDICE B – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA NAS UBS – APS	132
8.3 APÊNDICE C – ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA NA POLICLÍNICA CONTINENTE - FLORIANÓPOLIS/SC E NO AMBULATÓRIO DO HU – NÍVEL SECUNDÁRIO DE SAÚDE.....	133
8.4 APÊNDICE D - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA NA UIC II – HU E NO CCR – NÍVEL TERCIÁRIO DE SAÚDE.....	134
9. ANEXOS.....	135
9.1 ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PMF/SMS.....	136
9.2 ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DO CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO – CCR.....	137
9.3 ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO – HU/UFSC.....	1388
9.4 ANEXO D – PARECER DA PLATAFORMA BRASIL.....	139

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa constitui-se no pressuposto de que um processo de referência e contrarreferência funcionante e efetivo, beneficia a população e o atual sistema de saúde brasileiro. E, dentre os benefícios que poderiam ser sinalizados, está a possibilidade de diminuição, à curto prazo, das complicações que muitas vezes resultam em reinternações e aumentam os gastos públicos.

Entretanto, sabe-se que a organização da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) hoje se caracteriza por uma fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo uma forte incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2011). O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios impostos por essa situação de saúde (BRASIL, 2010).

Diante dessa realidade, em 2011 foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, bem como, ações integradas, sustentáveis e baseadas em evidências destinadas a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco, para tal, aborda os quatro principais grupos de doenças, as circulatórias, o câncer, as respiratórias crônicas e o diabetes bem como, seus fatores de risco em comum (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) definindo diretrizes e ações em vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito ao cuidado integral, é determinado a realização de ações para o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e a ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT, sendo uma delas a de implementar protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da atenção primária, favorecendo desta forma a referência e a contrarreferência para a rede de especialidades e a rede hospitalar, garantindo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção (BRASIL, 2011a).

Entretanto, esta construção está em andamento e tem como data para conclusão 2022, ela não visa a criação de novos serviços, mas sim de dar diretrizes e alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano

das equipes de saúde e das gestões (BRASIL, 2011a). Este fato vem para fortalecer que tais fragilidades são reconhecidas pelos nossos governantes e enfatiza a importância da referência e contrarreferência.

A referência e contrarreferência nos serviços de saúde está determinada pelo princípio constitucional de integralidade da assistência. O Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, veio para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Este decreto alinhava todos os princípios do SUS com sua forma de organização; determina as regiões de saúde; reforça a existência de uma rede regionalizada e hierarquizada conforme a necessidade do serviço; planeja e determina a assistência à saúde; e especifica a articulação interfederativa (BRASIL, 2011).

O Decreto Nº 7508/11 estipula que, os serviços de maior complexidade e densidade tecnológica como os ambulatórios especializados e os serviços de atenção hospitalar, devem ser referenciados pelas portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo estes: atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. Deixa pactuado entre as Comissões Intergestoras a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde para que se garanta a integralidade na assistência, afirma que para tal uma das ações a serem adotadas é a referência e a contrarreferência dos usuários (BRASIL, 2011).

A concepção vigente na normativa do SUS é de um sistema hierárquico, este se configura em forma piramidal expressando as densidades tecnológicas relativas à cada nível de atenção, a atenção básica é a base, seguida da atenção média e no ápice a alta densidade. Essa concepção hierárquica e piramidal está passando por uma transição, vem sendo substituída pelas redes poliárquicas de atenção à saúde, nesta configuração, mesmo respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Neste novo desenho do modelo de atenção à saúde, a Atenção Primária de Saúde (APS) continua sendo o centro de comunicação na RAS (MENDES, 2015).

Considerou-se a problemática da pessoa com amputação por reconhecer que esta precisa de cuidados de reabilitação para que possa adaptar-se à sua deficiência o que tornaria possível retomar suas atividades cotidianas de antes da causa da amputação, bem como restabelecer sua saúde com qualidade de vida. Enfatizamos que, para isso esta pessoa precisa dos diferentes níveis de atenção à saúde e que

estes trabalhem em rede conforme preconizado evitando assim, reinternações seguidas e a cronificação de processos agudos.

Dimensionar a problemática da deficiência no Brasil é bastante difícil, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, isso se dá pela inexistência quase total de informações e de dados produzidos sistematicamente e que mostrem de forma atualizada a realidade do país, esclarece ainda que, deficiências são problemas na função ou estrutura do corpo tais como uma perda ou desvio significativo, podendo esta gerar limitações ou restrições para a execução ou participação em algumas atividades. Com base nesta estimativa traz ainda que no Brasil existem aproximadamente 16 milhões de pessoas com deficiência (BRASIL, 2012a).

Cerca de 10% de toda a população do mundo possui alguma deficiência física e vive sem acesso os direitos de cidadania, estima-se ainda que dos 85 milhões de pessoas com deficiência da América Latina, 88% destas não recebem assistência adequada à saúde (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008).

Segundo Marques e Stolt (2012), amputação é a retirada ou ausência, geralmente cirúrgica, total ou parcial, de um segmento corporal. A amputação de membros tem uma incidência mundial de mais de 1 milhão de casos. Afirmam ainda que este alto índice de amputações no mundo tende a diminuir, mas para isso existe e necessidade de se realizar a prevenção e o tratamento precoce adequado para cada caso das amputações com indicações eletivas. Caso contrário, se considerarmos o aumento na expectativa de vida, e o possível aumento na prevalência de doenças crônicas e síndromes como Diabetes Mellitus, Obesidade, Hipertensão Arterial, entre outras consideradas as principais causas nas indicações para amputações eletivas, presenciaremos o aumento deste índice que deixa menor a qualidade de vida e aumenta o risco de doenças na população de forma geral.

Entende-se desta forma que, nenhuma pessoa está livre de vivenciar uma limitação ou perda sendo ela definitiva ou temporária de alguma capacidade durante a vida e que ao lidar com tal situação existe a necessidade de orientação e apoio para a adaptação, afim de, se alcançar uma qualidade de vida satisfatória (OMS, 2012).

Diante da magnitude desta problemática, se faz necessário o empoderamento das políticas públicas existentes, o que nos leva à citar um dos princípios do SUS, a integralidade da assistência que é *“entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL,

2009, p.40). Neste sentido, para que se alcance a integralidade no cuidado, se faz necessário a existência de um serviço em rede nos diferentes níveis de atenção, com a construção, implementação e integração de ações realizadas através de uma comunicação efetiva, que proporcione a atenção integral ao usuário (BRASIL, 2009).

A Lei 8080/90 dispõe sobre o fluxo de atendimento do usuário, definindo que: *“as ações e serviços de saúde, executadas pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”* (BRASIL, 1990, p.5). O SUS é composto por três níveis de complexidade de cuidado à saúde, sendo eles de baixa, média e alta densidade tecnológica, cada qual prestando atendimento referente ao seu nível de cuidado e conforme a necessidade e demanda.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção, manutenção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida mediante práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe direcionadas a populações de territórios pelos quais se assumem a responsabilidade sanitária. Emprega tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2009a).

A média complexidade constitui-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, onde a prática clínica exige a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. No contexto do SUS, alta complexidade é o conjunto de procedimentos que abrange alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009a).

No hegemônico sistema de atenção à saúde, a hierarquização do SUS ocorre para que o usuário tenha à sua disposição um acesso universal, igualitário e ordenado, onde as ações e serviços de saúde se iniciem nas portas de entradas do SUS e tenham continuidade na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. A organização deste sistema se dá de maneira que, o usuário tenha perto de sua casa, um serviço com atendimento de baixa complexidade para intervir nas situações mais casuais e quando essas necessidades não podem ser resolvidas por completo neste setor, o usuário então é referenciado para um nível de maior complexidade para

atendimento com especialistas, e assim que possível, será contrarreferenciado retornando ao atendimento de menor complexidade (BRASIL, 2011).

Como definição do processo de referência e contrarreferência tem-se que:

A referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas, isto é, é sair da Unidade Básica de Saúde para receber o atendimento especializado, sendo referenciado a este serviço. Já a contrarreferência diz respeito ao retorno ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples e o usuário poderá seguir com atendimento ou tratamento na sua Unidade Básica de Saúde (SILVA; et al, 2010, p. 30).

Optou-se, neste estudo, por investigar a temática que trata da referência e da contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos profissionais enfermeiros. Deste modo, é pertinente sinalizar que dentre os princípios fundamentais do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), temos que a enfermagem atua prevenção de doenças e na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. Este profissional deve participar de ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, hierarquização entre outros; profissional este que deve exercer suas atividades com competências para a promoção do ser humano e sua saúde na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007).

Além dos compromissos éticos, o profissional enfermeiro é responsável pelo cuidado específico e o acompanhamento de diversas doenças crônicas, doenças estas como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus que estão entre os principais fatores relacionados às amputações eletivas.

Reconhecendo também que, o profissional enfermeiro tem um importante papel de gestor do cuidado e que deve atuar com o princípio da responsabilidade sendo um de seus compromissos promover a saúde

integral do ser humano. E ainda, que no atual processo de cuidar observamos uma assistência fragmentada, faz-se necessário exaltar a relevância no envolvimento das instituições quanto ao cumprimento das políticas públicas de saúde, bem como seu engajamento e a integração de toda a equipe multidisciplinar, para a potencialização dos benefícios aos usuários.

Seguindo na mesma vertente, reafirmamos que não só na assistência de saúde à pessoa com amputação, mas em toda e qualquer ação de saúde é inviável imaginar uma assistência integral ao ser humano sem o processo de referência e contrarreferência exercendo o papel de articulador entre os distintos níveis de atenção à saúde. Isso requer uma construção permanente e contínua envolvendo a concretização dos princípios éticos do profissional de enfermagem.

Durante os estágios realizados em meu processo de formação acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), presenciei usuários do SUS entrando e saindo dos hospitais, repetidas vezes, com as mais distintas complicações e sendo submetidos aos diversos procedimentos invasivos como as amputações efetuadas de modo recorrente que resultavam em pessoas com importantes limitações físicas, muitas vezes evitáveis.

Questionamentos nasceram a partir destas imagens, pois, mesmo recebendo orientações na alta hospitalar (AH), explicações para seu acompanhamento domiciliar e adaptação à sua nova condição de vida, muitos destes retornavam para a hospitalização em um curto espaço de tempo e com agravos da mesma origem, o que me fez refletir quanto à eficácia e abrangência de tais ações.

Ao aprofundar as leituras sobre a temática, e ao vivenciar os estágios curriculares nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), observei algumas brechas na comunicação entre os distintos níveis de atenção. Isto é, presenciei os usuários indo e vindo sem qualquer informação ou notificação, considerando assim que, a referência e a contrarreferência não se efetivam como está descrita nas políticas públicas vigentes.

Neste contexto, a reflexão ética e bioética mostra-se adequada para amparar a discussão, uma vez que, propicia um modo de olhar a estrutura e o funcionamento do SUS. A relação de cuidado e proteção da bioética tem o objetivo de promover a competência moral de indivíduos e populações mediante aos conflitos intrínsecos às relações humanas (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009). Ela organiza conceitos, metas e argumentos sobre a ciência e a vida, sendo assim, se relaciona com a formação e o trabalho em saúde, pois define o papel, as

responsabilidades e os limites da atuação profissional (RAMOS; DO Ó, 2009).

Observa-se também uma lacuna do conhecimento na temática, aqui, proposta. Esta lacuna está comprovada em estudo do tipo revisão integrativa, cujo objetivo era analisar as diferentes publicações sobre o tema amputação, consubstanciadas em artigos científicos publicados entre janeiro de 2000 a setembro de 2012 nos idiomas português, inglês e espanhol. Este estudo analisou o estado da arte no mundo sobre o tema amputação e evidenciou que, *“carecem estudos voltados à atenção integral da pessoa amputada, já que a mesma necessita do trabalho compartilhado de diversas profissões”*. E ressalta *“a necessidade da enfermagem se debruçar sobre a temática a partir da visão do sujeito amputado na sua integralidade.”* (SCHOELLER, et al, 2015, no prelo).

De modo geral, nas produções encontradas predominam as temáticas que abordam a prevenção, as causas, as indicações e o momento do procedimento cirúrgico da amputação. Entretanto, não há estudos que discutam claramente o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, bem como, a reflexão bioética sobre a temática proposta também não foi mencionada.

1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Como se dá a referência e a contrarreferência das pessoas com amputação entre os níveis de atenção no município de Florianópolis na perspectiva dos enfermeiros?

1.2 OBJETIVOS

- Descrever a atuação dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação.
- Analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros, sob o olhar da bioética.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 AMPUTAÇÃO

2.1.1 Definição

A amputação é um recurso terapêutico da medicina tão antigo quanto a própria humanidade. Uma das evidências mais antigas para comprovar tal afirmação é encontrada no Instituto *Smithsonian* localizado no Complexo *National Mall*/Estados Unidos, e trata-se de um crânio humano com 45 mil anos que apresenta os dentes desgastados e alinhados, indicação para a presença de membros superiores amputados; também, pinturas encontradas em cavernas da Espanha e França mostram mutilações de membros. As cavernas do Novo México apresentam impressões de práticas de automutilação durante cerimônias religiosas para acalmar os deuses, ambas com cerca de 36 mil anos (CARVALHO, 2003).

A referência escrita mais antiga sobre amputações é o Rig Veda, um antigo poema indiano, acreditava-se que este era sagrado, foi escrito entre 3500 e 1800 a.C. O poema aborda a história da rainha Vishpla, uma guerreira, que ao ter o membro inferior amputado por um ferimento de guerra, conseguiu retornar à batalha após a confecção de uma prótese em ferro. Além deste poema, temos como registro documentado mais antigo o datado em 2300 a.C., quando arqueólogos russos descobriram um esqueleto de mulher com pé artificial, tratava-se de uma prótese confeccionada com pé-de-cabra adaptado ao coto, por um encaixe feito com a pele dessecada do próprio animal (CARVALHO, 2003).

Amputação é definida como a retirada total ou parcial de algum membro, sendo este considerado um método de tratamento para diversas doenças. Entretanto, é indispensável enfatizar que a amputação não é o tratamento em sua totalidade, mas parte do seu contexto geral, no qual, o objetivo é prover uma melhor qualidade de vida ao paciente (BRASIL, 2013).

A amputação é prevalentemente indicada para evitar complicações e consequentemente oferecer melhores condições de vida à pessoa, especialmente quando existe dificuldade de intervenção endovascular que impossibilite a preservação do membro afetado (GOODNEY, et al, 2009; JACOBS, et al, 2011; CHALYA, et al, 2012). Estudos que abordam o momento da amputação mencionam esta como um tratamento a partir de um trauma ocorrido, de complicações da Diabetes Mellitus (DM) e nos casos de infecção (SLIM, et al, 2011; DUNKEL, et al, 2012; MOXEY, et al, 2012).

Atualmente as pessoas com amputação, assim como as pessoas com outras deficiências, são asseguradas principalmente pela lei Brasileira nº 7.853/89 que estabelece normas a respeito dos direitos à educação, saúde, trabalho, lazer, previdência social, amparo à infância para a pessoa com deficiência física. Na área da saúde, esta lei determina a criação de medidas de promoção de condutas preventivas, elaboração de redes de serviços especializados em reabilitação e habilitação, direito de acesso as unidades de saúde tanto públicos quanto privados, direito de atendimento em domicílio para deficientes graves não internados, e criação de programas de saúde com foco em pessoas com deficiências, incluindo a sociedade, dando oportunidade para integração social a eles (BRASIL, 1989).

2.1.2 Etiologia

Nos primórdios, as amputações eram realizadas pelas mais distintas causas e dentre os motivos mais comuns podem ser citadas; as deformidades congênitas, muito comuns, especialmente nos países árabes pelo conhecido e incentivado casamento consanguíneo (entre primos de primeiro grau); as amputações traumáticas ocorridas durante as batalhas, nos momentos de captura dos inimigos ou de punição judicial; e as ocasionadas por doenças como gangrena, tuberculose e lepra (CARVALHO, 2003).

Atualmente o panorama mundial sobre as causas das amputações, gira em torno das doenças crônicas, principalmente o DM e as amputações traumáticas (JOHANNESSON, et al, 2009; BUCKLEY, et al, 2012; LI, et al, 2012). Apesar das controvérsias quanto ao número de amputações a nível mundial, diversas pesquisas apontam para uma alta incidência, chegando a 46,1/10000 por habitantes/ano (MOXEY, et al., 2011).

Bernard & Vilagra (2010) mostram que, atualmente, no Brasil a estimativa desta incidência é de 13,9/10000 por habitantes/ano.

No Estado de Santa Catarina, segundo os dados do ano de 2011 da Secretaria de Saúde do Estado, ocorreram na Grande Florianópolis, no período de 2008 a 2010, 6280 amputações. Neste contexto, 35,3% são amputação e desarticulação de membros inferiores; 8,1% amputação e/ou desarticulação de pé e tarso; 1,8% amputação e/ou desarticulação de mão e punho; 1,3% de amputação e/ou desarticulação de membros superiores, exceto mão; 0,4% de amputação e/ou desarticulação por oncologia de membros inferiores e de 0,09% de membros superiores. Ressalta-se que 46% dizem respeito à amputação e/ou desarticulação de dedo e 7,1% equivalem a cirurgias reparadoras de coto (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014a).

A tabela a seguir retrata a frequência nas causas de amputações no SUS em todo o Brasil no ano de 2011:

	Causas	Frequência	%
1	Causas externas	16.294	33,1%
2	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8.808	17,9%
3	Doenças do aparelho circulatório	7.905	16,1%
4	Diabetes Mellitus	6.672	13,6%
5	Gangrena	5.136	10,4%
6	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2.961	6,0%
7	Neoplasias	957	1,9%
8	Doenças da pele e do tecido	230	0,5%
9	Malformações congênitas, deformidades e anomalias	202	0,4%
	Total	49.165	100%

Tabela 1 – Frequência de procedimentos de amputação no SUS por causa – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIHSUS), 2011. Fonte: BRASIL, 2013, p.8.

Observa-se na **Tabela 1**, a prevalência das amputações por causas externas ou traumáticas, dentre estas temos os acidentes de trânsito em primeiro lugar seguido pelos ferimentos por arma de fogo (BRASIL, 2013).

Esta realidade vai ao encontro ao aumento do número de veículos nas ruas brasileiras, em especial a frota de motocicletas utilizadas como meio de trabalho por sua agilidade e baixo custo. Em 2010, somente no SUS, foram registradas 69.609 internações de motociclistas traumatizados por acidentes de trânsito o que gerou um ônus de R\$ 85.602.906,68 aos cofres públicos. As lesões apresentadas por estes motociclistas foram diversas, dentre elas podemos citar a prevalência das amputações com 48,9%, seguido por 12,15% dos traumatismos crânio encefálico e traumas raquimedulares (SCHOELLER, et al, 2011).

As amputações traumáticas são decorrentes de traumas ou lesões desencadeadas por acidente de trânsito e/ou acidente de trabalho, tendo maior incidência os acidentes de trânsito que atingem em sua maioria as pessoas em idade produtiva. Influenciando diretamente no seu contexto socioeconômico, devido à perda da capacidade laborativa, de socialização e qualidade de vida, sendo que o dano tecidual está diretamente relacionado

com o melhor prognóstico da lesão e adaptação com a nova condição de vida (BORGES, 2013).

Estudo realizado em um centro de reabilitação referência no estado de Santa Catarina, Brasil, apontou que 75% das pessoas com amputação eram do sexo masculino. Quanto a época em que a amputação foi realizada, entre os homens houve uma média de aproximadamente 43 anos, enquanto as mulheres enfrentaram tal situação com cerca de 49 anos (SCHOELLER, et al, 2012).

Cruzando as variáveis sexo, idade e causa da amputação, sinaliza-se que as causas externas determinam à diminuição na média de idade de amputação, especialmente entre os homens, sendo esta por volta dos 40 anos de idade. Afirma-se ainda que, somente após os 70 anos de idade, os índices de amputações, quando associadas às doenças crônico-degenerativas, se igualam em ambos os sexos. Nas neoplasias mostra-se uma distribuição uniforme de acordo com as faixas etárias, entretanto, estas atingiram duas vezes mais homens que mulheres (SCHOELLER, et al, 2012).

Schoeller, et al (2012) contempla que na faixa etária superior a 60 anos em ambos os sexos, as amputações ocorrem principalmente em pessoas com diabetes e esta realidade se acentua com o envelhecimento. Mediante ao exposto, é necessário enfatizar quanto a forte tendência para o crescimento destes índices e indicadores. Isso se deve ao atual aumento na expectativa de vida da população que acarreta na presença cada vez maior das patologias associadas, patologias estas fortemente envolvidas com o dilema das amputações e adaptações para o alcance de uma melhor qualidade de vida.

Em 2008, no Brasil, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência enfatizou o objetivo “*de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos, de direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade*” (BRASIL, 2008a, p. 16). Tal objetivo prevê a reinserção social da pessoa com qualquer deficiência. No entanto, para que ela seja organizada de forma eficaz, faz-se necessário conhecer esta população, observar as suas necessidades e fortalecer ações que promovam a reabilitação, além de contar com profissionais capacitados e engajados.

2.1.3 Reabilitação e Prótese

Reabilitação é entendida como um conjunto de ações que auxiliam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente, mesmo com este conceito amplo, a reabilitação não consegue alcançar tudo o que

diz respeito à deficiência. Ela visa à melhoria da funcionalidade individual incluindo a intervenção no ambiente do indivíduo, por exemplo, a instalação de uma barra de apoio no banheiro. A reabilitação acontece durante um tempo determinado, podendo envolver intervenções simples ou múltiplas realizadas por uma pessoa ou por uma equipe de profissionais, sendo necessária desde a fase inicial do problema médico, até as fases pós-aguda e de manutenção (OMS, 2012).

A reabilitação da PA engloba a identificação dos problemas e necessidades, a definição de metas, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus resultados (OMS, 2012).

Uma amputação pode ser traumática psicologicamente e/ou fisicamente por trazer limitações significativas de autoimagem, autocuidado e mobilidade. As pessoas com amputação têm de lidar com a perda de parte do seu corpo. A reabilitação as ajuda a desenvolverem habilidades funcionais que auxiliam a adaptar-se a sua nova situação (KURICHI, et al, 2011).

Quando uma cirurgia para amputação é realizada, tem por objetivo a retirada do membro condenado, criando assim novas perspectivas quanto à melhoria da função da região envolvida, para a concretização deste objetivo o cirurgião deve estar focado no pressuposto de que, ao amputar quaisquer segmentos corporais, resultará em um novo órgão de contato com o meio exterior, este se denominará de coto de amputação, e deve ser minuciosamente planejado para que posteriormente possibilite um apropriado processo de reabilitação (BRASIL, 2013).

O conhecimento do cirurgião acerca do processo de protetização também é de extrema importância, pois muitas vezes a falta de familiaridade deste com as próteses podem ocasionar interferência no tratamento e nas estruturas, como a pele, vasos, ossos, músculos e nervos (LUCCIA, 2005).

A reabilitação é um processo longo e difícil que tem como objetivo durante o período pós-operatório imediato proporcionar a pessoa com amputação um estilo de vida tão funcional quanto possível. Nos casos em que estas pessoas são candidatas ao uso de prótese, a ênfase inicial na reabilitação está em prepará-las para a fase protética, já para as pessoas que não são candidatas para a reabilitação protética, os objetivos incluem a mobilidade e a execução de atividades rotineiras. Reabilitar uma pessoa com amputação independente do uso de prótese é uma ação em longo prazo e só se conclui quando esta pessoa estiver vivendo com total independência, tendo o controle de suas atividades diárias, profissionais e de lazer (KURICHI, et al, 2011).

Discordando do discurso de senso comum entre as pessoas e os próprios profissionais da saúde, o processo de reabilitação deve ser oferecido ao usuário antes do momento da amputação. Nesta direção, diversas ações de reabilitação, como um programa de condicionamento cardiopulmonar comumente pode ser iniciado no período pré-operatório, e a atuação da equipe de saúde neste período, também, abrange avaliação física detalhada, explanação sobre o prognóstico funcional, esclarecimentos sobre dor fantasma e discussões sobre as metas de reabilitação de curto, médio e longo prazo (BRASIL, 2013).

Na fase pós-cirúrgica imediata as principais ações são as de orientação do paciente quanto a transferência de postura, deslocamento, treino de marcha, orientações quanto ao posicionamento, prevenção à deformidades, controle de edema e modelagem do coto, fortalecimento dos outros segmentos corporais e as orientações para a dessensibilização do coto (BRASIL, 2013).

Nos casos em que é viável e/ou viabilizado, na fase pré-protética inserem-se as principais ações de saúde, a avaliação geral do coto seguida da avaliação específica do mesmo; alcançando a fase protética devem-se fornecer orientações sobre o uso correto da prótese ao usuário. Logo, são de extrema importância as orientações quanto a melhor forma de calçar e retirar a prótese, bem como na realização das atividades mais rotineiras (BRASIL, 2013).

Entretanto, é primordial entender que a perda de uma parte do corpo muitas vezes somada a uma perda funcional acarreta um processo semelhante ao luto, sobretudo porque a deficiência gera a necessidade de uma mudança identitária, resultando numa condição que exige a reestruturação psíquica. Assim, como qualquer processo de luto, o sujeito com uma deficiência adquirida está propenso a reelaborar e ressignificar emocionalmente sua existência, identificando-se inicialmente com uma perda significativa que comumente terá repercussões negativas (KÜBLER-ROSS, 1996; CERZETTI, et al, 2012).

Além dos aspectos físicos, o uso ou não de um membro artificial, é um processo que engloba os mais distintos aspectos psicológicos e sociais, o que leva esta pessoa a enfrentar novos desafios relacionados a seu estado alterado (SINHA, et al, 2014). Para lidar com tal situação, o processo de reabilitação vai muito além das medidas de cuidado com o coto e a eficiente protetização, é necessário o envolvimento de uma equipe multiprofissional totalmente integrada e realizando com eficiência os processos de referenciamento e contrareferenciamento adequados a cada situação.

A pessoa submetida à amputação vive um processo de transição que comporta inúmeras mudanças necessitando de adaptação. De modo geral, a

melhor adaptação, está relacionada ao processo de assistência recebido pelo indivíduo, pois a existência de uma equipe multidisciplinar, atuando de forma interdisciplinar, pode tornar a recuperação e o processo de reabilitação do indivíduo mais satisfatório (ANDREWS, 2011; LATLIEF, et al, 2012). Em suma, acredita-se que a equipe de saúde deve possuir o conhecimento que a possibilite planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que forneçam melhores condições de vida à pessoa com amputação (BAENA; SOARES, 2012).

Mediante todo o exposto, exalta-se a relevância quanto a excelência no processo de reabilitação, bem como no adequado processo protético visto que uma pessoa com amputação passa por diversas mudanças, não só na forma de sua estrutura corporal ou em sua locomoção, mas também na maneira de como se vê e é visto. Existe uma cascata de dúvidas, medos e inseguranças que norteiam tal situação e para o melhor enfrentamento e superação, bem como as melhores escolhas, se faz indispensável uma assistência integral realizada por uma equipe multiprofissional envolvendo os distintos níveis de atenção à saúde conforme cada necessidade enfrentada (BORGES, 2013).

Estudos comprovam que o prognóstico de maior sucesso e rapidez na recuperação também está relacionado a uma importante característica do perfil do paciente, a idade. Os profissionais deixam claro que amputados jovens terão maior chance de recuperação e de protetização, ao contrário dos idosos, até mesmo porque os jovens normalmente não têm doenças crônicas associadas (MARQUES, et al, 2014). Considera-se a tecnologia como ponto a favor da reabilitação da pessoa com amputação e o esporte como influência positiva na construção de melhores condições de vida e readapção à pessoa com amputação (DARTER; WILKER, 2011; BRAGARU, et al, 2011).

A enfermagem é uma das profissões mais importantes no decorrer de todo este processo. E, isso se dá por que ela participa ativamente, e está profundamente envolvida em cada processo de reabilitação uma vez que seu objetivo é o cuidado terapêutico de cada pessoa partindo do entendimento do outro enquanto sujeito autônomo e integral, dono dos seus caminhos e de sua própria vida (SCHOELLER, LEOPARDI, & RAMOS, 2011).

2.2 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO

Reconhecendo as diversas dificuldades e específicas necessidades envolvidas na assistência às pessoas amputadas, faz-se necessário o

desenvolvimento de competências específicas por parte da equipe multiprofissional, e principalmente da enfermagem, para que se atue de forma ética, eficaz e em consonância aos programas e políticas públicas existentes para a melhor atuação na prevenção de doenças, e na promoção e recuperação da saúde, bem como, nos processos de reabilitação e na melhoria da qualidade de vida desses indivíduos.

Dentre as profissões da saúde, a enfermagem é a profissão do cuidado, sabe-se que outras profissões exercem ações de cuidado, entretanto são ações parcelares. Um fato inegável é a transcendência do cuidado quanto à execução de técnicas, estamos em uma época de transformações cada vez mais dinâmicas, com demonstrações concretas das limitações da medicina moderna, uma vez que, a patologia não justifica mais o doente, Emerge um novo espaço para a construção de relações fraternas e solidárias, amparadas no respeito às diferenças e visando o bem comum, onde o sujeito enfermo e o sujeito cuidador unem suas forças para a busca do bem-estar e da felicidade. A única profissão da área da saúde que tem a possibilidade de protagonizar esta busca é a enfermagem. (SCHOELLER, LEOPARDI, & RAMOS, 2011).

Mediante o exposto tem-se que a enfermagem protagoniza a busca de uma vida saudável em cada pessoa que presta cuidado, quando falamos de pessoas com doenças crônicas e com amputações esta necessidade se amplifica. O papel da enfermagem nestes casos está intimamente entrelaçado com a retomada de uma vida normal junto à comunidade e família, bem como o empoderamento do autocuidado pelo indivíduo alcançando sua autonomia e independência.

Schoeller, et al (2014a) afirmam que, autonomia e independência, apesar de se articularem, tem significados diferentes. Um indivíduo autônomo é aquele que governa sua própria vida, ou seja, para se construir a autonomia do sujeito cuidado, o enfermeiro deve inicialmente conhecê-lo, respeitá-lo e dialogar, implica, acima de tudo, em acreditar no outro e em sua capacidade de superação. Quanto à independência podemos afirmar que, nenhum indivíduo a tem completamente, em distintos momentos de sua vida necessitará de outros seres humanos ou de equipamentos, logo, entende-se como uma pessoa independente aquela que conseguem efetuar suas atividades rotineiras e complexas, atividades estas que compõem o encaminhamento de sua própria vida, como mover-se, comunicar-se, alimentar-se e higienizar-se.

Quando se fala em promover o autocuidado não estamos limitando tal ação ao simples fato da prescrição do profissional de saúde, onde se aponta o que aquele indivíduo deve fazer. O real significado desta palavra é reconhecer o papel central da pessoa em

relação a sua saúde, aguçando o sentido de autorresponsabilidade sanitária e fazendo com que o profissional de saúde transforme-se em um parceiro. Entretanto, somente esta parceria não é suficiente para a efetivação do autocuidado, é essencial e indispensável o apoio familiar, dos amigos, das organizações comunitárias e da equipe multiprofissional de saúde (BRASIL, 2013a).

Neste contexto de assistência às pessoas com amputação, sinaliza-se que a atenção básica ou primária é descentralizada, está localizada próximo ao usuário e tem o papel de articular ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Desta forma ela deve ser a principal porta de entrada do usuário e tem como função a coordenação do cuidado realizando a comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É a atenção básica que elabora, acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os distintos pontos de atenção, além de oferecer um cuidado através de uma relação horizontal, contínua e integrada (BRASIL, 2013).

Apesar das amputações serem realizadas pelos níveis de maior complexidade, é reconhecida a estreita relação destes com o nível primário ou atenção básica. As pessoas pós-amputação são atendidas e acompanhadas pelos profissionais da atenção básica que avaliando necessário direcionam este cuidado aos demais pontos de atenção.

Entretanto, é preciso mencionar que os profissionais da atenção básica também possuem importante papel nos momentos que antecedem o procedimento cirúrgico, sendo responsáveis pelo monitoramento e oferta de cuidado ao usuário que apresenta diagnóstico de doenças como a diabetes mellitus e a hanseníase, que podem resultar em amputações. Dentre as ações a serem realizadas por estes profissionais podemos citar: o diagnóstico precoce; a oferta dos medicamentos; a oferta de cuidado multiprofissional; o encaminhamento para os demais níveis de atenção quando necessário; entre outros (BRASIL, 2013).

Para que uma mudança nos altos índices de amputações seja notada, devemos dar uma atenção muito especial às pessoas com doenças crônicas, em especial a DM por esta encontrar-se no topo das causas nas amputações eletivas. A pessoa com diabetes ao passar dos anos, inexoravelmente, enfrentará uma retinopatia, que evoluirá com uma nefropatia e posteriormente com uma amputação de membros inferiores. Isso se justifica pelo atual sistema de saúde que só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em complicações das doenças crônicas, ou em casos agudos identificados pelos próprios usuários (MENDES, 2012).

Mendes (2012) acentua ainda que, esta forma de atenção voltada para as condições agudas, não permite intervir adequadamente junto às pessoas com doenças crônicas como o diabetes. Neste sentido, seria necessário ações para promover o controle glicêmico, reduzir o tabagismo, diminuir o sedentarismo, controlar o peso e a pressão arterial, promover o controle regular dos pés e ofertar exames oftalmológicos regulares.

No período pós-amputação, as pessoas também receberão cuidados dos profissionais da atenção básica, pois estes têm a função de ofertar o cuidado integral a esse usuário que deve ser visto em sua totalidade. É uma pessoa que necessita de cuidado e de assistência para além do cuidado específico decorrente da amputação (BRASIL, 2013).

A Enfermagem de Reabilitação desempenha relevante papel neste contexto auxiliando as pessoas com amputação no desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais, na recuperação e no desenvolvimento da autonomia, na reintegração familiar e social, e sempre mantendo o contexto sociofamiliar. Este profissional alcança o sucesso na sua atuação ao envolver as pessoas no seu programa terapêutico e é a partir deste envolvimento ou participação, que conduzirá a uma maior satisfação, bem com uma maior autonomia aquele indivíduo (ALVES, 2014).

A enfermagem de reabilitação une duplamente a questão da autonomia do sujeito cuidado, no momento em que esta é essência da própria finalidade do trabalho de enfermagem e na interface da reabilitação, na qual, nada se consegue sem que o sujeito enfermo queira, de fato, alcançar. O enfermeiro, ao cuidar em reabilitação é um companheiro de jornada do sujeito com limitações, e, juntos estabelecem metas a serem alcançadas conjuntamente na construção da autonomia do sujeito. Cada um com papéis diferentes, mas ambos essenciais no processo. São dois sujeitos ativos, pessoa a ser reabilitada e enfermeiro. Isso muda radicalmente o lugar e a forma de agir do enfermeiro, que precisa, mais do que nunca, acreditar no outro e nas suas capacidades. Esta interação é necessariamente de longo prazo, para a qual precisamos construir tecnologias emancipatórias, a partir de pesquisas tanto qualitativas como quantitativas, cujos conteúdos e práticas aproximem-se do que consideramos abertura para possibilidades de estar melhor em sua condição. O mundo da

pesquisa deve refletir o mundo do trabalho, reafirmando-o, questionando-o, ou negando-o em processos concretos de cuidado. Se, na concretude do trabalho não existe um campo do mesmo, é de se esperar que a pesquisa reflita isto (SCHOELLER, et al., 2014, p.39).

A enfermagem agindo em qualquer um dos distintos níveis de atenção desempenha importante papel, lado a lado à pessoa com amputação ou com doença crônica, não só agindo ativamente na prestação de uma assistência adequada conforme explanado anteriormente, mas também contribuindo e inovando na área da pesquisa.

Espera-se que fornecendo um cuidado integral e de qualidade, tanto à pessoa com doença crônica como à pessoa com amputação, estaremos propiciando a este “cidadão”, não só o alcance e manutenção de sua saúde, mas principalmente auxiliando como peça indispensável no desenvolvimento de sua independência, autonomia e propiciando sua inclusão social.

O conhecimento dos profissionais acerca das redes de referência e contrarreferência é primordial na assistência à saúde da pessoa com amputação, de modo a realizar os devidos encaminhamentos para a continuidade do cuidado e a reabilitação do indivíduo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Para compor o referencial teórico desta investigação optou-se pelos temas: Redes de Atenção à Saúde, por sua magnitude e total interdependência no alcance da excelência no atendimento à saúde de pessoas com amputação e em seu processo de reabilitação; e as questões de Ética e Bioética por propiciarem um modo de olhar para o objeto de estudo desta investigação, ao contemplar a discussão do exercício profissional do enfermeiro, a responsabilidade profissional e as questões sociais e políticas intrínsecas a este processo de atenção à saúde.

Além de toda a proximidade e relevância com a temática, estes são itens intrínsecos no processo de referência e contrarreferência comprovados na discussão a seguir.

3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil está fundamentado nas ações de cura, focado na doença, e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Entretanto esta forma de prestação de serviços focados na oferta tem se mostrado inadequado para enfrentar os desafios sanitários atuais e, insustentável para os futuros. Ao implementar a RAS teremos intervenções concomitantes sobre as condições agudas e crônicas, o que mudaria o atual modelo de atenção hegemônico no SUS (BRASIL, 2010).

Enfatiza-se que a forma de organização mais eficaz para enfrentar tais desafios são as redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde, uma vez que estas mostraram melhores resultados quanto aos indicadores de saúde (BRASIL, 2013a).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência

econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010, p.2).

Dessa definição pontuamos como conteúdos fundamentais das RAS: possuir missão e objetivos comuns; operar de forma cooperativa e interdependente; intercambiar seus recursos; implicar a continuidade perpassando os três níveis de atenção; promover atenção integral; ser coordenada pela APS; prestar atenção de forma eficiente ofertando serviços seguros e efetivos, em tempos e lugares certos, em consenso com as evidências disponíveis; possuir responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e ter o dever de gerar valor para a sua população (MENDES, 2015).

Na **Figura 1**, temos a representação da mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Com esta mudança, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia organizando-se sob a forma de uma rede horizontal, onde os pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas não possuem ordem ou grau de importância entre eles, ou seja, todos os componentes das RAS são igualmente importantes, diferenciando-se somente por suas respectivas densidades tecnológicas (MENDES, 2015).

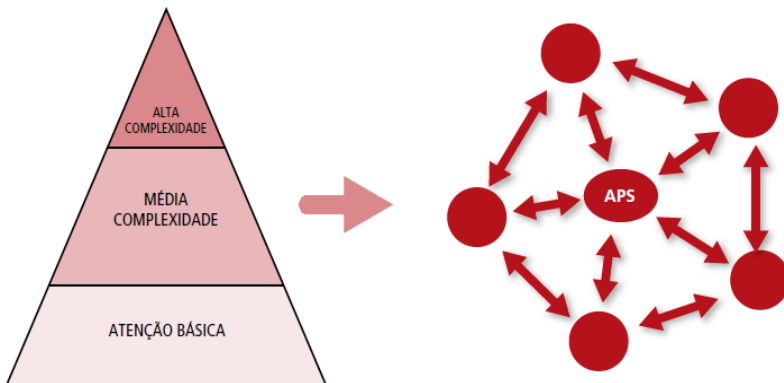


Figura 1. Modelo de rede proposto pelo Ministério da Saúde no Brasil
Fonte: http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf

Com a **Figura 1**, identificamos a Atenção Básica como elemento coordenador no processo de referência e contrarreferência para os demais serviços de saúde, bem como, coordenadores da RAS.

O Decreto nº 7.508/11, que regulamenta alguns aspectos da Lei nº 8.080/90, determina que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde deve se iniciar nas portas de entrada do SUS. Para tal a APS tem algumas funções em contribuição ao bom funcionamento da RAS, são elas: ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado; e ordenar as redes (BRASIL, 2011).

Em disparidade com o preconizado acima, estudo cujo objetivo foi analisar a rede de atenção à pessoa amputada na perspectiva dos profissionais de saúde inseridos nos serviços de alta complexidade, evidenciou que o papel da APS e Estratégia de Saúde da Família (ESF) em alguns momentos, não participam do processo de rede de atenção no atendimento à pessoa com amputação. Sinaliza, ainda, que alguns profissionais relatam que o encaminhamento para reabilitação ocorre em um fluxo direto da alta complexidade muitas vezes justificado pelo elo estabelecido entre os hospitais que executam a cirurgia de amputação e a consulta ambulatorial posterior ao procedimento e o serviço de referência em reabilitação (MARQUES, et al, 2014).

Este apontamento reafirma o atual olhar previamente fixado a partir de um nível de atendimento – o hospitalar, mas, a existência de redes de atenção de atenção à saúde requer o entendimento de um processo contínuo e de integração entre diversos níveis de atenção à

saúde o que resultaria na mudança do atual modelo de atenção (VARGAS, et al, 2014).

Há três elementos constitutivos da RAS: a população/região de saúde definidas; a estrutura operacional e os sistemas logísticos. A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos sendo os sistemas logísticos fortemente ancorados nas tecnologias de informação, e ligados ao conceito de integração. Este tem como objetivo principal a efetivação de um sistema de referenciamento e contrarreferenciamento de pessoas e estão focados em promover a integração dos pontos de atenção à saúde com eficácia (BRASIL, 2010).

A referência e a contrarreferência destina-se a transferência de informações e responsabilidades que são imputadas aos diversos membros das equipes de saúde, para tal, a existência de prontuários clínicos, preferivelmente eletrônicos se faz indispensável, este deverá realizar a interface entre os distintos níveis de atenção à saúde, para isso, é necessário a criação de um instrumento de referência padronizado que contenha os dados da pessoa e sua história clínica. O sistema deve ser programado de tal forma que garanta o retorno pelos especialistas de todas as pessoas mediante um relatório de contrarreferência também padronizado (MENDES, 2011).

A conectividade é um preditor crítico de sucesso da coordenação do cuidado entre os generalistas e os especialistas. Uma boa conectividade implica: o sistema assegura que as informações requeridas são transmitidas aos destinatários corretos; eventos críticos no processo de referência e contrarreferência são identificados e monitorados; e os generalistas e os especialistas podem se comunicar eficazmente entre eles. A existência de um sistema de referência eletrônico, como parte de um registro eletrônico em saúde, assegura que essa informação crítica flui de forma oportuna. Esse sistema deve incorporar os critérios de referência e de transição que estão estabelecidos em linhas-guia baseadas em evidência (MENDES, 2012, p.353).

As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, envolvendo todos os seus pontos de atenção e obedecendo à ação coordenadora da APS. Seu significado aproxima-se do utilizado no SUS para as linhas de cuidado (MENDES, 2011).

Linhas de cuidado expressam o fluxo assistencial adequado para que se garanta ao usuário o atendimento às suas necessidades de saúde, uma vez que, definem as ações e os serviços a serem desenvolvidos nos distintos pontos de atenção de uma RAS, bem como fazem uso da estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Ela não se baseia somente em protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, com o objetivo de um acesso facilitado ao usuário (BRASIL, 2013a).

Com a efetivação da RAS e das linhas de cuidado ter-se-ia uma atenção centrada na pessoa e na família, nunca reduzindo o usuário às suas doenças. Este modelo de atenção, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença atualmente vigente, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde. O usuário se torna o principal produtor social de sua saúde, uma vez que, está ativamente envolvido com todas as decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção à saúde que lhe é prestada o que possibilita uma forte aliança terapêutica entre os profissionais de saúde, a família e o usuário, e vem evidenciando uma maior adesão ao tratamento e o alcance de melhores resultados (BRASIL, 2013a).

Em 2012 surgiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com o objetivo de garantir acesso aos serviços de saúde às pessoas com deficiência, para tal instituiu incentivo financeiro aos centros de atenção especializados em reabilitação, este incentivo visa também disponibilizar recursos para a aquisição de materiais e fornecimento de prótese. Enfatiza que não funciona de forma isolada, mas que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência envolve todas as RAS. O cuidado à pessoa com deficiência é de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde, mesmo estes não estando alocados nos centros especializados em reabilitação (BRASIL, 2012b).

3.2 ÉTICA E BIOÉTICA

A ética, em geral, e a bioética, em particular, tem hoje importante papel de reflexão, as considerações éticas que em dada época eram exclusividade de uma pequena e seleta parcela, atualmente são alvo de discussões de boa parte da população, onde as respostas respaldadas em tradições, em costumes e na religião não são mais satisfatórias. Entende-se que a bioética é o estudo sistemático das dimensões morais, inclui a visão moral, condutas, decisões, e políticas. Ela não tem a resposta pré-

determinada para tudo, mas ela nos mostrará o caminho (NETO; SILVA; ARAÚJO, 2007).

Na prática profissional, a ética e a bioética têm grande relevância, e esta se acentua quando é considerada a evolução da ciência e o surgimento de novas tecnologias que trazem dilemas e problemas éticos e bioéticos até então nunca enfrentados. Durante a formação acadêmica os enfermeiros não são preparados para lidar com inúmeros dilemas, o que reforça a necessidade de ministrar o ensino da bioética, aplicadas à construção da consciência moral e buscando novas abordagens favorecendo a formação de profissionais capazes de refletir sobre a maneira adequada de se conduzir na profissão com comprometimento, responsabilidade e competência (COUTO FILHO, 2013).

O refletir sobre as ações não garante o cuidado seguro e a preservação da vida, a responsabilidade dos profissionais é o que os mantém íntegros, suas tomadas de decisões devem ser pautadas pela ética, pelos saberes técnicos e científicos (SCHNEIDER, 2010). O preparo técnico e a sua atualização constante não são suficientes para minimizar os danos ocasionados durante a assistência dos profissionais de enfermagem, estes precisam possuir compromisso ético, e para tal, necessitam conhecer as responsabilidades ética, profissional, civil e penal de suas ações, além de estarem inteirados com seus direitos e deveres, para evitar ocorrências de negligência, imperícia ou imprudência (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

A regulação ou legislação do exercício profissional e o código de ética de cada profissão definem a responsabilidade profissional como sendo a possibilidade de prever os efeitos do próprio comportamento e de corrigi-lo baseados nesta previsão (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

O profissional necessita conhecer o seu código de ética e a legislação que rege a sua profissão, sob pena de não prever as consequências das suas ações. O exercício profissional da enfermagem é regido pela Lei nº7.489, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto nº94.406, de 8 de junho de 1987. Já o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. O CEPE está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por assistência sem riscos e danos e acessível a

toda população. Também é fundamental a existência de um órgão que zele pelo exercício da ética profissional, com atuação educativa e de referência nas situações que envolvam conflitos éticos. Visando atender essas necessidades, surgiram as comissões de ética de enfermagem (CEE), normatizadas pela Resolução COFEN 172/94 (SCHNEIDER; RAMOS, 2012, p.3).

Partindo do pressuposto já explanado, que apesar da existência de um código de ética profissional que rege suas ações, é conhecido que estes não dão conta de atender todas as demandas éticas vivenciadas na assistência mediante o acelerado desenvolvimento tecnológico, logo, a responsabilidade ética não deve ser entendida simplesmente como o cumprimento do Código de Ética (VARGAS; RAMOS, 2011).

O ato de cuidar de um ser humano pode desencadear alterações biopsicossociais, é algo complexo e requer competências específicas. Para tal, é necessário que o profissional reconheça suas limitações e fragilidades buscando recursos para se resguardar dos possíveis erros, ou minimizá-los, no decorrer do cuidado prestado. Cada ação desencadeia reações de responsabilidade que influenciam na maneira que a/o assistência/cuidado é prestada/o (SCHNEIDER, 2010).

O ato de cuidar abrange uma imensidão de situações vivenciadas na prática pelos enfermeiros, por isso quando falamos de ética podemos usar diversas abordagens. Uma vertente relevante a esta temática é a da bioética social e seus desdobramentos na Bioética da Proteção e da Intervenção. A Bioética social surgiu a partir da década de 90 e refere-se à produção teórica no campo da bioética realizada por autores que consideram um teor social em seus discursos abrangendo temas de relevância à qualidade da vida humana como prioridades de alocação de recursos, justiça social e cidadania, finitude de recursos naturais, discriminação, entre outros (HELLMANN; VERDI, 2012).

A bioética, assim como a ética, reflete acerca das ações humana. Além disso, é uma ética aplicada que objetiva lidar com os conflitos morais. Ela é, ao mesmo tempo, descritiva e normativa, pois, descreve, prescreve e proscree comportamentos, com base em processos de crítica e justificação (SCHRAMM, 2002).

O exercício da bioética no campo da saúde permite que seja colocada em foco a irreversibilidade das ações humanas sobre os sistemas vivos, os quais dão suporte à vida através dos equilíbrios bioecológicos, isto é, proteção da vida. Esta é outra tarefa da bioética, a tarefa protetora, ela é a mais abrangente e primária, uma vez que, corresponde ao sentido mais

arcaico difundido pelo termo grego *ethos*, “guardada” no sentido de proteger os animais e “proteção” dos humanos contra ameaças externas, os quais dão sustentação à vida (SCHRAMM, 2002).

Desta tarefa, surge a Bioética de Proteção, ela é pensada, em nível coletivo, tem o intuito de proteger a população de excluídos de uma sociedade na qual eles, paradoxalmente, estão inseridos. Engloba medidas sanitárias pautadas na vulnerabilidade, suscetibilidade, pobreza e necessidade; e visa promover em cada indivíduo uma competência moral diante dos conflitos inerentes às relações humanas e em sociedade (HELMANN, 2009).

Segundo Vargas (2013) e Garrafa (2012), a bioética de proteção pode ser entendida como uma maneira de refletir acerca do funcionamento da estrutura do sistema público de saúde, no qual o Estado é responsável pelo gerenciamento de recursos, pelo controle social e pelos recursos humanos com qualificação, além de fornecer/desenvolver técnicas que visem diminuir as incapacidades alcançando uma assistência de qualidade.

A Bioética de Intervenção surgiu com o intuito de fornecer respostas éticas mais adequadas e em especial para a análise de macroproblemas e conflitos coletivos; ela se espelha na matriz dos direitos humanos contemporâneos e incorpora o discurso da cidadania expandida, ou seja, os direitos estão além das garantias asseguradas pelo Estado (GARRAFA, 2012). Ela aborda o direito de cada pessoa a igualdade e equidade conforme o prescrito como cidadania entendendo cada ser humano como único, com diferentes formas de agir e que este possui dimensões físicas e psíquicas, as quais atuam de forma integrada nas suas relações com a sociedade (BORGES, 2013).

Rotineiramente, os profissionais de saúde se deparam com dilemas éticos, dentre eles, podemos apontar as desigualdades de condições de vida, o acesso aos serviços pelos usuários do sistema e a falta de preparo/qualificação dos recursos humanos em saúde, esta realidade nos leva as reflexões emergentes da bioética de proteção e de intervenção uma vez que estas se fazem presentes na efetividade das políticas públicas (VARGAS, 2013).

Visto que a bioética de proteção e de intervenção tem o pressuposto de visibilizar as situações de igualdade/desigualdade ou a equidade/inequidade entre as pessoas, acredita-se que podem fornecer subsídios competentes para fazê-las compreender quais são seus direitos e reivindicar por eles (GARRAFA, 2012). Schramm (2008) comenta que o ato de proteger envolve fornecer condições de vida consideradas necessárias para que as pessoas estabeleçam suas próprias decisões, enquanto seres que pensam e refletem diante de suas ações.

Schramm 2005 traz que, o exercício da bioética de proteção resguarda o vulnerado diante de situações de risco, originando a autonomia e a qualidade de vida daqueles que são afetados. Proteger abrange municiar condições de vida consideradas necessárias para que as pessoas possam tomar suas próprias decisões, enquanto seres que pensam e refletem diante de sua condição e suas ações (SCHRAMM, 2008).

Pontua-se que vulnerada é aquela pessoa que tem ou passa por uma condição que a deixe diferente das demais, enquanto os vulneráveis são os potencialmente atingidos, ou seja, podem passar à condição de vulnerado (SCHRAMM, 2006).

Neste contexto, as pessoas com amputações são vulneradas e necessitam de uma atenção integral e contínua, para tal, se faz necessário o domínio sobre as políticas públicas de amparo aos deficientes, tendo como forte aliado as reflexões com base na bioética de proteção e de intervenção, fato este que vem para fortalecer a necessidade de estudos desta natureza.

Após toda a explanação sobre o “vulnerado” desta pesquisa (a pessoa com amputação); o objeto de estudo; e o referencial teórico das Redes de Atenção à Saúde e da Ética e Bioética expostas acima, fica explícita a forte inter-relação entre os temas e o porquê de suas escolhas.

Reconhecemos que esta parcela da população enfrenta diversos problemas inerentes às relações humanas e em sociedade, que possuem necessidades específicas e que é, também, dever do profissional encontrar soluções que diminuam as desigualdades e inequidades existentes.

Ainda, acreditamos que a excelência na assistência à saúde das pessoas com amputação, bem como a atenção integral a saúde só poderá ser concretizada com a efetivação do processo de referência e contrarreferência. Exaltamos assim, a importância de analisar este processo à luz da bioética, na medida em que poderá contribuir e reforçar este pressuposto, bem como, subsidiará respostas mais adequadas no que diz respeito à cidadania e a cidadania expandida.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo teve uma abordagem qualitativa, exploratória-analítica. A pesquisa qualitativa possui como um de seus maiores encantos a possibilidade de permitir ao pesquisador um olhar mais amplo de um cenário. Quando nos colocamos como agentes de uma escuta sensível e atenciosa diante de pacientes, familiares, profissionais, e os indagamos com questões amplas, abertas, estamos ofertando o direito de o outro falar ou emitir sinais, imagens, sobre o que pensa o que sente e o que deseja. Minayo (2014) defende que a abordagem qualitativa deve ser usada para responder questões que não podem ser contidas em números, logo requeriu atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa.

Uniu-se o método qualitativo com o exploratório-analítico, por conhecer que este, enquanto exploratório, como o próprio nome aponta, permitiu uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, visto que este ainda é pouco conhecido ou pouco explorado. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o objeto de estudo, análise de exemplos que estimulem à compreensão, além de visar à descoberta, o achado e a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (GIL, 2008). Por sua vez, o processo analítico visou analisar e interpretar aspectos mais profundos, fornecendo análise detalhada sobre os dados da investigação (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Frente às distintas necessidades envoltas no processo de reabilitação das PA, bem como a concreta precisão de envolvimento e articulação entre todos os pontos da RAS para que se promova uma adequada qualidade de vida ao vulnerado desta investigação, a PA. Objetivando a visão de todo o processo, este estudo envolveu os três níveis de atenção à saúde da RAS: atenção terciária; atenção secundária e atenção primária.

Foram locais do estudo: a Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, hospital escola da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC); o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR); a Policlínica Municipal Continente; o Ambulatório do HU e cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Florianópolis com maior população de idosos (65

anos ou mais) atendida em cada distrito sanitário. Sendo elas: UBS Centro; UBS Coqueiros; UBS Córrego Grande; UBS Ingleses; e UBS Saco dos Limões.

4.2.1 Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU

O HU é um hospital totalmente público referência no estado de Santa Catarina. Foi inaugurado em dois de Maio 1980 e atualmente estrutura-se em quatro grandes áreas básicas: clínica médica, cirúrgica, pediatria e tocoginecologia, implantada com o Centro Obstétrico e as unidades de neonatologia em 1995 (HU, 2014). A equipe do HU trabalha na filosofia do atendimento humanizado, contando com o apoio da Associação dos Amigos do HU e de entidades da sociedade civil, que entre outras atividades estão colaborando para a construção de uma nova e moderna ala pediátrica (HU, 2014).

A instituição possui quatro andares de construção. A distribuição das unidades ocorre de acordo com os atendimentos realizados, assim no primeiro andar está o ambulatório de consultas especializadas, o setor de cirurgia ambulatorial, laboratório de coleta, entre outros serviços de atendimento. O segundo andar do hospital compreende os serviços de atendimento à mulher e à criança com o centro obstétrico, alojamento conjunto, unidade de internação ginecológica, unidade de terapia intensiva neonatal e a unidade de internação pediátrica. No terceiro andar estão as três unidades de clínica médica, além do centro de esterilização. Por fim, no quarto andar estão alocadas as duas unidades de clínica cirúrgica, o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva adulto, além da unidade de hemodiálise e o centro endoscópico.

Cada instituição trabalha focada em uma missão, ela mostra a razão de ser de uma instituição e visa comunicar interna e externamente o propósito de seu negócio. A missão do HU é: “*Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social*”. Como visão, o HU apresenta: “*Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção a saúde e no trabalho interdisciplinar*” (HU, 2014, p.7).

A instituição tem dois objetivos que guiam o atendimento, sendo eles: “*Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuam; e Prestar*

assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária” (HU, 2014, p.6).

Com relação a sistematização do cuidado de enfermagem, o HU adota a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e é desenvolvida através do Histórico, prescrição e evolução de enfermagem (HU, 2014).

A UIC II do HU está localizada no 4º andar do referido hospital e dispõe de 12 quartos de internação hospitalar, com capacidade para receber até 30 usuários. Os pacientes são admitidos na unidade para cuidados com pré e pós-operatório, bem como diagnósticos a esclarecer quando há necessidade de intervenção cirúrgica.

A UIC II atende prioritariamente, quatro especialidades, sendo os quartos divididos da seguinte forma: 12 leitos reservados para a Cirurgia Vascular, quatro para a Cirurgia Plástica, seis para Cirurgias Urológicas e oito para Cirurgias Proctológicas.

A referida unidade possui equipe multidisciplinar que realiza o cuidado integral do paciente, com presença de profissionais de medicina, nutrição, psicologia, assistência social e fisioterapia, além da equipe de enfermagem que atua 24 horas. Foi selecionada para o estudo devido a etiologia das amputações envolverem em sua maioria as complicações com as principais DCNT, situações estas tratadas em 12 dos leitos desta clínica.

O Ambulatório do HU está localizado do 1º andar do referido hospital, faz parte da atenção secundária de saúde e é referência em todo o estado catarinense no atendimento à lesões de pele. Atende os pacientes internados na instituição ou encaminhados dos demais pontos da RAS.

O Atendimento prioritário de ambulatório permite que o HU complete sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia (HU, 2014).

4.2.2 Centro Catarinense de Reabilitação

O Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) é uma instituição pública pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e vinculada à Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Está habilitado pelo Ministério da Saúde em Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER II), desde 03/05/2013 através da Portaria MS nº 496/2013 e Oficina Ortopédica através da Portaria MS nº 563, 21/05/2013 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

Está localizado na Rua Rui Barbosa, nº 780 – Agrônômica, Florianópolis/SC. Sua estrutura de atendimento se divide em duas grandes áreas de atendimento de pacientes: Deficiência Física com os Programas de Neuroreabilitação Adulto, Reabilitação Pediátrica e Atenção às Pessoas Ostomizadas; e a Deficiência Intelectual e Espectro do Autismo com os Programas de Habilitação e Reabilitação Intelectual e Reabilitação do Espectro do Autismo (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

Adota como definição para deficiência física a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

Conta com uma equipe multiprofissional composta pelos seguintes profissionais: Assistente Social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Clínico Geral, Médico Especialista em Medicina Física e Reabilitação, Médico Neurologista, Médico Ortopedista, Médico Urologista, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Terapeuta Ocupacional, Técnico de enfermagem, Técnico Ortesista e Protésista (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

4.2.3 Policlínica Municipal Continente

A Policlínica Municipal Continente fica situada na Rua Heitor Blum, número 521, Estreito, Florianópolis/SC. Está instalada em um prédio com dois pavimentos e 5.149 m² que passou por reformas em 2008 (PMF, 2014).

É parte constituinte da atenção à saúde no nível secundário do município de Florianópolis que conta com outras três unidades do mesmo gênero, ampliando ainda mais a oferta deste serviço à população. Foi um dos locais do estudo, pois é referência em curativos no nosso município (PMF, 2014).

Acomoda o CEO - Centro de Especialidades Odontológicas, além de oferecer consultas com mais de 20 especialidades médicas, exames, pequenas cirurgias, dispersar medicamentos controlados, prestar consulta de enfermagem à ostomizados e no tratamento de feridas (PMF, 2014).

4.2.4 Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis/SC

O município de Florianópolis está dividido em cinco Distritos Sanitários, sendo eles: Distrito Sanitário Centro; Distrito Sanitário Continente; Distrito Sanitário Leste; Distrito Sanitário Norte; e Distrito Sanitário Sul (PMF, 2014).

Segundo Prefeitura Municipal de Florianópolis (2014), diluído nos cinco distritos citados, o município conta com 50 UBS para atender uma população total de 453.285 residentes, dentre estes temos 33.902 com 65 anos ou mais.

Selecionamos como local para este estudo uma UBS de cada um dos cinco distritos. O critério aplicado para esta seleção foi: atender o maior número de pessoas idosas do distrito. Isso devido as principais DCNT, causadoras das amputações eletivas, atingirem prevalentemente esta população específica (MARQUES e STOLT, 2012).

A UBS com o maior número de população idosa adscrita no Distrito Sanitário Centro é a Unidade de Saúde Centro, localizada na Avenida Rio Branco, nº 90. Atende 34.962 residentes sendo 5.005 idosos em três áreas, a 950 que contém sete micro áreas, a 951 com oito micro áreas e a 952 também com sete micro áreas (PMF, 2014).

Em segundo temos o Distrito Sanitário Continente com a Unidade de Saúde Coqueiros, situada na Avenida Engenheiro Max de Souza S/N. Atendendo 13.618 pessoas sendo 1.466 idosos. Possui três áreas de abrangência, as áreas 600 e 620 com quatro micro áreas cada e a 610 com cinco micro áreas (PMF, 2014).

Na terceira posição temos o Distrito Sanitário Leste e a Unidade de Saúde Córrego Grande, instalada na Rua João Pio Duarte da Silva 1415. Atende 13.545 habitantes, sendo 940 destes com idade igual ou superior a 65 anos. Está dividida em duas áreas, 170 com sete micro áreas e a 171 com seis micro áreas cada (PMF, 2014).

Ocupando o quarto lugar temos a Unidade de Saúde Ingleses, situada na Travessa dos Imigrantes, nº135 fazendo parte do Distrito Sanitário Norte atendendo 24.948 pessoas, sendo 1.411 idosos. Possui cinco áreas de abrangência. As áreas 431 e 432 com seis micro áreas cada, 433 com cinco micro áreas, 434 com três micro áreas, 435 com cinco micro áreas e finalmente a 456 com seis micro áreas (PMF, 2014).

Finalmente em quinto lugar citamos a Unidade de Saúde Saco dos Limões, situada na Rua Aldo Alves S/N. É parte integrante do Distrito Sanitário Sul atendendo 12.167 residentes e 943 idosos. Está dividida em três áreas, 310 com seis micro áreas, 311 e 312 com sete micro áreas cada (PMF, 2014).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Na seleção dos participantes deste estudo os critérios de inclusão adotados foram:

- Estar alocado de forma fixa em um dos locais do estudo por no mínimo três meses;
- Prestar assistência direta ou indireta a saúde das pessoas com amputações.

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam afastados por licença ou de férias no período da coleta.

O quantitativo dos participantes do estudo, bem como sua distribuição pela RAS no município de Florianópolis está apresentado a seguir na **Tabela 2**:

Nível de atenção	Local	Participantes
Primário	UBS Centro	3
Primário	UBS Coqueiros	2
Primário	UBS Córrego Grande	2
Primário	UBS Ingleses	4
Primário	UBS Saco dos Limões	2
Subtotal/Nível Primário		13
Secundário	Ambulatório do HU/UFSC	1
Secundário	Policlínica Municipal Continente	1
Subtotal/Nível Secundário		2
Terciário	CCR	2
Terciário	UIC do HU/UFSC	4
Subtotal/Nível Terciário		6
Total		21

Tabela 2 - Demonstrativo dos participantes do estudo/distribuição na RAS de Florianópolis.

4.4 COLETA DE DADOS

A seleção dos participantes se deu por busca ativa pela pesquisadora que foi em cada um dos locais do estudo, apresentou o projeto de pesquisa, os roteiros das entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e agendou

data e local para a coleta de dados. Foram usados três roteiros previamente elaborados (Apêndice B, C e D), um para cada nível de atenção devido a particularidades na assistência, cada um deles foi validado por experts no assunto.

Todas as entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e maio de 2015 e aplicadas de forma individual após assinatura do TCLE. Tiveram duração média de 40 minutos, sendo gravadas na íntegra e posteriormente transcritas uma a uma pela própria pesquisadora que solicitou validação de conteúdo a cada um dos entrevistados via e-mail.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para auxiliar no tratamento e análise dos dados, após transcrição e validação de conteúdo, as entrevistas foram importadas para o software ATLAS.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*). Todas as transcrições foram inseridas no formato *Microsoft Word* como documentos e constituíram os *primary documents* (documentos primários). Com os objetivos em mente realizou-se leitura flutuante dos documentos primários.

Em seguida, realizou-se nova leitura, desta vez com profundidade emergindo pré-categorias que foram unidas por semelhança em conjuntos temáticos dando origem às grandes categorias. Esta categorização ou codificação foi concretizada através da criação de códigos (*codes*), nestes códigos foram agrupados trechos (*quotations*) das entrevistas que amparavam cada um deles. Para facilitar a visualização foi gerado documento único contendo todos os *codes* e suas respectivas *quotations* através do *Output + All codes with quotations* que posteriormente amparou e exposição e a discussão dos resultados.

Desta forma, foi possível interpretar os dados coletados, com a descrição e interpretação das falas selecionadas, articulando com a literatura. A análise dos dados ocorreu através da Análise de Conteúdo que tem como alvo obter inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, utilizando a descrição do conteúdo dessas. A análise de conteúdo não está presa somente, ao senso comum e a subjetividade ao interpretar os dados coletados, mas propicia atentar-se criticamente diante dos achados no transcorrer da pesquisa (MINAYO, 2014).

Este método prevê como critério metodológico a pré-análise, categorização, inferência, descrição e interpretação, para tal, solicita leituras atentas e exaustivas do conteúdo utilizado, com o objetivo de construir uma visão geral e completa dos dados, entretanto, buscando identificar e

sistematizar as singularidades contidas no material explorado; formular pressuposições que irão delimitar a análise e interpretação dos dados; dar origem à categorização dos dados formando os conceitos teóricos que irão basear a análise da pesquisa (GOMES, 2012).

4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os princípios éticos abordados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012c). Inicialmente foi solicitado autorização para o estudo nas instituições envolvidas e após o aceite desta (Anexo A, B e C), o projeto de pesquisa passou por avaliação e liberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, sob parecer nº 970.902 de 24/02/2015 (Anexo D).

Fez-se uso do TCLE com duas vias, sendo uma para a pessoa entrevistada e a outra arquivada com a pesquisadora. Foi garantido o caráter confidencial das informações, o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência de participação a qualquer momento sem prejuízo de sua assistência. Para manter a confidencialidade dos participantes, estes foram mencionados com a letra E seguido do número 1 ao 21 (E1, E2, E3... E21). A distribuição dos números se deu de forma aleatória.

5. RESULTADOS

Seguindo a Instrução Normativa 10/PEN/2011, a qual dispõe sobre o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desse estudo estão apresentados na forma de dois manuscritos.

O primeiro manuscrito apresentado foi intitulado “Atuação do Enfermeiro no Referenciamento e Contrarreferenciamento às Pessoas com Amputação”, e teve o objetivo descrever a atuação dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação.

Com o objetivo de analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros, sob o olhar da bioética, o segundo artigo apresentado para os resultados da pesquisa foi intitulado “Referenciamento e Contrarreferenciamento à Pessoa com Amputação: análise da conduta dos enfermeiros na perspectiva Bioética”.

5.1 MANUSCRITO I – Atuação do Enfermeiro no Referenciamento e Contrarreferenciamento às Pessoas com Amputação

Atuação do Enfermeiro no Referenciamento e Contrarreferenciamento às Pessoas com Amputação¹

Nursing Practice in Referencing and Counter-referencing to People with Amputation

Actuación del enfermero en el referenciamiento y contra-referenciamiento a las personas con amputación

Micheli Leal Ferreira²
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Resumo: Estudo qualitativo, realizado por entrevista com 21 enfermeiros alocados dentre os três níveis de atenção da rede de Florianópolis que prestam assistência à pessoa com amputação. O objetivo foi descrever a atuação dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação. Os dados foram organizados com auxílio do software ATLAS.ti 7.5.6 e analisados com base na análise de conteúdo. Das entrevistas emergiram duas categorias temáticas: Portas de entrada da pessoa com amputação; O enfermeiro na assistência e as implicações de sua atuação no referenciamento e contrarreferenciamento. Identificou-se que as portas de entrada mais procuradas são as Unidades Básicas de Saúde, o serviço de Emergência e o Centro Catarinense de Reabilitação. De forma geral os enfermeiros mostraram-se autônomos e capacitados para realizar os encaminhamentos, entretanto, observou-se que o foco inicial é oferecer a melhor assistência à pessoa com amputação e

¹ Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título “O processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação na perspectiva do enfermeiro”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Educação, Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2015.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista CNPq Membro do Grupo de Pesquisa Práxis.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Vice-líder Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC.

realizar referência e contrarreferência quando necessário para um atendimento especializado.

Descritores: Amputação; Enfermagem; Integralidade em Saúde; Assistência à Saúde.

Abstract: *A qualitative study, conducted by interview with 21 nurses allocated among the three levels of care of Florianópolis network, which assist the person with amputation. The objectives were to identify the referencing and the counter-referencing performed by nurses at each point of the Health Care Network (RAS); and describe the role of nurses in health care to the person with amputation. Data were organized with the help of ATLAS.ti 7.5.6 software and analyzed based on the content analysis. The interviews revealed two thematic categories: person with amputation main entrance doors; The nurses in care and their implications for referencing and counter-referencing. It was identified that the main entry points are the Basic Health Units, the Emergency Service and the Santa Catarina Rehabilitation Center. In general nurses showed up autonomous and empowered to make the referrals, however, it was observed that the initial focus is to provide the best assistance to the person with amputation and conduct reference and counter-reference when needed for specialized care.*

Descriptors: *Amputation; Nursing; Integrity in Health; Health Assistance.*

Resumen: *Estudio cualitativo, realizado por entrevista con 21 enfermeros que trabajan en los tres niveles de atención de la Red de Florianópolis que atienden a personas con amputación. El objetivo fue describir la actuación de los enfermeros en el referenciamiento y contra-referenciamiento de servicios de salud a las personas con amputación. Los datos fueron organizados con ayuda del software ATLAS.ti 7.5.6 e analizados basados en el análisis del contenido. De las entrevistas surgieron dos categorías temáticas: Puertas de entrada de la persona con amputación; El enfermero en la asistencia y las implicaciones de su actuación en el referenciamiento y contra-referenciamiento. Se identificó que las puertas de entrada más buscadas son las Unidades Básicas de Salud, el Servicio de Emergencia y el Centro Catarinense de Rehabilitación. De forma general, los enfermeros se mostraron capacitados para realizar las derivaciones, pero se observó que el foco inicial es ofrecer la mejor atención a la persona con amputación y realizar referencia e contra-referencia cuando necesario para una atención especializada.*

Descriptoros: *Amputación; Enfermería; Integralidad em Salud; Asistencia a Salud.*

INTRODUÇÃO

A amputação é um recurso terapêutico da medicina tão antigo quanto a própria humanidade. Nos primórdios, as amputações eram realizadas pelas mais distintas causas e dentre os motivos mais comuns podem ser citadas; as deformidades congênitas, muito comuns, especialmente nos países árabes pelo conhecido e incentivado casamento consanguíneo (entre primos de primeiro grau); as amputações traumáticas ocorridas durante as batalhas, nos momentos de captura dos inimigos ou de punição judicial; e as ocasionadas por doenças como gangrena, tuberculose e lepra (CARVALHO, 2003).

Atualmente, a amputação é indicada para evitar complicações e, por conseguinte oferecer melhores condições de vida à pessoa, especialmente quando existe dificuldade de intervenção endovascular que impossibilite a preservação do membro afetado (JACOBS, et al, 2011; CHALYA, et al, 2012). Estudos que abordam o momento da amputação, mencionam esta como um tratamento a partir de um trauma ocorrido, de complicações da Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e nos casos de infecção (SLIM, et al, 2011; DUNKEL, et al, 2012; MOXEY, et al, 2012).

Desde 1950, o perfil epidemiológico brasileiro vem se transformando, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) atualmente assumem papel de destaque entre as principais causas de morbimortalidade (MARINHO, et al, 2011). Elas são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano por gerarem diversas dependências e deficiências (SOUZA, et al, 2012).

Deficiência são problemas na função ou estrutura do corpo tais como uma perda ou desvio significativo, podendo esta gerar limitações ou restrições para a execução ou participação em algumas atividades (BRASIL, 2012). O Censo Brasileiro de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sinaliza que o montante de 24% de toda a população do país possui alguma deficiência, dentre estes, aproximadamente 3 milhões de brasileiros vivem com alguma deficiência de natureza motora (IBGE, 2010).

Diante da magnitude desta problemática, se faz necessário o empoderamento e a consequente implementação integral das políticas públicas existentes. Neste sentido, destaca-se a integralidade da assistência enquanto um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é *“entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 2009, p.40). Logo, para que se alcance a

integralidade no cuidado, é preciso a existência de um serviço em rede nos diferentes níveis de atenção, com a construção, implementação e integração de ações realizadas através de uma comunicação efetiva, que proporcione a atenção integral ao usuário (BRASIL, 2009).

A Lei 8080/90 dispõe sobre o fluxo de atendimento do usuário, definindo que: *“as ações e serviços de saúde, executadas pelo SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizadas de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”* (BRASIL, 1990, p.5). O SUS é composto por três níveis de complexidade de cuidado à saúde, sendo eles de baixa, média e alta complexidade, organizados de maneira hierárquica e, cada qual prestando atendimento referente ao seu nível de cuidado e conforme a necessidade e demanda.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção, manutenção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida mediante práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios pelos quais se assume a responsabilidade sanitária. Emprega tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2009a).

A média complexidade constitui-se por ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, onde a prática clínica exige a disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. No contexto do SUS, alta complexidade é o conjunto de procedimentos que abrange alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2009a).

A hierarquização do SUS ocorre para que o usuário tenha à sua disposição um acesso universal, igualitário e ordenado, onde as ações e serviços de saúde se iniciem nas portas de entradas do SUS e tenham continuidade na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Assegura, ainda, que o usuário tenha continuidade no cuidado em saúde, independente da modalidade (BRASIL, 2011).

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) se dá de maneira que, o usuário tenha perto de sua casa, um serviço com atendimento de baixa complexidade para intervir nas situações mais casuais e quando essas necessidades não podem ser resolvidas por

completo neste setor, o usuário então é referenciado para um nível de maior complexidade para atendimento com especialistas, e assim que possível, será contrarreferenciado retornando ao atendimento de menor complexidade (BRASIL, 2011).

Como definição do processo de referência e contrarreferência tem-se que:

A referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas, isto é, é sair da Unidade Básica de Saúde para receber o atendimento especializado, sendo referenciado a este serviço. Já a contrarreferência diz respeito ao retorno ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples e o usuário poderá seguir com atendimento ou tratamento na sua Unidade Básica de Saúde (SILVA et al,2010, p. 30).

Considerou-se a problemática da pessoa com amputação por reconhecer que esta precisa de cuidados de reabilitação para adaptar-se à sua deficiência o que tornaria possível retomar suas atividades cotidianas, bem como restabelecer sua saúde com qualidade de vida. Enfatiza-se que, para isso, a pessoa com amputação precisa dos diferentes níveis de atenção à saúde e que estes trabalhem em rede conforme preconizado evitando assim, reinternações seguidas e a cronificação de processos agudos.

Optou-se por investigar esta temática na perspectiva dos profissionais enfermeiros, por que além dos compromissos éticos da profissão, ele é o responsável pelo cuidado específico e o acompanhamento de diversas doenças crônicas, doenças estas como a DM e a HAS que estão entre os principais fatores relacionados às amputações eletivas.

Reconhecendo também que, o profissional enfermeiro tem um importante papel de gestor do cuidado e que deve atuar com o princípio da responsabilidade sendo um de seus compromissos promover a saúde integral do ser humano. Nesta perspectiva, considera-se que para além da assistência à saúde à pessoa com amputação (PA), para toda e qualquer ação de saúde é inviável imaginar uma assistência integral ao ser humano sem o processo de referência e contrarreferência exercendo o papel de articulador entre os distintos níveis de atenção à saúde.

Logo, estima-se de extrema relevância contextualizar a atuação do enfermeiro no processo de assistência à saúde da PA em todos os níveis de atenção, afim de, tornar público as dificuldades enfrentadas e a necessidade de investimentos na estruturação deste processo, uma vez que poderá direcionar ou amparar as ações destes profissionais no exercício de sua função.

Portanto, constitui-se como questão de pesquisa desta investigação: como se dá a atuação do enfermeiro na assistência à saúde da PA nos três níveis da RAS do município de Florianópolis/SC? E, como objetivos do estudo: identificar os referenciamentos e contrarreferenciamentos realizados pelos enfermeiros em cada ponto da RAS e descrever a atuação dos enfermeiros na assistência à saúde da PA.

MÉTOD

Trata-se de pesquisa qualitativa. Esta é usada para responder questões que não podem ser contidas em números, logo solicita atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os sujeitos envolvidos na pesquisa (MINAYO, 2014)

O estudo foi desenvolvido nos três distintos níveis de atenção à saúde: atenção terciária; atenção secundária e atenção primária. Os locais de coleta foram a Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, hospital escola da UFSC (HU); o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR); a Policlínica Municipal Continente; o Ambulatório do HU; e as cinco Unidades Básica de Saúde (UBS) do município de Florianópolis com maior população de idosos (65 anos ou mais) atendida em cada distrito sanitário. Sendo elas: UBS Centro; UBS Coqueiros; UBS Córrego Grande; UBS Ingleses; e UBS Saco dos Limões.

Usou-se este critério de escolha das UBS devido a íntima relação da temática com as doenças crônicas comprovadamente mais frequentes neste grupo populacional.

Os participantes do estudo foram 21 enfermeiros/as, alocados/as de forma fixa nos locais do estudo. Foram excluídos os enfermeiros/as que possuíam menos de três meses de atuação na RAS de Florianópolis; que não prestaram assistência direta ou indireta à PA; e/ou que estavam afastados por férias ou licença de saúde no período da coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015 através da aplicação de entrevista individual semiestruturada que alicerçou o alcance dos objetivos. Para as entrevistas foram utilizados três roteiros, um para cada nível de atenção devido a particularidades na assistência. Os roteiros foram validados por experts no assunto. Após

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, o respectivo roteiro foi aplicado, as entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas pela própria pesquisadora que solicitou validação de conteúdo a cada um dos entrevistados.

Para auxiliar no tratamento e análise dos dados, após transcrição, as entrevistas foram importadas para o software ATLAS.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*). Todas as transcrições foram inseridas no formato *Microsoft Word* como documentos e constituíram os *primary documents* (documentos primários).

Buscando responder os objetivos, realizou-se primeiramente uma leitura flutuante dos documentos primários onde se identificou quais partes estavam relacionadas à questão deste estudo. Concentrados nos trechos envolvidos com este estudo realizou-se nova leitura, seguida da codificação destes. Esta codificação foi concretizada através da criação de códigos (*codes*), nestes códigos foram agrupados trechos (*quotations*) das entrevistas que amparavam cada um dos códigos.

Para facilitar a visualização geramos documento único contendo todos os *codes* e suas respectivas *quotations* através do *Output + All codes with quotations* que posteriormente auxiliou na categorização e discussão dos resultados.

A análise dos dados ocorreu através da Análise de Conteúdo que tem como alvo obter inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, utilizando a descrição do conteúdo dessas. A análise de conteúdo não está presa somente, ao senso comum e a subjetividade ao interpretar os dados coletados, mas propicia atentar-se criticamente diante dos achados no transcorrer da pesquisa (MINAYO, 2014).

Este método prevê como critério a pré-análise, categorização, inferência, descrição e interpretação, Para tal, solicita leituras atentas e exaustivas do conteúdo utilizado, com o objetivo de construir uma visão geral e completa dos dados, entretanto, buscando identificar e sistematizar as singularidades contidas no material explorado; formular pressuposições que irão delimitar a análise e interpretação dos dados; dar origem à categorização dos dados formando os conceitos teóricos que irão basear a análise da pesquisa (GOMES, 2012).

No que diz respeito aos aspectos éticos, inicialmente foi solicitado autorização para o estudo nas instituições envolvidas e após o aceite desta, o projeto de pesquisa passou por avaliação e liberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, sob parecer n° 970.902 de 24/02/2015. Fez-se uso do TCLE com duas vias, uma permanecendo com os sujeitos e outra com a autora do estudo. O

anonimato dos participantes foi assegurada, estes foram mencionados com o codinome E (letra) seguido do número 1 ao 21 (E1, E2, E3... E21). A distribuição dos números se deu de forma aleatória. A pesquisa se orientou e obedeceu aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

RESULTADOS

Os enfermeiros, participantes deste estudo, profissionais atuantes nos três níveis da rede de atenção à saúde do município de Florianópolis possibilitaram através dos relatos de suas práticas e vivências, a descrição do fluxo de atendimento à pessoa com amputação (PA), detalhando como este se concretiza e com se dá a atuação do enfermeiro na assistência e no processo de referência e contrarreferência destas pessoas.

Com foco nos objetivos, emergiram desta investigação duas categorias temáticas: Portas de entrada da PA; O enfermeiro na assistência e as implicações de sua atuação no referenciamento e contrarreferenciamento.

Como partida, identificaram-se as distintas portas de entrada da PA na RAS do município de Florianópolis. Conforme descrição a seguir, notamos que a porta de entrada se difere conforme o momento e necessidade da PA.

Portas de entrada da PA

A porta de entrada mais procurada logo após amputação e alta hospitalar é a UBS, em sua grande maioria devido a necessidade de troca de curativo; seguida pelo Ambulatório do HU, entrada esta justificada pelo direcionamento da própria instituição durante a internação.

“Eles acabam chegando ao centro de saúde, depois da amputação, após internação no HU, não tiveram alternativa e acabaram amputando o membro. A maioria das amputações foi decorrente de complicações com o diabetes ou por algum problema linfático. Neste primeiro momento eles procuram o posto por causa do curativo do coto.”(E12)

“A porta de entrada... eles chegam via recepção. Mas, algumas demandas acabam vindo pelos agentes comunitários de saúde, ou solicitação de visita domiciliar por telefone!”(E3)

“No ambulatório do HU, elas chegam normalmente através das consultas das unidades de internação hospitalar, da emergência, da endocrinologia, ou às vezes da unidade básica de saúde.”(E14)

Outra porta de entrada é o serviço de emergência do referido hospital nos casos de amputações recorrentes ou complicações pós-operatórias; em diversas vezes a PA chega para a unidade de internação deste mesmo hospital após amputação de emergência ou recorrente.

“Geralmente as pessoas com amputação chegam de um posto de saúde, pelo ambulatório, ou por agudização ou dor, o médico faz uma carta de encaminhamento para o hospital e eles entram pela nossa emergência e acabam passando por amputação e subindo para a internação. Ou, devido ao paciente estar com dor vem direto de casa para a emergência. Deixaram evoluir, nunca foram no posto, tanto que hoje me falaram: - A emergência parece uma unidade de vascular! É bem comum os pacientes da vascular vir direto de casa por dor muito forte e procuraram a porta do hospital sem passar pela unidade básica.”(E18)

O Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) foi identificado como porta de entrada nos casos em que o foco é a reabilitação e o processo protético, entretanto a demora na chegada deste usuário é preocupante, principalmente porque em inúmeras vezes estas pessoas não recebem atendimento nos outros pontos da RAS neste período ocioso.

“Eu gostaria que elas chegassem mais cedo. [...] Os pacientes chegam aqui muito tempo depois, quase que sem orientação, sem qualquer preparação do coto. Eles poderiam levar menos tempo no preparo do coto, na protetização, se recebessem informação.”(E16)

Uma vez que a PA ingressa na RAS do município, o enfermeiro deve identificar as necessidades específicas da cada usuário e prestar uma assistência individualizada e integral. Partindo deste pressuposto, extraímos dos relatos desta investigação como se dá a atuação do enfermeiro na

assistência a PA assim que esta entra na RAS do município através das distintas portas de entrada anteriormente elucidadas.

O enfermeiro na assistência e as implicações de sua atuação no referenciamento e contrarreferenciamento

Ficou evidenciado que, nas UBS o enfermeiro tem como plano de ação identificar a causa da amputação; avaliar a situação do coto ou da ferida operatória se houver; quando necessário tratar doenças de base; apontar necessidades específicas a serem abordadas, sejam elas físicas ou psicossociais, considerando a reabilitação, a prevenção de agravos e a inclusão social desta pessoa; por fim, realizar e/ou auxiliar nos respectivos referenciamentos.

“Primeiro teria que avaliar a amputação, o motivo desta amputação, se ele tinha conhecimento da sua doença, dos cuidados que ele tinha que ter com os pés dele, se é alguma coisa que foi contínua ou se agravando, seu foi uma situação traumática, se foi uma questão de perda de sensibilidade. Acho que o primeiro processo é investigar o porquê da amputação, para não acontecer outra talvez. E depois a reabilitação.”(E10)

“Procuramos inserir eles nos grupos, e dentro da capacidade deles, estimulamos a manterem a qualidade de vida, mesmo porque amputou um membro e daqui à pouco poderá amputar outro. A tendência é sempre piorar, eles são pacientes complicados com muitas doenças crônicas.”(E7)

Quando a PA chega ao Ambulatório do HU, o enfermeiro tem como objetivos identificar quaisquer sinais de alteração neurológica ou circulatória; possíveis lesões; encaminhar para solicitação de sapatos especiais, órteses ou próteses; e desempenhar atividades educativas de prevenção. Quando este profissional se depara com lesões, ou situações desfavoráveis de cicatrização sua orientação é que esta pessoa vá diretamente para o serviço de emergência do referido hospital.

Na fala a seguir podem-se identificar tais atividades:

“Faço primeiro a avaliação para ver se ele está com alteração neurológica ou circulatória, mesmo que ele tenha feito amputação, fazemos

para evitar outras amputações. [...] Orientamos o corte de unha, de uso de meia e o tipo de calçado. Na reabilitação, dão calçados especiais, claro que alguém com amputação às vezes tem que usar órtese dentro do sapato, porque ele caminha de uma forma diferente, vai mudando a estrutura, formando calosidades em outros locais do pé. Nós preenchemos o encaminhamento, marcamos com a assistente social e o médico tem que assinar. Converso com o médico, preencho, e encaminho o paciente para o sapato especial e até se precisar de uma órtese é encaminhado por lá. [...] Às vezes eles me ligam e vejo se posso atender ou se tem que ir direto para a emergência para debridar ou amputar, depois volta comigo para fazer o papel educativo e preventivo” (E14)

Com relação à atuação do enfermeiro na assistência à saúde da PA em uma Unidade de Internação hospitalar, enquanto uma das portas de entrada do Nível Terciário de Saúde (NTS), os participantes desta unidade verbalizaram que:

“Se o paciente tem uma boa mobilidade, força física e condições de se locomover com um andador, orientamos e auxiliamos. Oferecemos uma cadeira de rodas para levar o paciente até o banho ou o vaso sanitário, muitos aceitam. [...] O paciente sai daqui com a consulta de retorno já agendada, então ele vai ter um dia e um horário já pré-estabelecido! Eles saem com uma prescrição de curativo. A medicação que ele utilizava em casa ele vai continuar utilizando e ele vai ter as medicações que foram introduzidas. Basicamente passamos as orientação de alta. Acho muito pouco!” (E20)

“Os pacientes quando têm alta, orientamos com relação ao cuidado do coto. Os pacientes saem com uma pré-consulta com o ambulatório de curativos e com o retorno para uma consulta com a equipe da cirurgia vascular. E

se eles têm condições de fazer os curativos em casa, ensinamos como fazer, mas se for um curativo que exige mais cuidado, orientamos que eles façam no posto de saúde, mandamos o que tá sendo feito e quais as orientações que devem dar, além das medicações que ele vai tomar, os exames. E orienta que se tiver qualquer intercorrência ou piora deve retornar na emergência do hospital.”(E19)

Os enfermeiros desta instituição operam no incentivo à autonomia do paciente, respeitando a capacidade de cada um; orientam os cuidados com o curativo e a ferida operatória ou coto; norteiam quanto aos retornos, medicações e orientações de alta; nos casos avaliados com críticos, realizam contrarreferência.

Ainda no NTS, existe o CCR, onde o enfermeiro age nos tratamentos de lesão de pele, nos procedimentos ou controle de comorbidades ampliando suas ações para atividades de educação em saúde visando à prevenção.

“Quando eles chegam para nós, é para o tratamento de ferida e não mais para prevenção, embora a gente trabalhe a prevenção dali pra frente. [...] O grande cuidado da enfermagem aqui, o nosso carro chefe, eu diria que não é o curativo em si, mas a atividade de educação em saúde.”(E16)

Partindo para a continuidade na assistência do enfermeiro à PA, afirmamos que, quando a pessoa com amputação é acompanhada pela UBS, entretanto precisa de intervenção ou avaliação de um especialista que não faça parte da equipe do Núcleo de Apoio de Saúde à Família (NASF), via Sistema Nacional de Regulação (SISREG) o encaminhamento é realizado pelo enfermeiro e/ou pelo médico de saúde da família.

Nos casos de protetização este referenciamento é direcionado para o Centro Catarinense de Reabilitação. Nas situações onde há necessidade de atendimento especializado da enfermagem, vascular ou endocrinologia, por exemplo, para atendimento no Nível Secundário de Saúde (NSS), no ambulatório do HU ou nas Policlínicas do município.

Não houveram relatos sobre encaminhamentos pós amputação para acompanhamento da ferida operatória ou coto com os enfermeiros nas policlínicas, apesar da RAS de Florianópolis contar com um consultório referência em feridas e com atuação fixa da enfermagem. Sinaliza-se que,

na prática, este não faz parte do fluxo de atendimento à pessoa com amputação, conforme relato a seguir:

“Normalmente elas não chegam por uma amputação, mas encaminhadas para alguma consulta com especialistas como o vascular. Às vezes, recebemos paciente com amputação prévia na sala de feridas para fazer curativo. Não há referenciamento de paciente com amputação aqui nessa policlínica.”(E15)

O Ambulatório do HU, apesar de NSS, afirma que não se desvincula da PA, este é encaminhado para auxílio de outros profissionais como serviço social e psicologia e segue sendo acompanhado pelo ambulatório HU, mesmo quando este é encaminhado ao CCR para processo protético.

Quando a PA chega para uma consulta no Ambulatório do HU e está com uma ferida infectada ou com cicatrização desfavorável, é realizado o direcionamento para o NTS através do serviço de emergência desta mesma instituição.

“Nós preenchemos o encaminhamento, marcamos com a assistente social e normalmente o médico tem que assinar. Eu converso com o médico, preencho, e a gente encaminha esse paciente para o sapato especial e até se precisar de uma órtese é encaminhado por lá.[...] Muitas coisas aqui no HU já estão institucionalizadas, mas tem muitas coisas que depende realmente da gente ir conversar com o profissional, então quando precisa, ou a gente marca, ou então eu converso com o médico vascular para conseguir uma avaliação para esse paciente [...] Geralmente ele continua vindo comigo, normalmente eu aprazo minhas consultas, costumo fazer 2 ou 3 consultas por ano. Na verdade não existe uma alta quanto à amputação, tem outras coisas como o diabetes bem controlado que é o mais difícil! [...] Hoje a gente coloca bem claramente para o pessoal dos centros de saúde que normalmente quando é lesão ou algum problema maior, já deve ser

encaminhado para emergência, porque se vier no ambulatório consultar comigo e eu identificar a lesão, vou ter que encaminhar para emergência.”(E14)

De forma geral, os profissionais de enfermagem da unidade de internação do HU afirmam ter pouco envolvimento com a contrarreferência da PA, realizam em seletas vezes contatos com UBS tendo com foco exclusivo no curativo e/ou a ferida operatória, no que diz respeito à reabilitação e apoio psicossocial, estes ficam com outros profissionais conforme relatos:

“Vejo muita dificuldade no processo de alta. A psicologia e o serviço social fazem um serviço legal [...] a assistente social orienta a parte da reabilitação, diz como ele faz para conseguir as próteses, fala do centro de reabilitação. Então dessa parte eu não sei nada [...] E a psicologia no sentido de que não deixa de ser um luto! A perda de um membro! A gente vê que eles amparam bem esses pacientes. [...] Quando dá, que é o certo, ao menos deveria ser, eu faço contrarreferência para a atenção primária, passo orientações para o curativo. Já fiz cartinha com instruções de curativo também. Como não temos um formulário pronto para isso eu fiz uma carta, por minha conta, com o que estava sendo realizado e liguei para informar sobre a situação do paciente, mas isso não é padronizado!”(E18)

Quanto ao CCR, os enfermeiros que lá operam apontam a realização de encaminhamentos para outro profissional do NTS nos ambientes hospitalares, quando há necessidade de alguma intervenção ou avaliação; contrarreferências para UBS quando se trata de moradores de outros municípios que continuarão o tratamento em casa; ou ainda, reencaminhamentos para o programa de protetização da referida instituição nos casos em que a PA está apta para retomar o processo.

“Se o paciente chega com algum tipo de necrose ou suspeita de necessidade de outra amputação, encaminhamos para o hospital da cidade de origem ou para o hospital da

regional, porque vem muito tratamento fora do domicílio, quando é assim, mandamos por escrito pra quem encaminhou. [...] Orientamos por escrito e verbalmente, fornecemos materiais para iniciar os cuidados com feridas e encaminhamos para continuidade dos mesmos na U.B.S. do município. [...] Reencaminhamos para o programa de protetização do CCR, porque se ele tem o desequilíbrio, ele sai do programa para depois retornar.”(E17)

O processo de assistência do enfermeiro do CCR envolve uma metodologia avaliativa, verificando a impossibilidade de resolução em um caso específico, esquematizam-se ações e encaminhamentos necessários para que esta PA possa se reestabelecer e futuramente retornar ao programa para concluir o processo de protetização.

DISCUSSÃO

Evidenciou-se que a PA utiliza como portas de entrada principalmente as UBS, o serviço de emergência e o CCR. Cada qual relacionado à sua necessidade específica.

Quanto à UBS, nota-se que a preocupação do usuário é o tratamento da ferida ou coto; o foco é a troca do curativo. Em nenhuma das falas percebeu-se uma articulação da UBS aos questionamentos quanto a reabilitação ou direitos da PA. Entretanto, sabe-se que a reabilitação deve ser trabalhada, sempre que possível, antes mesmo do procedimento da amputação, e que apesar deste ser um procedimento realizado pelos níveis de maior complexidade, a Atenção Primária de Saúde (APS) possui uma estreita relação com este, além do importante papel de coordenadora do cuidado (MENDES, 2012; BRASIL, 2013).

A atuação do enfermeiro tem como objetivo a integralidade do cuidado. E, o processo de trabalho do enfermeiro nas UBS tem como premissas a relação interdisciplinar e multidisciplinar da equipe, assim como o incremento de ações preventivas, educativas e administrativas. Entretanto, ainda identificam-se atividades individuais e curativistas voltadas para o agravo de saúde do cliente, sendo assim, submetido a uma realidade que exige ações individualizadas, tanto na assistência quanto na supervisão, no planejamento das ações e na gerência dos serviços (FREITAS & SANTOS, 2015).

Sinaliza-se que a APS é descentralizada, está localizada próximo ao usuário e tem o papel de articular ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Desta forma ela deve ser a principal porta de entrada do usuário e tem como função a coordenação do cuidado realizando a comunicação com toda a RAS. É a APS que elabora, acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os distintos pontos de atenção, além de oferecer um cuidado através de uma relação horizontal, contínua e integrada através dos processos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2013).

Esta afirmação vai de encontro ao que se revelou quanto à atuação do enfermeiro da UBS e suas implicações no processo de referência e contrarreferência, nas falas, notou-se a preocupação deste profissional em prestar um atendimento integral e contínuo. Sinaliza-se, ainda, que não só nas vivências dos enfermeiros da UBS, mas de todos os níveis de atenção, ficou comprovado que a referência e a contrarreferência não são ações isoladas e sim parte primordial do processo de assistência.

A alteração relacionada às portas de entrada se justifica pelo momento enfrentado por aquela pessoa, nos casos de condições agudas, o serviço mais procurado é o da emergência hospitalar. Essa procura se dá de forma direta pela PA ou através e referência da UBS, do serviço ambulatorial ou do CCR.

Constatou-se que a PA, em sua quase totalidade, procura pela emergência hospitalar, como consequência de evento agudo com base nas doenças crônicas tão comuns nesta população, ou nas complicações com a cicatrização do coto e/ou ferida. Este fato é aceitável uma vez que, conforme estabelecido nas diretrizes clínicas baseadas em evidências, os hospitais têm como função, responder as condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas. Estes, são partes integrantes da RAS, logo devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada articulando com os demais pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio. Esta articulação se dá principalmente via o processo de referenciamento e contrarreferenciamento (MENDES, 2011).

Os relatos evidenciaram que nas unidades hospitalares encontram-se as pessoas que sofreram amputações recentes ou recorrentes. Os profissionais de enfermagem envolvidos com este fluxo relataram pouco envolvimento e conhecimento quanto ao processo de reabilitação e aos encaminhamentos a posteriori. Estudos comprovam que intervenções precoces e intensivas por um enfermeiro qualificado, com habilidades e conhecimentos para dar instruções, apoiar e auxiliar a PA, ajuda a diminuir significativamente a taxa de complicações e amputação entre os pacientes

em alto risco, bem como otimizar os resultados nos processos de reabilitação (REN, et al, 2014; PRICE, et al, 2015).

Esta fragilidade na RAS foi comprovada, anteriormente, em estudo que afirma ser primordial a eficácia na articulação entre os serviços para garantir a excelência no cuidado à PA. Muitos profissionais da alta complexidade desconhecem a referência para a reabilitação, repassando tal atividade de encaminhamento e orientação para os profissionais do serviço social e da fisioterapia, o que evidencia a fragmentação do cuidado. A enfermagem e a medicina detêm-se ao cuidado da ferida operatória e comorbidades associadas (VARGAS, et al, 2014).

Acredita-se que para enfrentar esta fragilidade há de se criar um fluxo entre os serviços e pontos de atenção com referenciamentos e contrarreferenciamentos previamente estabelecidos. O objetivo é que as pessoas tenham acesso rápido e fácil, logo após a alta hospitalar, às unidades básicas de saúde mais próximas de seus locais de moradia, e todo o país, prestando atendimento no NSS e NTS, bem como, contar com serviços de Reabilitação Física e Apoio Psicossocial (BRASIL, 2012a). E, entende-se que a entrada tardia no CCR, é em parte resultado desta fragilidade. Outro ponto preocupante é a afirmação de que em diversas vezes a PA chega de forma tardia e sem nenhuma orientação ou preparo do coto.

Este é um fato extremamente preocupante, pois são estas unidades especializadas que estão qualificadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, prestam uma atenção multiprofissional e interdisciplinar, contando com a presença de diversos profissionais, conforme o perfil do serviço. É este serviço que realiza a avaliação individual para a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (BRASIL, 2012a).

Logo, esta preocupação deriva do fato que, a pessoa submetida à amputação vive um processo de transição que comporta distintas e severas mudanças, no qual necessita de adequação. De modo geral, a melhor adaptação, está relacionada ao processo de assistência recebido pela pessoa, pois a existência de uma equipe multidisciplinar, atuando de forma interdisciplinar, pode tornar a recuperação e o processo de reabilitação desta pessoa mais satisfatório (ANDREWS, 2011; LATLIEF, et al, 2012; FORTINGTON, et al, 2013). Enfim, se mediante todas estas mudanças a PA não recebe o devido direcionamento, acarreta em sequelas bastante expressivas para a pessoa e a sociedade.

A reabilitação é um processo longo e difícil que tem como objetivo durante o período pós-operatório imediato o de proporcionar a pessoa com amputação um estilo de vida tão funcional quanto possível. Reabilitar uma

pessoa com amputação independente do uso de prótese é uma ação em longo prazo e só se conclui quando esta pessoa estiver vivendo com total independência, tendo o controle de suas atividades diárias, profissionais e de lazer (KURICHI, et al, 2011).

Os pontos de atenção secundária ou NSS de uma RAS agregam funções imprescindíveis ao processo de reabilitação da PA. Dentre elas a de supervisão, e a de apoiar as equipes de APS nas ações educativas e preventivas (MENDES, 2011). Neste estudo apreendeu-se que no ambulatório do HU é realizado um importante papel de educação em saúde e que a prevenção é um dos objetivos principais deste profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao identificar e descrever como se dá a atuação do enfermeiro em todos os pontos da RAS, bem como, as implicações no processo de encaminhamentos e contrarreferenciamentos das PA, exalta-se que a prevenção de doenças e agravos estiveram presente em todos os níveis de atenção à saúde e enfatiza-se que o processo de referência e contrarreferência é parte constituinte e integrante da assistência. Além disso, ficou evidenciado que todas as premissas de uma RAS integrada e articulada giram em torno da conectividade dos distintos pontos atuando em consonância para prestar um atendimento integral, e que isso se dá através da referência e da contrarreferência.

O enfermeiro tem um importante papel de gestor do cuidado e deve atuar com o princípio da responsabilidade sendo um de seus compromissos promover a saúde integral do ser humano. No entanto, a integralidade, bem como a continuidade na assistência à saúde da PA vem sendo prejudicada pela comunicação ineficaz entre os distintos níveis de atenção e isso reflete em um processo de reabilitação demasiadamente demorado e caro para o SUS.

Pontuou-se o pouco envolvimento dos enfermeiros da rede hospitalar com a reabilitação da PA, bem como os devidos encaminhamentos. Além desta fragilidade, o percurso da PA nas RAS do município de Florianópolis mostrou que o CCR é o único ponto de referência para protetização no município e a PA chega de forma tardia e sem as devidas orientações.

Há a necessidade de se padronizar as ações no que diz respeito à reabilitação e a assistência à saúde da PA, bem como, criar instrumentos de amparo às ações não só do enfermeiro, mas de todos os profissionais envolvidos à fim de direcionar e facilitar as ações e o acesso à este usuário do SUS.

O desenvolvimento deste estudo mostrou que a atuação do enfermeiro e o fluxo de encaminhamentos da PA possibilitou conhecer a assistência de enfermagem. Desta forma, considera-se que outros estudos nesta linha de investigação sejam realizados, para amparar necessidades de capacitação, definir um fluxo de atendimento para a PA e fortalecer o processo de referência e contrarreferência na RAS. Uma sugestão é a criação de um protocolo de atendimento de enfermagem à PA.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, Karen L. **The at-risk foot: what to do before and after amputation.** J Vasc Nurs; 2011 [acesso 2015 jun. 15]; 29(3):120-3.

Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030311001142#>.

BRASIL. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 28 jun. 2011.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1ª ed. 36 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. **HumanizaSUS: Cartilhas da política nacional de humanização.** Ministério da Saúde [Secretaria de Atenção à Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009; 40 p.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990,** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 20 set; 1990; 19 p.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde; 2012; 110p.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de**

Deficiência. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 12 dez. 2012b.

CARVALHO, João Alberto. **Amputações de membros inferiores.** 2ª ed. São Paulo: Manole; 2003.

CHALYA, Phillip L. et al. **Major limb amputations: a tertiary hospital experience in northwestern Tanzania.** J Orthop Surg Res; 2012 [acesso 2015 jun. 10]; 11(7):18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413574/>.

DUNKEL, Nathalie. et al. **Wound dehiscence and stump infection after lower limb amputation: risk factors and association with antibiotic use.** J Orthop Sci; 2012 [acesso 2015 mai. 30]; 17(5):588-94. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00776-012-0245-5>.

FORTINGTON, Lauren V. et al. **Rehabilitation in skilled nursing centres for elderly people with lower limb amputations: a mixed-methods, descriptive study.** J of rehabilitation med; 2013 [acesso 2015 ago. 03]; 45(10):1065-1070. Disponível em: <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/mjl/16501977/v45n10/s12.pdf?expires=1439259115&id=82465428&titleid=1029&accname=Guest+User&checksum=D8D4B7C0873F4B32AF1229158E381DEF>.

FREITAS, Gustavo Magalhães. & SANTOS, Nayane Sousa Silva. **Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura.** Rev de Enferm do Centro-Oeste Mineiro; 2015.

GOMES, Romeu. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31a ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010** [página na internet]; 2013 [acesso 2015 jun. 14]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religio_deficiencia/caracteristicas_religio_deficiencia_tab_gregioes_xl.shtm.

JACOBS, C. et al. **Amputation of a lower extremity after severe trauma**. Operative Orthop Traumatol; 2011 [acesso 2015 jun. 14]; 23(4):306-317. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00064-011-0043-9>.

KURICHI, Jibby E. et al. **Factors associated with late specialized rehabilitation among veterans with lower extremity amputation who underwent immediate postoperative rehabilitation**. Am J Phys Med Rehabil; 2011 [acesso 2015 jun. 18]; 387–398. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116952/>.

LATLIEF, Gail. et al. **Patient safety in the rehabilitation of the adult with an amputation**. Phys Med Rehabil Clin Am; 2012 [acesso 2015 jun. 14]; 23(2):377-92. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=1s2.0S1047965112000198main.pdf&_piikey=S1047965112000198&_cdi=273353&_orig=article&_zone=centerpane&_fmt=abst&_eid=1-s2.0-S1047965112000198&_user=12975512&md5=fce5f6b2168906135da13d731873fc2f&ie=/excerpt.pdf.

MARINHO, Michelly Geórgia Silva. et al. **Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife - Brasil**. Arq Bras Endocrinol Metab; 2011 [acesso 2015 jun. 14]; São Paulo; 55(6).

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011; 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012; 512 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 16ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MOXEY, Paul Willian. et al. **Delay influences outcome after lower limb major amputation.** Eur J Vasc Endovasc Surg; 2012 [acesso 2015 jun. 04]; 44(5):485-90. Disponível em: [http://www.ejves.com/article/S1078-5884\(12\)00555-2/abstract](http://www.ejves.com/article/S1078-5884(12)00555-2/abstract).

PRICE, Brigitte. et al. **Managing patients following a lower limb amputation.** J of Comparative Neurology. 2015 [acesso 2015 ago. 10]; 29(3):26-33. Disponível em: <http://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/jcn-06-2015-10-managing-patients-following-a-lower-limb-amputation.pdf>

REN, Meng. et al. **Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among Patients with High-Risk Diabetic Foot: A Follow-Up Analysis.** Diabetes technology & therapeutics. 2014 [acesso 2015 ago. 04]; 16(9):576-581. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25004241>.

SILVA, Alexandra Costa. et al. **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição.** Biblioteca Virtual da Saúde; 2010; 45p. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre; 2010.

SLIM, H. et al. **Distal versus ultra distal bypass grafts: amputation-free survival and patency rates in patients with critical leg ischaemia.** Eur J of Vasc & Endovasc Surgery; 2011 [acesso 2015 jun. 04]; 42(1):83-88. Disponível em: [http://www.ejves.com/article/S1078-5884\(11\)00178-X/abstract](http://www.ejves.com/article/S1078-5884(11)00178-X/abstract).

SOUZA, Camila Furtado de. et al. **Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento.** Arq Bras Endocrinol Metab ; 2012 [acesso 2015 jun. 10]; 56(5). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116952/>.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. et al. **Rede de atenção à saúde à pessoa amputada.** Acta paul. Enferm; 2014 [acesso 2015 jun. 10]; 27(6):526-532. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0526.pdf>

5.2 MANUSCRITO II – Referenciamento e Contrarreferenciamento à Pessoa com Amputação: análise da conduta dos enfermeiros na perspectiva Bioética

Referenciamento e Contrarreferenciamento à Pessoa com Amputação: análise da conduta dos enfermeiros na perspectiva Bioética⁴

Referencing and Counter-referencing to Person with Amputation: analysis of conduct of nurses in Bioethics view

Referenciamiento y Contra-referenciamiento a la Persona con Amputación: análisis de la conducta de los enfermeros em la perspectiva Bioética

Micheli Leal Ferreira⁵

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁶

Resumo: Estudo exploratório-analítico com abordagem qualitativa, realizado por entrevista semiestruturada com 21 enfermeiros que prestam assistência à pessoa com amputação alocada na rede de atenção à saúde de Florianópolis. Objetivou analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros, sob o olhar da bioética. Os dados foram organizados com auxílio do software Atlas ti 7.5.6 e analisados com base na análise de conteúdo temática. Emergiram duas categorias temáticas: Conduta do enfermeiro na perspectiva da Bioética de Proteção e de Intervenção; Potencialidades e fragilidades no processo de referência e contrarreferência. Evidenciou-se que sem o respaldo legal, a maioria dos encaminhamentos são realizados com base nas relações interpessoais e na

⁴ Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título “O processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação na perspectiva do enfermeiro”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Educação, Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2015.

⁵ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista CNPq Membro do Grupo de Pesquisa Práxis.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Vice-líder Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC.

informalidade. A análise sob o olhar da bioética permitiu concluir que não só a PA, mas que o enfermeiro também ocupa posição de vulnerabilidade. Estes mostraram comprometimento ético com a profissão e empenho para oferecer um atendimento integral. O comprometimento ético, a criatividade profissional, o matriciamento e a interconsulta foram pontudas como potencialidades. As fragilidades foram à inexistência de protocolos, a comunicação ineficaz entre os níveis de atenção, o acesso restrito à informação e a lentidão nos encaminhamentos.

Descritores: Amputação; Enfermagem; Integralidade; Bioética; Assistência à Saúde.

Abstract: *Exploratory-descriptive study with qualitative approach, conducted through semi-structured interviews with 21 nurses allocated among the three levels of the health care network of Florianópolis that assist the person with amputation. The objectives were to analyze the conduct of nurses in process of reference and counter-reference of the person with amputation in perspective of bioethics; identify strengths and weaknesses in referring counter-referring performed by nurses at each point of health care network. Data were organized with the help of Atlas ti 7.5.6 software and analyzed based on the content analysis. Revealed three themes: Conduct of nurses; Potential in the reference and counter-reference process; Weaknesses in the reference and counter-reference process. The results showed ethical commitment to the profession, commitment to offer to the person with amputation integral care and confidence to realize the reference and counter-reference processes. The engagement and professional creativity, ethical commitment, in addition, matricial and / or interconsultation were indicated as potentials. The weaknesses were the lack of assistance protocol to the person with amputation, ineffective communication between the different levels of care, restricted access to information and the wait time in referring.*

Descriptors: Amputation; Nursing; Integrality in Health; Bioethics; Health Assistance.

Resumen: *Estudio exploratorio-analítico con abordaje cualitativa, realizado por entrevista con 21 enfermeros que atienden a personas con amputación en la red de salud de Florianópolis. Tuvo como objetivo analizar el proceso de referencia y contra-referencia en la atención a la salud de las personas con amputación, en la perspectiva de los enfermeros, en el punto de vista de la bioética. Los datos fueron organizados con ayuda del software Atlas ti 7.5.6 y analizados con base en el análisis del contenido temático. Surgieron dos categorías temáticas: Conducta del*

enfermero en la perspectiva de la Bioética de Protección y de Intervención; Puntos fuertes y fragilidades en el proceso de referencia y contra-referencia. Fué evidente que, sin el respaldo legal, la mayoría de las derivaciones son realizados con base en las relaciones inter-personales y en la informalidad. El análisis desde el punto de vista de la bioética permitió concluir que no solo las emergências, sino que también el enfermero también ocupa una posición de vulnerabilidad. Éstos mostraron comprometimiento ético com la profesión y empeño para ofrecer una atención completa. El comprometimiento ético, la creatividad professional y la inter-consultas fueron marcadas como puntos fuertes. Las fragilidades fueron la falta de protocolos, la comunicación ineficaz entre los diferentes niveles de atención, el acceso restringido a la información y la lentitud en los procesos.

Descriptor: *Amputación; Enfermería; Integralidad em Salud; Bioética; Asistencia a Salud.*

INTRODUÇÃO

O termo amputação é definido como a retirada total ou parcial de algum membro, sendo este considerado um método de tratamento para diversas doenças. Entretanto, é indispensável enfatizar que a amputação não é o tratamento em sua totalidade, mas parte do seu contexto geral, no qual, o objetivo é prover uma melhor qualidade de vida ao usuário (BRASIL, 2013).

Atualmente o panorama mundial sobre as causas das amputações, gira em torno das doenças crônicas, principalmente o *Diabetes Mellitus* (DM), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as amputações traumáticas (BUCKLEY, et al, 2012; LI, et al, 2012; JOHANNESSON, et al, 2009). Apesar das controvérsias quanto ao número de amputações a nível mundial, diversas pesquisas apontam para uma alta incidência, chegando a 46,1/10000 por habitantes/ano (MOXEY et al., 2011).

As Pessoas com Amputação (PA), assim como as pessoas com outras deficiências, são asseguradas principalmente pela lei Brasileira nº 7.853/89. Na área da saúde, ela determina a criação de medidas de promoção de condutas preventivas, elaboração de redes de serviços especializados em reabilitação e habilitação, direito de acesso as unidades de saúde tanto públicos quanto privados, direito de atendimento em domicílio para deficientes graves não internados, e criação de programas de saúde com foco em pessoas com deficiências, incluindo a sociedade, dando oportunidade para integração social a elas (BRASIL, 1989).

Esta parcela da população enfrenta diversos problemas inerentes às relações humanas e em sociedade. Possuem necessidades específicas, sendo também, dever do profissional encontrar soluções que diminuam as desigualdades e iniquidades confrontadas quase que diariamente pela PA. Desta forma, defende-se que, a excelência na assistência à saúde das PA, bem como a atenção integral à saúde estão diretamente relacionadas à efetivação do processo de referência e contrarreferência.

Referência e contrarreferência são entendidas como mecanismos de encaminhamento de pacientes e troca de informações entre profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde. A referência se dá quando uma pessoa é direcionada do nível de menor complexidade ou densidade tecnológica para um nível de maior complexidade ou densidade tecnológica. A contrarreferência ocorre em sentido inverso, após resolução da situação o paciente é reencaminhado para o nível de origem onde será acompanhado (SILVA, 2010).

O Decreto N° 7508/11 estipula que, os serviços de maior complexidade e densidade tecnológica devem ser referenciados pelas portas de entrada nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo estes: atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. Pactua entre as Comissões Intergestoras a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde para que se garanta a integralidade na assistência. Afirma que para tal uma das ações a serem adotadas é a referência e a contrarreferência dos usuários (BRASIL, 2011).

Faz-se imprescindível esclarecer que este processo ultrapassa a ação de encaminhar, o simples fato de encaminhar contrapõe a integralidade. A referência e a contrarreferência são mecanismos de ligação, comunicação e acompanhamento entre os distintos profissionais e pontos de atenção da RAS, são a garantia da resolubilidade, integralidade e continuidade na atenção em saúde.

Entretanto, sabe-se que a atual organização da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) hoje se caracteriza por uma fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo uma forte incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção (MENDES, 2011). Logo, o modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios impostos por essa situação de saúde (BRASIL, 2010).

Por sua vez, devido à complexidade das atuais ações e demandas de saúde, durante a formação acadêmica os enfermeiros não são

adequadamente ou suficientemente capacitados para lidar com inúmeros problemas éticos oriundos do processo de atenção à saúde à população. Esta questão suscita a reflexão acerca da necessidade de direcionar o ensino da bioética para a construção da consciência moral e buscar novas abordagens que favoreçam a formação de profissionais capazes de refletir sobre a maneira adequada de se conduzir na profissão com comprometimento, responsabilidade e competência (COUTO FILHO, 2013).

O preparo técnico e a sua atualização constante não são suficientes para minimizar os danos ocasionados durante a assistência dos profissionais de enfermagem. Estes precisam possuir compromisso ético, e para tal, necessitam conhecer as responsabilidades ética, profissional, civil e penal de suas ações, além de estarem inteirados com seus direitos e deveres, para evitar ocorrências de negligência, imperícia ou imprudência (SCHNEIDER; RAMOS, 2012).

No entanto, articular as situações problemáticas da área da saúde apenas à possibilidade de negligência, imperícia ou imprudência do profissional é um olhar para estas questões de modo limitado. Isto é, há necessidade de se considerar a complexidade do processo de atenção à saúde e o contexto social e institucional dos trabalhadores implicados nas situações problemáticas da área da saúde (VARGAS; RAMOS, 2010).

O ato de cuidar abrange uma imensidão de situações vivenciadas na prática pelos enfermeiros, por isso quando falamos de ética podemos usar diversas abordagens. Uma vertente relevante a esta temática é a da bioética social e seus desdobramentos na Bioética da Proteção e da Intervenção. A Bioética Social surgiu a partir da década de 90 e refere-se à produção teórica no campo da bioética realizada por autores que consideram um teor social em seus discursos abrangendo temas de relevância à qualidade da vida humana como prioridades de alocação de recursos, justiça social e cidadania, finitude de recursos naturais, discriminação, entre outros (HELLMANN; VERDI, 2012).

A Bioética auxilia na reflexão como qualquer outra ética, sobre as ações humana, além disso, é uma ética aplicada que objetiva manejar com os conflitos morais. Ela é descritiva e normativa, pois, descreve, prescreve e proscribe comportamentos, com base em processos de crítica e justificação (SCHRAMM, 2002).

A Bioética de Proteção pode ser entendida como uma maneira de refletir acerca do funcionamento da estrutura do sistema público de saúde, no qual o Estado é responsável pelo gerenciamento de recursos, pelo controle social e pelos recursos humanos com qualificação, além de

fornecer/desenvolver técnicas que visem diminuir as incapacidades alcançando uma assistência de qualidade (VARGAS, 2013; GARRAFA, 2012; BERNARDES, *et al*, 2009).

Schramm 2005 traz que, o exercício da bioética de proteção resguarda o vulnerado diante de situações de risco, originando a autonomia e a qualidade de vida daqueles que são afetados. Proteger abrange municiar condições de vida consideradas necessárias para que as pessoas possam tomar suas próprias decisões, enquanto seres que pensam e refletem diante de sua condição e suas ações (SCHRAMM, 2008). Vulnerada é aquela pessoa que tem ou passa por uma condição que a deixe diferente das demais, enquanto os vulneráveis são os potencialmente atingidos, ou seja, podem passar à condição de vulnerado (SCHRAMM, 2006).

A Bioética de Intervenção surgiu com o intuito de fornecer respostas éticas mais adequadas e em especial para a análise de macroproblemas e conflitos coletivos; ela se espelha na matriz dos direitos humanos contemporâneos e incorpora o discurso da cidadania expandida, ou seja, os direitos estão além das garantias asseguradas pelo Estado (GARRAFA, 2012). Ela aborda o direito de cada pessoa a igualdade e equidade conforme o prescrito como cidadania entendendo cada ser humano como único, com diferentes formas de agir e que este possui dimensões físicas e psíquicas, as quais atuam de forma integrada nas suas relações com a sociedade (MARQUES, *et al*; 2014).

Routineiramente, os profissionais de saúde se deparam com problemas éticos, dentre eles, podemos apontar as desigualdades de condições de vida, o acesso aos serviços pelos usuários do sistema e a falta de preparo/qualificação dos recursos humanos em saúde, esta realidade nos leva as reflexões emergentes da bioética de proteção e de intervenção uma vez que estas se fazem presentes na efetividade das políticas públicas (VARGAS, 2013).

Exalta-se, assim, a importância de responder a seguinte questão de pesquisa: quais as condutas do enfermeiro para que se efetive o processo de referência e contrarreferência das PA, nos níveis de atenção no município de Florianópolis? E, constituiu-se como objetivo: analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros, sob o olhar da bioética.

MÉTODO

Este manuscrito apresenta resultados oriundos da pesquisa qualitativa exploratória e analítica. A pesquisa qualitativa possui como um

de seus maiores encantos a possibilidade de permitir ao pesquisador um olhar mais amplo de um cenário. Quando nos colocamos como agentes de uma escuta sensível e atenciosa diante de pacientes, familiares, profissionais, e os indagamos com questões amplas, abertas, estamos ofertando o direito de o outro falar ou emitir sinais, imagens, sobre o que pensa o que sente e o que deseja.

O processo exploratório, como o próprio nome aponta, permite uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado, visto que este ainda é pouco conhecido ou pouco explorado, além de visar à descoberta, o achado e a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (GIL, 2008). Por sua vez, o processo analítico visou analisar e interpretar aspectos mais profundos, fornecendo análise detalhada sobre os dados da investigação (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa foi desenvolvida em pontos de atenção da RAS do município de Florianópolis, abrangendo os níveis primário, secundário e terciário. Os locais de coleta foram a Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, hospital escola da Universidade Federal de Santa Catarina (HU); o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR); a Policlínica Municipal Continente; o Ambulatório do HU; e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Centro, Coqueiros, Córrego Grande, Ingleses e Saco dos Limões.

O critério utilizado para a seleção das UBS foi a maior população de idosos (65 anos ou mais) atendida em cada um dos cinco distritos sanitário do município, devido a íntima relação com a temática com as doenças crônicas (DM e HAS) comprovadamente mais frequentes neste grupo populacional e principais causadoras das amputações eletivas (MARQUES e STOLT, 2012).

Os participantes do estudo foram 21 enfermeiros/as. Os critérios de inclusão adotados foram: estar alocado de forma fixa em um dos locais do estudo por no mínimo três meses; prestar assistência direta ou indireta a saúde das pessoas com amputações; e aceitar participar da pesquisa. Já o critério de exclusão foi: estar afastados por férias ou licença de saúde no período da coleta de dados.

Optou-se, neste estudo, por investigar a temática na perspectiva dos profissionais enfermeiros uma vez que este tem o importante papel de gestor do cuidado e que deve atuar com o princípio da responsabilidade sendo um de seus compromissos promover a saúde integral do ser humano.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015 através da aplicação de entrevista

individual semiestruturada que alicerçou o alcance do objetivo. A duração das entrevistas foi em média 40 minutos, onde se utilizou três roteiros, um para cada nível de atenção devido a particularidades na assistência. Os roteiros foram validados por experts no assunto. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas pela própria pesquisadora que solicitou validação de conteúdo a cada um dos entrevistados.

Para manter a confidencialidade dos participantes, estes foram mencionados com a letra E seguido do número 1 ao 21 (E1, E2, E3... E21). A distribuição dos números se deu de forma aleatória.

Para auxiliar no tratamento e análise dos dados, após transcrição, as entrevistas foram importadas para o software ATLAS.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*). Com os objetivos em mente realizou-se leitura flutuante onde se identificou qual parte das entrevistas estavam relacionadas à questão desta pesquisa. Foi realizada nova leitura seguida da codificação. Esta codificação foi concretizada através da criação de códigos (*codes*), nestes códigos foram agrupados trechos (*quotations*) das entrevistas que amparavam cada um dos códigos. Esta categorização amparou e exposição e a discussão dos resultados.

A análise dos dados ocorreu através da análise de conteúdo temática, onde o conceito principal é o tema, que pode ser apresentado graficamente através de uma palavra, uma frase, um resumo. Utilizaram-se as etapas de pré-análise, categorização, inferência, descrição e interpretação (MINAYO, 2014).

A categorização inicial realizada com o auxílio do ATLAS.ti sustentou a pré-análise. Realizou-se leitura em profundidade, emergindo pré-categorias que foram unidas por semelhança em conjuntos temáticos dando origem às grandes categorias. Assim, foi possível interpretar os dados coletados, com a descrição e interpretação das falas selecionadas, articulando com a literatura, na perspectiva da bioética.

Foram respeitados todos os princípios éticos abordados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012^a). Inicialmente foi solicitada autorização para o estudo nas instituições envolvidas e após o aceite desta, foi realizada submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. O projeto de pesquisa passou por avaliação e liberação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer nº 970.902 de 24/02/2015. Fez-se uso do TCLE com duas vias, uma permanecendo com os sujeitos e outra com a autora do estudo.

RESULTADOS

Esse estudo contou com a participação de 21 profissionais de enfermagem distribuídos nos três níveis de atenção à saúde da RAS de Florianópolis. Na caracterização geral dos participantes, evidenciou-se que todos possuem uma ou mais especializações e tinham uma média de pouco mais de oito anos e meio de atuação.

Após processo de transcrição e análise das entrevistas emergiram duas categorias temáticas relacionadas ao objetivo do estudo: Conduta do enfermeiro na perspectiva da Bioética de Proteção e de Intervenção; Potencialidades e fragilidades no processo de referência e contrarreferência.

Conduta do enfermeiro na perspectiva da Bioética de Proteção e de Intervenção

Em sua totalidade, os enfermeiros apontaram que não têm conhecimento quanto à existência de qualquer protocolo, documento ou formulário que norteie suas práticas e direcionamentos no que diz respeito à assistência à saúde da PA independentemente do nível da RAS em que atuam.

“Protocolo específico pra amputação não! Nem caderno de atenção básica! Nada!”(E1)

“Se tivesse protocolo seria muito bom! Ajuda bastante no nosso dia-a-dia! Desconheço qualquer documento, não sei te dizer se existe! Na hora que o paciente entra aqui e tu estás com a situação na tua frente, aí tu vai achar uma forma, vai procurar descobrir. Liga pra secretaria, para saúde do idoso, para saúde do adulto, e descobre!”(E4)

No entanto, ao se depararem com a PA e suas necessidades específicas, estes profissionais mostram comprometimento ético com a profissão e empenho para oferecer aquele usuário um atendimento integral. Focalizados nas múltiplas necessidades enfrentadas por uma PA, os enfermeiros fazem uso de toda a rede de profissionais ao seu alcance. Muitas vezes este usuário é atendido por distintos profissionais ao mesmo tempo, cada um desempenhando seu papel.

“Quando ele veio não estava amputado, estava em uma situação bem crítica, foi para uma internação e amputou. Procuramos a assistente social para ver se conseguia uma

aposentadoria para ele. Marcamos uma visita com o pessoal da educação física, depois a fisioterapeuta o encaminhou para o Centro de Reabilitação. Conseguimos um andador para ele, a avaliação para a prótese. Ele tinha que parar de fumar e já estava resistindo porque era uma das poucas coisas que ainda lhe dava prazer de fazer. Ele tinha que passar por cardiologista, vários especialistas e ele não tinha ninguém para levar, a família tinha dificuldades. O motorista e a agente de saúde foram com ele.”(E7)

“Aqui no CCR, a enfermagem entra, infelizmente, quando a ferida já está instalada, o ideal é que tivesse uma equipe de enfermagem, fazendo toda essa orientação. Mesmo assim, quando ele chega tentamos ampliar, fazer o levantamento do histórico, identificar outras situações que o colocaram naquele processo, como o uso de álcool, glicemia descompensada, uso de remédios incorretamente ou algum problema psicológico. Como temos a facilidade de trabalhar com vários outros profissionais, contatamos o cardiologista ou a nutricionista e pedimos uma avaliação.”(E16)

Indagou-se, como é realizado o processo de referência e contrarreferência e qual a percepção deste profissional quanto à sua autonomia na efetivação desta atividade? Como resposta, nos apontaram que se sentem confiantes quanto à prática do referenciamento e do contrarreferenciamento, e que, mesmo quando precisaram contar com o auxílio de outros profissionais para realizar um encaminhamento, este foi concretizado.

“Autonomia total! Se precisar de qualquer outro nível de atenção, tem total autonomia. Dependendo do que for, se ele precisar de um apoio do NASF, ou de atendimento especializado, ele vai ter o suporte da equipe. Se tivermos que enviar para o especialista em uma situação a fim, vai precisar de um

encaminhamento médico, infelizmente o nosso município não tem protocolos que permitam que façamos um encaminhamento automático direcionado a especialistas, vamos demandar do auxílio da nossa equipe para direcionar [...] São duas coisas, temos uma parte de burocracia que impede de fazer algumas coisas, mas ela não te impossibilita. Tem que ficar claro isso!”(E3)

“Tenho acesso ao SISREG se precisa encaminhar para um especialista, ou dependendo do encaminhamento precisa do carimbo do médico, nesses casos a gente faz interconsulta, avaliamos e se tiver necessidade encaminhamos junto. Nunca aconteceu, por exemplo, de eu querer encaminhar um paciente para outro serviço e não conseguir. Quando vejo necessidade, consigo sempre buscar meios para encaminhar!”(E9)

“Aqui no CCR é total! Não precisamos de ninguém, de autorização do médico ou do fisioterapeuta, a partir do momento que percebemos a necessidade de fazer, contatamos com o município e conversamos com eles.”(E16)

“Acho que temos toda autonomia para encaminhar os pacientes, mas, aqui no hospital o que falta é tempo! Se tivéssemos tempo, teria uma melhor continuidade e efetividade do tratamento.”(E19)

Entretanto, foi um discurso comum a afirmativa de que, em raras vezes, o retorno deste encaminhamento é recebido, que os profissionais não têm acesso às informações relativas à conduta terapeuta adotada no outro nível de atenção e que isso traz inúmeras desvantagens para a continuidade da assistência à PA.

“Se pensarmos na parte informatizada da secretaria do município, se ele foi registrado no InfoSaúde, conseguimos visualizar todo o trajeto e acompanhar o que está acontecendo.

Agora, se ele for para um setor que não temos informação, o estado ou qualquer outro lugar, como clínicas conveniadas de monitoramento, perdemos o usuário. Não sabemos o que está acontecendo com ele, se não recebermos a contrarreferência, não temos mais NADA! E geralmente o usuário não consegue te dar uma devolutiva do que foi feito com ele. Dificilmente ele vai saber! Ele nem tem obrigação de saber realmente, termos técnicos ou exatamente o que foi feito com ele, vai saber o básico. [...] A continuidade fica muito difícil! E o paciente volta muito revoltado! Ele questiona porque aconteceu e não consigo responder, porque também não tenho a resposta! [...] A MINORIA, vem com contrarreferência! Não sei se chega a 20% de contrarreferência. Isso atrapalha muito a conduta da equipe, porque as vezes o usuário vem com uma expectativa de continuidade, e você precisa dizer: ‘Olha, eu preciso que você me traga uma contrarreferência, ou pegue seu prontuário. Preciso saber de mais detalhes, me traz os exames que você fez de lá, para eu entender o que foi feito, o que houve, o que resultou. Na maioria das vezes a coisa fica perdida, há uma lacuna. É bem complicado!’(E3)

“É só o que o paciente relata, quando ele retorna. Porque não vem nenhuma descrição. Mesmo se ele faça acompanhamento no posto, não vem nada por escrito, qual foi a evolução, em que momento teve piora ou não. Com o nível secundário e primário, não tem nada, nem com o ambulatório que funciona aqui dentro do hospital! Nenhuma correlação! O único contato que temos é da própria emergência, eles ligam informando que tem um paciente que precisa subir para a internação com amputação e mais nada. Só o que está descrito na evolução. Alguns pacientes que já

tiveram internados com a gente, retornam e cadê o prontuário? Nenhuma continuidade em relação à isso!”(E18)

Foi através da análise quanto à conduta do enfermeiro frente à PA que emergiu a necessidade de desdobrar a discussão, constituindo-se a segunda categoria.

Potencialidades e fragilidades no processo de referência e contrarreferência

A segunda categoria permitiu discorrer acerca das potencialidades e fragilidades na conduta do enfermeiro no processo de referência e contrarreferência na RAS do município de Florianópolis sob o olhar da bioética de proteção e de intervenção.

Como potencialidade significativa, sinaliza-se o forte engajamento dos profissionais quanto à integralidade do cuidado. Na falta de um prontuário eletrônico unificado ou um fluxo pré-definido, o enfermeiro mostrou-se criativo e obstinado em dar continuidade à assistência da PA.

“Algumas vezes em que fiquei sem médico, já demandei, tive que fazer! Fiz contato direto no ambiente hospitalar e passei toda a situação, fiz reserva, liguei para o SAMU, fiz transporte, e consegui fazer toda a tramitação sem nenhum impasse ou problema. Nada me impede de fazer as mediações, mas também preciso estar ciente do que estou fazendo, ter domínio!”(E3)

“Todos os casos que chegam e que a gente não está habituado a atender, entramos em contato com o Distrito Sanitário, ou até com a própria Secretaria Municipal de Saúde para saber como deve ser feito esse encaminhamento, vai para reabilitação? Como encaminhar?”(E5)

“Normalmente por telefone, ou via encaminhamento por escrito. Quando a minha parte aqui na policlínica terminou, precisa continuar o tratamento na atenção primária, encaminho sempre um tipo de sumário de alta da média complexidade, nós criamos, é um documento de Word onde constam algumas orientações para acompanhamento do paciente

no decorrer da vida, porque a atenção primária faz isso! Não tenho dificuldade, fui quase seis anos enfermeira da atenção básica e conheço todo mundo. É muito fácil pra eu fazer essa comunicação.”(E15)

“Várias vezes mantemos contato telefônico com o posto de saúde. Se o paciente tem uma lesão bem extensa, uma condição de higiene precária e não tem ninguém para ajudar em casa, fazemos contato com o posto de saúde e informamos que o paciente tal está de alta, o endereço, a lesão, a prescrição... Já fiz por escrito também. Incluí como fizemos aqui!”(E20)

Destacaram-se, ainda, como potencialidades no município de Florianópolis, as interconsultas e os matriciamentos entre equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que possibilitam um encaminhamento mais detalhando e assertivo.

“Se precisar de apoio do psicólogo, educador físico, nutricionista, especialidades que compõe o NASF, discutimos em equipe e por consenso chamamos o pessoal do NASF. No NASF é decidido se o paciente precisa de atendimento profissional individual ou matriciamento. Quando pegamos um paciente com amputação, fazemos uma interconsulta com o fisioterapeuta, através do NASF e as condutas adotadas são discutidas em equipe! Precisa ou não encaminhar? Fazemos o trabalho com a fisioterapia, através de matriciamento. Matriciamento é a consulta realizada com médico, enfermeiro e o profissional do NASF ao mesmo tempo!”(E4)

Quanto às fragilidades, em consenso, os participantes da pesquisa apontaram que a ausência de um protocolo que guie a atuação profissional, direcione e defina o fluxo de atendimento assegurando os direitos e a assistência adequada à PA, impacta de forma bastante negativa na conduta

do enfermeiro quanto ao processo de referência e contrarreferência na atenção à saúde da PA, bem como na reabilitação deste usuário.

“Não tem nada específico para amputação! Não temos um fluxograma para onde encaminhar, na verdade, ficamos sem saber o que fazer com o paciente com amputação. Não tenho conhecimento como funciona o fluxo, como deve ser feito esse encaminhamento, para onde vai. Temos que correr atrás de informação quando nos deparamos com cada situação específica.”(E5)

“Vou telefonar e tentar me informar, porque não temos nenhum fluxo estabelecido. Acabo procurando alguma pessoa conhecida, que sei que trabalha em algum hospital e que possa dar esse respaldo para nós. Mas não há comunicação, uma referência para quando tenho um paciente com amputação que necessite de um atendimento de alta complexidade. Acho que, por não existir um hospital municipal em Florianópolis, esse fluxo fica um pouco dificultado. Porque são estâncias diferentes, o município fica com a atenção primária e com parte da média complexidade, e a outra parte da média e a alta complexidade fica com o estado, isso deixa a comunicação muito atravancada.”(E15)

Esta compartimentação de assistência além de dificultar nos direcionamentos e encaminhamentos, acarreta na ausência de retorno dos encaminhamentos realizados. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) possui dois instrumentos bastante pontuados como fortalezas da RAS, o Prontuário Eletrônico do Paciente (InfoSaúde) é um deles, isso por permitir a comunicação e o acesso à informação entre os profissionais da ESF, do NASF e das policlínicas. O outro é o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), por possibilitar através da criteriosa descrição, a equidade quanto aos encaminhamentos e as solicitações de consultas ou exames.

Todavia, estes dois instrumentos possuem acesso limitado às instituições de saúde regidas pela Prefeitura Municipal de Saúde, ou seja, possuem acesso restrito à informação, o que nos leva a pontuá-los também

como fragilidades por contribuírem com dificuldades importantes que prejudicam e/ou retardam, principalmente, o processo de reabilitação da PA.

“O primeiro contato com o hospital foi tranquilo, o retorno do hospital pra nós, a contrarreferência, foi ruim! Ele sai com uma alta hospitalar sem nada, com orientações de curativo na unidade, quando vem! Quando retorna para sua unidade, ele volta a ser seu, é preciso entender o que aconteceu e qual a melhor conduta para a nova condição. Acho que essa é uma lacuna, entende? [...] Eu encaminhei suspeitando que pudesse ser em função de alguma coisa, mas de repente foi em função de outra, não tenho a contrarreferência do que aconteceu.”(E3)

“É difícil vir a contrarreferência explicando o que foi feito. Se for da prefeitura nós conseguimos ver, mesmo que não venha um papel, mas se for uma unidade que a gente não tem acesso ao sistema, que não usa o InfoSaúde, não! Nunca recebi uma contrarreferência do atendimento fora. Se o paciente é bem esclarecido, tem uma escolaridade boa, ele relata e te passa as informações, mas na maioria não sabe explicar direito o que o médico quis dizer. Sem essa contrarreferência, fica complicado dar continuidade no tratamento.”(E5)

“Vejo muitos pacientes que têm alta, e que aquilo ali tem tudo para dar errado. Não tenho contato, não sei se o curativo evoluiu bem ou mal. Sei até o momento em que o paciente estava aqui! Depois não, nenhuma continuidade!”(E19)

O acesso restrito a informação leva à oferta de serviços fragmentados e dificulta a continuidade do cuidado, resultando em um processo de reabilitação com diversos contrapontos, sendo assim, o InfoSaúde está devidamente pontuado também como uma fragilidade da RAS, sendo outro

fator agravante para uma reabilitação demorada e com complicações a demora de resposta para as solicitações e encaminhamentos realizados.

“A única coisa que os pacientes relatam de vez em quando é a demora na marcação dos procedimentos, isso é devido ao sistema mesmo, o SISREG, a demora é para todo mundo.”(E4)

“Tem especialidades que o município não tem que precisa do estado e às vezes demora dois anos na fila de espera!”(E7)

“As pessoas com amputação chegam no CCR entre 8 meses e 1 ano depois da amputação. Os pacientes chegam aqui muito tempo depois e sem orientação, sem quaisquer preparação do coto. Eles poderiam levar menos tempo no preparo do coto, na protetização, se fossem orientados e se chegassem antes”.(E16)

Com estas falas resgatamos o SISREG, entende-se que um sistema de regulação devidamente abastecido de informações garante a equidade, mas uma vez que, possui um número de solicitações muito além de sua capacidade, resulta em lentidão excessiva nas respectivas marcações e um longo processo de espera.

DISCUSSÃO

Percebe-se no cotidiano dos serviços de saúde, que a ocorrência e a agilidade dos encaminhamentos estão amarradas, em sua maioria, nos relacionamentos interpessoais e na informalidade, já que, as vias de acesso formais não estão devidamente estabelecidas ou não funcionam adequadamente. Na prática, nota-se que a resolutividade das demandas está condicionada aos esforços dos próprios profissionais que persistem e se comprometem com a população (MACHADO, et al, 2011).

Analisando os resultados apresentados afirma-se que não só a PA, mas que a enfermagem também ocupa uma posição de vulnerabilidade frente às situações vivenciadas no processo de assistência à saúde da PA. Conforme relatos, sem um amparo legal ou orientações concretas, fazem uso de diversos artifícios, contando com toda a rede de profissionais ao seu alcance, relações de amizade e manobras criativas como a elaboração de formulário próprio auxiliando sua atuação. Tudo isso, impulsionado pelo compromisso ético de sua profissão e o exercício de sua autonomia como

enfermeiro, visando garantir a integralidade e continuidade do cuidado por meio do processo de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção da RAS.

Portanto, evidencia-se que a enfermagem protagoniza todo o processo de reabilitação da PA. E, mesmo em situações precárias, sustenta seu dever de resguardar o vulnerado diante das situações de inequidade e desigualdade garantindo que a PA tenha acesso a todos os serviços e níveis de atenção à saúde do qual necessita, assim como o direito de exercer sua cidadania e autonomia.

Contudo, antes de qualquer encaminhamento ou orientação, os profissionais empenham-se em identificar as reais necessidades em cada caso, o que é bastante pertinente, pois as orientações fornecidas refletem na recuperação a curto, médio e longo prazo, bem como, na prevenção de problemas de saúde associados com a amputação e as doenças crônicas de base, além de proteger o vulnerado mediante situações de risco, e viabilizar o mais adequado possível processo de reabilitação.

Ressalta-se que o cuidado oferecido à PA deve ultrapassar o foco físico e protético, uma vez que as intervenções psicológicas e sociais devem estar presentes em todo o processo de amputação e reabilitação, pois estes são essenciais para a eficácia dos cuidados prestados (LIU, et al, 2010).

Uma assistência de qualidade engloba distintas dimensões do cuidar e demanda planejamento, o qual interfere no contexto vivenciado e influencia na responsabilidade dos enredados nesse processo. A prática profissional se ampara na ética do cuidado que por sua vez alicerça o profissionalismo e a responsabilidade do saber-fazer (FERNANDES, et al, 2008; RAMOS, et al, 2010). A assistência oferecida carece ser direcionada para uma intervenção eficaz, visando à proteção do vulnerado (MARQUES, et al, 2014).

O perfil dos enfermeiros participantes desta pesquisa sinalizou profissionais capacitados e com experiência na atuação. Este fato auxilia no entendimento quanto a desempenho apresentado e pontuado como uma das potencialidades na conduta dos enfermeiros. O tempo de atuação somado ao processo educativo em serviço representa um amplificador imperativo para a capacitação do enfermeiro, impactando diretamente na qualidade da assistência prestada, uma vez que, acresce conhecimento e segurança ao profissional, permitindo condutas mais competentes, colaborativas e independentes (CUCOLO; PERROCA, 2015).

Ao encontro dos preceitos da bioética de intervenção, enfermeiros capacitados e experientes identificam mais facilmente as distintas necessidades e por consequência diversas possibilidades de terapêutica, este fato, se somado a profissionais autônomos e com conhecimento das

políticas públicas vigentes garantiriam à PA o acesso e a garantia de todos os seus direitos dentro do complexo contexto da reabilitação, permitindo-lhes o exercício da cidadania, promovendo sua dignidade e inclusão social mediando o alcance de sua independência e autonomia.

Outra potencialidade da RAS do município de Florianópolis segue o mesmo preceito, a possibilidade do atendimento multidisciplinar e as trocas de informações através de matriciamento e/ou interconsulta, envolvendo principalmente as equipes de ESF e NASF, mas também presentes no CCR e no ambulatório do HU. O envolvimento de uma equipe multiprofissional atuando de maneira interdisciplinar possibilitam encaminhamentos mais detalhados e assertivos, resultando na intervenção mais adequada. A responsabilização compartilhada e a troca de saberes levam às melhores escolhas considerando as necessidades e complexidades intrínsecas na assistência à saúde da PA.

Esta afirmação se ampara no fato de que a interconsulta é uma tecnologia leve que tem como alvo a assistência e a ação pedagógica entre serviços de saúde, equipes profissionais e usuários do SUS. Permite que casos complexos sejam tratados de forma mais integral, pois envolve diversos profissionais, bem como contribui simultaneamente para sua formação. Sua prática permite que se tenha uma visão ampliada dos casos assistidos pelas equipes de saúde, bem como possibilita uma maior assistência também à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas (FARIAS; FAJARDO, 2015).

Quanto ao matriciamento do NASF, este é um arranjo organizacional utilizado para ampliar a abrangência e a diversidade das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como sua resolubilidade, uma vez que requer a criação de espaços para a produção de novos saberes e também a ampliação da clínica com a inclusão de novas categorias profissionais. O Ministério da Saúde criou esta iniciativa, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

A responsabilização compartilhada entre as Equipes de ESF e a do NASF ancora uma revisão da prática do encaminhamento com alicerce nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de APS, operando no fortalecimento do seu papel de coordenação do cuidado no SUS (FURTADO, 2007). O caráter interdisciplinar desta ação promove sua existência em diversos campos, atendendo a uma gama de necessidades para promover um atendimento mais integral (FARIAS; FAJARDO, 2015).

Independentemente do nível de atenção, do tipo de patologia, idade, sexo ou classe social, é evidente a necessidade de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da APS e do NASF para que se possa concretizar um sistema de saúde universal e equitativo, focando na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na educação continuada e na participação popular como tática na reorganização dos serviços de saúde, associando todos os membros envolvidos no processo, resguardando a PA e ao mesmo tempo lhe proporcionando uma melhor adaptação à sua nova condição (MORAES MOURA, et al, 2015).

Reafirma-se que a atuação multidisciplinar tão presente nos achados deste estudo proporciona maior segurança quanto à tomada de decisões, e esta por sua vez resulta em um cuidado mais amplo, seguro e com maiores benefícios àqueles considerados vulneráveis ou vulnerados, entretanto, a comunicação e a troca de informações mostram-se essencial para a efetivação da interdisciplinaridade através da abordagem de equipe (LATLIEF, et al, 2012). Nestes casos, além da experiência dos profissionais, temos todo o aparato tecnológico disponível diante das estratégias de cuidado (VIRGINI-MAGALHÃES; FERREIRA, 2013).

Defende-se o processo de referência e contrarreferência como instrumentos a favor da PA, entretanto, ao analisar as fragilidades relatadas emerge um paradoxo. O processo de referência e de contrarreferência, também, posiciona a PA como um ser vulnerado, na medida em que se detecta entraves ocasionados pelo uso do InfoSaúde e do SISREG.

O InfoSaúde é o prontuário eletrônico do paciente, foi apontado como potencialidade e ao mesmo tempo fragilidade, isso porque, ele permite a comunicação e o acesso à informação entre profissionais da ESF, do NASF e das policlínicas que por sua vez pontuaram de forma positiva tal ferramenta, entretanto esta limitação levou-o à ser citado também como uma fragilidade por não abranger todos os níveis de atenção interferindo assim na conduta do enfermeiro, no processo de referência e contrarreferência, e fragmentando a assistência. Logo, um dos malefícios do InfoSaúde é o fato de que as informações ficam abertas.

Entretanto, é pertinente trazer que a conectividade é um preditor decisivo no êxito da coordenação do cuidado, os profissionais de saúde envolvidos devem ter acesso às informações de que necessitam para prestar o cuidado adequado. Os generalistas devem estar seguros de que os especialistas conhecem as razões das referências e contêm as informações necessárias para que possam cumprir suas funções, assim como, os especialistas devem fornecer as informações de volta que

respondam às necessidades e às expectativas dos generalistas através da contrarreferência (MENDES, 2012).

Com as falas foi possível identificar também na questão acesso a informação, que não só a PA, mas que o profissional novamente ocupa a posição de vulnerado. Foi consenso entre os participantes, que estes se sentem desamparados no quesito devolutivas dos encaminhamentos realizados, já que, em sua grande maioria, existe apenas o relato do próprio usuário como base para a continuidade da assistência.

Uma adequada conectividade garante que as informações solicitadas sejam conduzidas aos destinatários corretos; eventos críticos no processo de referência e contrarreferência sejam identificados e monitorados. A existência de um sistema de referência eletrônico, como parte de um registro eletrônico em saúde, certifica que essa informação crítica escoe de forma cabível e garante uma intervenção segura e contínua (MENDES, 2012).

O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) foi outra ferramenta sinalizada como potencialidade para o processo de referenciamento e contrarreferenciamento, pois permite através da criteriosa descrição a equidade quanto aos encaminhamentos e solicitações. Entretanto, assim como o InfoSaúde é pontuada também como fragilidade no processo de reabilitação, isso devido à demora na resposta às solicitações tornando o processo de reabilitação mais lento. Esta fragilidade foi citada principalmente nos encaminhamentos ao serviço especializado de reabilitação oferecido pelo CCR, que é a única referência em protetização de todo o estado de Santa Catarina.

Neste sentido, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada em 2012 e institui incentivo financeiro para os centros de atenção especializados em reabilitação objetivando a garantia de acesso às pessoas que necessitam do serviço e eliminando dificuldades de acesso aos serviços de reabilitação, além dos demais serviços da RAS (BRASIL, 2012). No entanto, há necessidade de se avaliar o impacto da implantação desta rede, justamente, no que concerne ao processo de referência e contrarreferência das PA.

Acredita-se que somado ao congestionamento do SISREG, temos o fato de não existir um protocolo de enfermagem para a assistência à PA também contribua para esta demora no encaminhamento, uma vez que, este profissional está presente em todos os pontos da rede e tem que buscar informações e formas de realizar a referência o que demanda tempo, tempo este tão precioso em um processo de reabilitação.

A utilização de protocolos coopera expressivamente para a autonomia do enfermeiro, pois a padronização e o correto direcionamento

das ações deste profissional auxiliam na tomada de decisões levando melhor conduta frente à situação apresentada. Para tal, estes protocolos carecem estar fundamentados em evidências científicas e legitimados por especialistas (BRUM, et al, 2015). Assim, a elaboração de um protocolo poderia trazer benefícios a todas as etapas da reabilitação e assistência à PA, uma vez que teríamos previamente definido e padronizado cada passo do processo, fazendo valer as políticas públicas e efetivando um cuidado integral, contínuo e digno a este cidadão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro protagoniza todo o processo de reabilitação atuando em todos os pontos de atendimento da RAS, logo cabe a ele o dever de estar empoderado quanto às políticas públicas de amparo à PA, para que assim posso conscientizá-los sobre os seus direitos e auxiliar no alcance destes.

Entretanto, é fato que sem o respaldo legal, a maioria dos encaminhamentos são realizados com base nas relações interpessoais e na informalidade. Desta forma, a análise sob o olhar da bioética nos permite concluir que não só a PA, mas que também o enfermeiro ocupa uma posição de vulnerabilidade durante o exercício de sua profissão.

Para lidar com tal situação, os profissionais envolvidos neste estudo mostraram uma conduta autônoma e responsável frente a este paradoxo e toda a complexidade da assistência à PA. Fizeram uso de uma visão muito além do cuidado com o coto. Mantiveram presente as responsabilidades legais da profissão e fizeram uso de uma atuação interdisciplinar a fim de manter a integralidade do cuidado e efetivar o processo de referência e contrarreferência.

Desta forma, identificou-se como potencialidades o engajamento e a criatividade profissional, o comprometimento ético, além do, matriciamento e/ou a interconsulta que possibilitam condutas mais adequadas através do envolvimento multiprofissional.

O envolvimento de uma equipe multiprofissional atuando de maneira interdisciplinar possibilitam encaminhamentos mais detalhados e assertivos, resultando na intervenção mais adequada. A responsabilização compartilhada e a troca de saberes levam às melhores escolhas considerando as necessidades e complexidades intrínsecas na assistência à saúde da PA.

Quanto ao fator conectividade, este é decisivo na condução de informações e no sucesso do processo de referência e contrarreferência. Defende-se que a referência e a contrarreferência condiz com os preceitos da bioética e caminha a favor da PA, entretanto, foi possível visualizar que

este também posiciona a PA como um ser vulnerado, na medida em que se detecta entraves ocasionados pelo uso do InfoSaúde e do SISREG.

O InfoSaúde e o SISREG, foram entendidas como potencialidades por sua existência, entretanto possuem acesso limitado às instituições regidas pelo município de Florianópolis, logo necessitam ser estudadas, aperfeiçoadas e unificadas em todo o território nacional, uma vez que esta limitação fragmenta o cuidado além de trazer lentidão ao processo de reabilitação da PA.

Os participantes sentem-se desamparados no quesito devolutivas dos encaminhamentos realizados, em sua grande maioria tendo apenas o relato do próprio usuário como base para a continuidade da assistência e isso novamente os deixa em uma situação de vulnerabilidade.

Com isso conclui-se que a integralidade, bem como a continuidade na assistência à saúde da PA vem sendo prejudicada pela conectividade ineficaz e pela falta de um protocolo de assistência à PA, a comunicação ineficaz entre os distintos níveis de atenção, o acesso restrito à informação e a lenta resposta do sistema de regulação.

REFERÊNCIAS

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves. et al. **Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas.** Ciênc & Saúde Coletiva. 2009; 14(2):31-38. [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf> > Acesso em: 23 jul. 2015.

BRASIL. **Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 28 jun. 2011.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoa amputada.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1ª ed. 36 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. **Lei nº 7.853 de 24 de Outubro de 1989,** BRASIL. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de

Deficiência - Corde institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 24 out; 1989.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008. Dispõe sobre os Núcleos de Apoio a saúde da família de 24 de janeiro de 2008. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: 24 jan. 2008.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez; 2010; Seção 1.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 12 dez. 2012a.

BRUM, Maria Luiza Bevilaqua. et al. **Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional.** Rev de Enferm da UFSM; 2015; 5(1):50-57. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15177/pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BUCKLEY, Claire M. et al. **Trends in the incidence of lower extremity amputations in people with and without diabetes over a five-year period in the Republic of Ireland.** PLoS One. 2012; 7(7):e41492. [Internet]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409236/>. Acesso em: 30 mar. 2014.

COUTO FILHO, José Carlos Ferreira. et al. **Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras.** Rev Bioética. 2013; 21(1).

CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Márcia Galan. **Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem.** Acta Paulista de Enferm. 2015; 28(2):120-124. [Internet]. Disponível em:http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1982-0194201500021&pid=S010321002015000200120&pdf_path=ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0120.pdf&lang=pt. Acesso em: 10 Ago. 2015.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. **A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde.** Rev Gestão e Saúde. 2015;2075-2093. [Internet]. Disponível em:<<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1320>>Acesso em: 01 Ago. 2015.

FERNANDES, Josicélia Dumêt. et al. **Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):396-403. [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a25.pdf>> Acesso em: 23 maio 2015.

FURTADO, Juarez Pereira. **Equipes de referência:** arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface-Comunic, Saúde, Educ. Botucatu. 2007; 11(22):239-55. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>. Acesso em: 23 maio 2015.

GARRAFA, Volnei. **Proteção e acesso à saúde com um bem social.** In: Hellmann F, Verdi M, Gabrielli R, Caponi S. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis (SC): DIOESC, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HELLMANN, Fernando; VERDI, Marta. **Bioética Social: Reflexões sobre referenciais para saúde coletiva.** In: Hellmann F, Verdi M, Gabrielli R, Caponi S. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis (SC): DIOESC, 2012.

JOHANNESSON, Anton. et al. **Incidence of Lower-Limb Amputation in the diabetic and nondiabetic general population: a 10-year population-based cohort study of initial unilateral and**

contralateral amputations and reamputations. Diabetes Care. 2009; 32(2):275-280. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628693/>. Acesso em: 24 out. 2014.

LATLIEF, Gail. et al. **Patient safety in the rehabilitation of the adult with an amputation.** Phys Med Rehabil Clin Am. 2012 [acesso 2015 jun. 14]; 23(2):377-92. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=1s2.0S1047965112000198main.pdf&_piikey=S1047965112000198&_cdi=273353&_orig=article&_zone=centerpane&_fmt=abst&_eid=1-s2.0-S1047965112000198&_user=12975512&md5=fce5f6b2168906135da13d731873fc2f&ie=/excerpt.pdf.

LI, Yanfeng. et al. **Declining rates of hospitalization for nontraumatic lower-extremity amputation in the diabetic population aged 40 years or older: U.S., 1988-2008.** Diabetes Care. 2012; 35(2):273-287. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263875>. Acesso em: 03 set. 2014.

LIU, Fen. et al. **The lived experience of persons with lower extremity amputation.** J Clin Nurs. [online]. 2010; 19(15-16):2152-2161. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03256.x/pdf> Acesso em: 01 ago 2015.

MACHADO, Letícia Martins. et al. **Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado.** Rev de Enferm da UFSM. 2011; 1(1):31-40. [Internet]. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337/1509>. Acesso em: 14 ago. 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica.** 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges. et al. **O cuidado à saúde à pessoa com amputação: análise na perspectiva da bioética.** Ver Texto contexto - Enferm. Florianópolis. 2014; 23(4):898-906. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072014000400898&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2015.

MARQUES, Clébya Candeia de Oliveira; STOLT, Lígia Raquel Ortiz Gomes. **Perfil Clínico de Amputados de Membro Inferior Provenientes do Programa de Saúde da Família e sua Percepção sobre o Serviço de Saúde**. Revista de APS, América do Norte, 15, abr. 2012. Disponível em:
<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1472/628>. Acesso em: 13 mai 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011; 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012; 512 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 16ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MORAIS MOURA, Lorena Karen. et al. **O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF**. Rev Interdisciplinar. 2015; 8(1):211-219. [Internet]. Disponível em:
http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/articloe/view/602/pdf_201. Acesso em 20 jul. 2015.

MOXEY, Paul Willian. et al. **Lower extremity amputations: a review of global variability in incidence**. Diabetic Medicine. 2011; 28:1144–1153. [Internet]. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2011.03279.x/pdf>. Acesso em: 29 Mai. 2015.

RAMOS, Flávia Regina Souza. et al. **Motivações e experiências do ensino da ética/bioética em enfermagem**. Av Enferm Bogotá. 2010; 28(2):40-47. [Internet]. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 mai 2015.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; RAMOS, Flávia Regina Souza.

Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. Rev Latino-Am. Enferm. 2012; 20(4):744-752. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_15.pdf. Acesso em 30 mai 2015.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética da Proteção:** ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Rev Bioética. 2008; 16(1):11-23. [Internet] Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55 Acesso em: 21 Jun 2014.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética para quê?** Rev Camiliana de Saúde. 2002; 1:14-21.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética de proteção:** considerações sobre o contexto latino-americano In: SCHRAMM, F.R; REGO, S.; BRAZ, M; PALÁCIOS, M. (Orgs.) **Bioética: riscos e proteção.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz, 2005.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética sem universalidade?** Justificação de um Bioética latino-americana e caribenha de proteção In: GARrafa, V; KOTTOW, M; SAADA, A. **Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano.** 1ª ed. São Paulo: Editora Global/Gaia, 2006.

SILVA, Alexsandra Costa. et al. **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição.** Biblioteca Virtual da Saúde; 2010; 45 p. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre; 2010.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **Ética, bioética e biopolítica: conceitos implicados na assistência à saúde.** In: Guerreiro D, Almeida AM, Meirelles BHS, Alves LMM, Vargas MAO, Zanetti ML, et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem [página na internet] – Módulo V: Doenças crônicas não transmissíveis. 2013. Disponível em: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf. Acesso em: 13 Ago. 2014.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Autonomia na unidade de terapia intensiva: comecemos por cuidar de nós.** Rev Bras de Enferm. 2010; 63(6):956-963. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/14.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

VIRGINI-MAGALHÃES, Carlos Eduardo; FERREIRA, Esmeralci. **Doença vascular periférica acima e abaixo do diafragma: a equipe médica e intervencionista devem atuar juntos?** Rev HUPE. 2013; 12(1):81-92. [Internet]. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7086/5078>> Acesso em: 03 ago. 2015.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aproximação com os sujeitos e os locais de estudo se deu de forma bastante tranquila. Não houve qualquer resistência ou oposição; pelo contrário, os enfermeiros mostraram interesse na temática, além de compartilharem as mesmas preocupações e inquietações da pesquisadora no que diz respeito ao atendimento integral à PA, a oferta de um adequado processo de reabilitação, a falta de um protocolo que norteie a atuação do enfermeiro frente à PA e uma RAS que se articule através dos processos de referência e contrarreferência proporcionando a continuidade na assistência.

A construção desse estudo proporcionou a pesquisadora uma imersão na temática da bioética o que à deixou ainda mais crítica e engajada quanto ao compromisso ético de sua profissão em garantir o direito do cidadão à um acesso igualitário, integral e equânime aos serviços de saúde, bem como em se fazer cumprir os deveres do Estado.

Ao descrever como se dá a atuação do enfermeiro em todos os pontos da RAS, bem como, as implicações nos processos de encaminhamento e contrarreferenciamento da PA, identificou-se que a prevenção de doenças e agravos esteve presente em todos os níveis de atenção à saúde e enfatizou-se que o processo de referência e contrarreferência é parte constituinte e integrante da assistência.

O enfermeiro protagoniza todo o processo de reabilitação atuando em todos os pontos de atendimento da RAS, logo cabe a ele o dever de estar empoderado quanto às políticas públicas de amparo à PA, para que assim possa conscientizá-los sobre os seus direitos e auxiliar no alcance destes.

Além disso, o enfermeiro tem um importante papel de gestor do cuidado e deve atuar com o princípio da responsabilidade sendo um de seus compromissos promover a saúde integral do ser humano. No entanto, a integralidade, bem como a continuidade na assistência à saúde da PA vem sendo prejudicada pela comunicação ineficaz entre os distintos níveis de atenção e isso reflete em um processo de reabilitação demasiadamente demorado e caro para o SUS.

Os profissionais envolvidos no estudo mostraram uma conduta autônoma e responsável frente à PA e toda sua complexidade e individualidade, fizeram uso de uma visão muito além do cuidado com o coto. Mantiveram presente as responsabilidades legais da profissão e fizeram uso de uma atuação interdisciplinar à fim de manter a integralidade do cuidado e efetivar o processo de referência e contrarreferência.

Entretanto, é fato que sem o respaldo legal, a maioria dos encaminhamentos são realizados com base nas relações interpessoais e na informalidade. Desta forma, a análise sob o olhar da bioética nos permite concluir que não só a PA, mas que também o enfermeiro ocupa uma posição de vulnerabilidade frente o exercício de sua profissão.

O envolvimento de uma equipe multiprofissional atuando de maneira interdisciplinar possibilitam encaminhamentos mais detalhados e assertivos, resultando na intervenção mais adequada. A responsabilização compartilhada e a troca de saberes levam às melhores escolhas considerando as necessidades e complexidades intrínsecas na assistência à saúde da PA.

A referência e a contrarreferência condiz com os preceitos da bioética e caminha a favor da PA, entretanto, foi possível visualizar que este também posiciona a PA como um ser vulnerado, na medida em que se detecta entraves ocasionados pelo uso do InfoSaúde e do SISREG.

Identificou-se como potencialidades o engajamento e a criatividade profissional, o comprometimento ético, além do, matriciamento e a interconsulta que possibilitam condutas mais adequadas através do envolvimento multiprofissional. O InfoSaúde e o SISREG, ferramentas existentes na RAS de Florianópolis, também foram entendidas como potencialidades por sua existência, entretanto possuem acesso limitado ao município, logo necessitam ser estudadas, aperfeiçoadas e unificadas em todo o território nacional.

Ficou explícito que a bioética deve ser um instrumento de proteção das pessoas vulneradas, sendo elas profissionais ou usuários do SUS. Todos possuem direitos e deveres frente às relações em sociedade e órgãos de gestão, entretanto, é dever dos mais instruídos e daqueles que ocupam posição de educador, como o enfermeiro, amparar e auxiliar no exercício da cidadania, alcance da independência e autonomia. Para tal, se faz necessário o domínio das políticas públicas de amparo aos deficientes, tendo como forte aliado as reflexões com base na bioética de proteção e de intervenção, fato que fortalece a necessidade de estudos desta natureza.

Pontua-se que o percurso da PA nas RAS do município de Florianópolis mostrou fragilidades preocupantes que despendem resoluções. Há a necessidade de se padronizar as ações no que diz respeito à reabilitação e a assistência à saúde da PA, bem como, criar instrumentos de amparo às ações não só do enfermeiro, mas de todos os profissionais envolvidos a fim de direcionar, agilizar e facilitar as ações e o acesso a este usuário do SUS.

Por fim, defende-se que a reflexão quanto a assistência prestada à pessoa com amputação por meio da bioética de proteção e de

intervenção possibilita o fortalecimento de uma assistência de qualidade. Considera-se que outros estudos nesta linha de investigação sejam realizados, para amparar necessidades de capacitação profissional, definir um fluxo de atendimento para a PA, aprimorar ferramentas com InfoSaúde e SISREG, e fortalecer o processo de referência e contrarreferência na RAS. Uma sugestão é a criação de um protocolo de atendimento de enfermagem a PA.

É através destas ações e iniciativas que o idealizado transfigura-se em algo possível de ser realizado na prática!

7. REFERÊNCIAS

ALVES, Fernando João. **Contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários.** Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014; 73-82.

ANDREWS, Karen L. **The at-risk foot: what to do before and after amputation.** J Vasc Nurs; 2011 [acesso 2015 jun. 15]; 29(3):120-3. [Internet]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030311001142#>.

BAENA, Cristina Pellegrino; SOARES, Maria Cristina Flores. **Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na estratégia Saúde da Família.** Fisioter Mov Curitiba; 2012 [acesso 2014 set. 12]; 25(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502012000200020&lng=en&nrm=iso>.

BERNARDES, Liliâne Cristina Gonçalves. et al. **Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil:** reflexões bioéticas. Ciênc & Saúde Coletiva. 2009; 14(2), 31-38. [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf> > Acesso em: 23 jul. 2015.

BERNARDI, Gabriela Miotto; VILAGRA, José Mohamud. **Estudo epidemiológico: Incidência e Complicações da Amputação Transfemoral de Causa Vascular.** [Internet], FIEP Bulletin; 2010; 60-63.

BORGES, Ana Maria Fernandes. **O Cuidado à Saúde da Pessoa com Amputação à Luz da Bioética.** Florianópolis – SC. 2013. 156p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

BRAGARU, Miahil. et al. **Amputees and sports: a systematic review.** Sports Med. 2011 Sep 1; 41(9):721-40. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.2165%2F11590420-000000000-00000>. Acesso em: 18 ago. 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: 28 jun. 2011.

BRASIL. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1ª ed. 36 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013a; 30 p.

BRASIL. HumanizaSUS: Cartilhas da política nacional de humanização. Ministério da Saúde [Secretaria de Atenção à Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009; 40 p.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 20 set; 1990; 19 p.

BRASIL. Lei nº 7.853 de 24 de Outubro de 1989, BRASIL. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 24 out; 1989.

BRASIL. O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. 480 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009a.

BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 /

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde; 2011a; 148 p.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde; 2012; 110p.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012a.

BRASIL. **Portaria nº. 154, de 24 de janeiro de 2008.** Dispõe sobre os Núcleos de Apoio a saúde da família de 24 de janeiro de 2008. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: 24 jan. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez; 2010; Seção 1.

BRASIL. **Portaria nº 793, 24 de abril de 2012.** Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: 24 abr. 2012b.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 12 dez. 2012c.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Ratificados pelo Congresso Nacional em 09/07/2008 pelo decreto legislativo nº 186/2008. Brasília DF: 2008a.

BRUM, Maria Luiza Bevilaqua. et al. **Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional.** Rev de Enferm da UFSM; 2015; 5(1):50-57. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15177/pdf>. Acesso em: 30 jul. 2014.

BUCKLEY, Claire M. et al. **Trends in the incidence of lower**

extremity amputations in people with and without diabetes over a five-year period in the Republic of Ireland. PLoS One. 2012; 7(7): e 41492. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409236/>. Acesso em: 30 mar. 2014.

CARVALHO, João Alberto. **Amputações de membros inferiores.** 2ª ed. São Paulo: Manole; 2003.

CEREZETTI, Christina Ribeiro Neder. Et al. **Lesão Medular Traumática e estratégias de enfrentamento: revisão crítica.** 2012.

CHALYA, Phillip L. et al. **Major limb amputations: a tertiary hospital experience in northwestern Tanzania.** J Orthop Surg Res; 2012 [acesso 2015 jun. 10]; 11(7):18. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3413574/>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>. Acesso em: 13 mai. 2014.

COUTO FILHO, José Carlos Ferreira. et al. **Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras.** Rev Bioética. 2013; 21(1).

CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Márcia Galan. **Fatores intervenientes na produção do cuidado em enfermagem.** Acta Paulista de Enferm. 2015; 28(2):120-124. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1982-0194201500021&pid=S0103-21002015000200120&pdf_path=ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0120.pdf&lang=pt. Acesso em: 10 Ago. 2015.

DARTER, Benjamim J; WILKEN, Jason M. **Gait training with virtual reality-based real-time feedback: improving gait performance following transfemoral amputation.** Physical Therapy. 2011; 91(9): 1385-1394. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/91/9/1385.long>. Acesso em: 23 ago. 2014.

DUNKEL, Nathalie. et al. **Wound dehiscence and stump infection after lower limb amputation: risk factors and association with antibiotic use.** J Orthop Sci; 2012 [acesso 2015 mai. 30]; 17(5):588-594. Disponível em:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00776-012-0245-5>.

ELIAS, Margareth Pereira; MONTEIRO, Lúcia Maria Costa; CHAVES, Celia Regina. **Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física.** Ciênc. saúde coletiva; 2008 [acesso 2014 dez. 03]; Rio de Janeiro; 13(3). Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300027&lng=en&nrm=iso.

FARIAS, Gabriely Buratto; FAJARDO, Ananyr Porto. **A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde.** Rev Gestão e Saúde. 2015; 2075-2093. [Internet]. Disponível em:<<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1320>> Acesso em: 01 Ago. 2015.

FERNANDES, Josicélia Dumêt. et al. **Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):396-403. [Internet]. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a25.pdf>> Acesso em: 23 maio 2015.

FORTINGTON, Lauren V. et al. **Rehabilitation in skilled nursing centres for elderly people with lower limb amputations: a mixed-methods, descriptive study.** J of rehabilitation med; 2013 [acesso 2015 ago. 03]; 45(10):1065-1070. Disponível em:
<http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/mjl/16501977/v45n10/s12.pdf?expires=1439259115&id=82465428&titleid=1029&acname=Guest+User&checksum=D8D4B7C0873F4B32AF1229158E381DEF>.

FREITAS, Gustavo Magalhães. & SANTOS, Nayane Sousa Silva. **Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura.** Rev de Enferm do Centro-Oeste Mineiro; 2015.

FURTADO, Juarez Pereira. **Equipes de referência:** arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e

profissões. Interface-Comunic, Saúde, Educ. Botucatu. 2007; 11(22):239-55. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/05.pdf>. Acesso em: 23 maio 2015.

GARRAFA, Volnei. **Proteção e acesso à saúde com um bem social**. In: Hellmann F, Verdi M, Gabrielli R, Caponi S. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis (SC): DIOESC, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Romeu. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa**. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 31a ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2012.

GOODNEY, Philip P. et al. **National trends in lower extremity bypass surgery, endovascular interventions, and major amputations**. J Vasc Surg. 2009; 50(1):54-60. Disponível em: [http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(09\)00054-8/abstract](http://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(09)00054-8/abstract) Acesso em: 28 ago. 2014.

HELLMANN, Fernando. **Reflexões sobre os referenciais de análise bioética no ensino da naturologia no Brasil à luz da bioética social**. [Dissertação Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – UFSC, 2009.

HELLMANN, Fernando; VERDI, Marta. **Bioética Social: Reflexões sobre referenciais para saúde coletiva**. In: Hellmann F, Verdi M, Gabrielli R, Caponi S. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis (SC): DIOESC, 2012.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (HU). Ministério da Educação. **Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/ UFSC**. Institucional. Disponível no site: <<http://www.hu.ufsc.br>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010** [página na internet]. 2013 [acesso 2015 jun. 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristic>

as_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xl
s.shtm.

JACOBS, C. et al. **Amputation of a lower extremity after severe trauma.** Operative Orthop Traumatol. 2011 [acesso 2015 jun. 14]; 23(4):306-317. Disponível em:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00064-011-0043-9>.

JOHANNESSON, Anton. et al. **Incidence of Lower-Limb Amputation in the diabetic and nondiabetic general population: a 10-year population-based cohort study of initial unilateral and contralateral amputations and reamputations.** Diabetes Care. 2009; 32(2):275-280. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628693/>. Acesso em: 24 out 2014.

KURICHI, Jibby E. et al. **Factors associated with late specialized rehabilitation among veterans with lower extremity amputation who underwent immediate postoperative rehabilitation.** Am J Phys Med Rehabil. 2011 [acesso 2015 jun. 18]; 387-398. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116952/>.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a Morte e o Morrer.** 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1966.

LATLIEF, Gail. et al. **Patient safety in the rehabilitation of the adult with an amputation.** Phys Med Rehabil Clin Am. 2012 [acesso 2015 jun. 14]; 23(2):377-92. Disponível em:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PdfExcerptURL&_imagekey=1s2.0S1047965112000198main.pdf&_piikey=S1047965112000198&_cdi=273353&_orig=article&_zone=centerpane&_fmt=abst&_eid=1-s2.0-S1047965112000198&_user=12975512&md5=fce5f6b2168906135da13d731873fc2f&ie=/excerpt.pdf.

LI, Yanfeng. et al. **Declining rates of hospitalization for nontraumatic lower-extremity amputation in the diabetic population aged 40 years or older: U.S., 1988-2008.** Diabetes Care. 2012; 35(2):273-287. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263875>. Acesso em: 03 set 2014.

LIU, Fen. et al. **The lived experience of persons with lower extremity amputation.** J Clin Nurs. [online]. 2010; 19(15-16):2152-2161. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03256.x/pdf> Acesso em: 01 ago 2015.

LUCCIA, Nelson De. **Amputação e reconstrução nas doenças vasculares e no pé diabético.** São Paulo: Revinter; 2005. Disponível em: <http://www.cpam.com.br/artigos/Artigo33-2.pdf>. Acesso em: 03 set 2014.

MACHADO, Letícia Martins. et al. **Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado.** Rev de Enferm da UFSM. 2011; 1(1): 31-40. [Internet]. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337/1509>. Acesso em: 14 ago 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica.** 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.

MARINHO, Michelly Geórgia Silva. et al. **Análise de custos da assistência à saúde aos portadores de diabetes melito e hipertensão arterial em uma unidade de saúde pública de referência em Recife - Brasil.** Arq Bras Endocrinol Metab; 2011 [acesso 2015 jun. 14]; São Paulo; 55(6).

MARQUES, Ana Maria Fernandes Borges. et al. **O cuidado à saúde à pessoa com amputação: análise na perspectiva da bioética.** Ver Texto contexto - Enferm. Florianópolis. 2014; 23(4):898-906. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai 2015.

MARQUES, Clébya Candeia de Oliveira; STOLT, Lígia Raquel Ortiz Gomes. **Perfil Clínico de Amputados de Membro Inferior Provenientes do Programa de Saúde da Família e sua Percepção sobre o Serviço de Saúde.** Revista de APS, América do Norte, 15, abr. 2012. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1472/628>. Acesso em:

13 mai 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de secretários de Saúde – CONASS; 2012; 193 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde; 2011; 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012; 512 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 16ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MORAIS MOURA, Lorena Karen. et al. **O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF**. Rev Interdisciplinar. 2015; 8(1):211-219. [Internet]. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/articloe/view/602/pdf_201. Acesso em 20 jul. 2015.

MOXEY, Paul Willian. et al. **Delay influences outcome after lower limb major amputation**. Eur J Vasc Endovasc Surg; 2012 [acesso 2015 jun. 04]; 44(5):485-90. Disponível em: [http://www.ejves.com/article/S1078-5884\(12\)00555-2/abstract](http://www.ejves.com/article/S1078-5884(12)00555-2/abstract).

MOXEY, Paul Willian. et al. **Lower extremity amputations: a review of global variability in incidence**. Diabetic Medicine. 2011; 28:1144–1153. [Internet]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2011.03279.x/pdf>. Acesso em: 29 Mai. 2015.

NETO, Augusto Cesar Barreto; SILVA, Kalina Vanderlei; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de. **Importância da bioética na formação do enfermeiro para o atendimento do adolescente enfermo crônico**. Rev Mineira de Enferm. 2007; 11(2):205-209.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a**

deficiência. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf> Acesso em: 28 set 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS (PMF).
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Prefeitura Municipal de Florianópolis/UFSC. Disponível no site:
<<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

PRICE, Brigitte. et al. **Managing patients following a lower limb amputation.** J of Comparative Neurology. 2015 [acesso 2015 ago. 10]; 29(3):26-33. Disponível em:
<http://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/jcn-06-2015-10-managing-patients-following-a-lower-limb-amputation.pdf>

RAMOS, Flávia Regina Souza; DO Ó, Jorge Ramos. **Bioética e identidade profissional:** a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009 [acesso 2015 ago. 18]; 13(29):259-270. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago 2015.

RAMOS, Flávia Regina Souza. et al. **Motivações e experiências do ensino da ética/bioética em enfermagem.** Av Enferm Bogotá, 2010; 28(2):40-47. [Internet]. Disponível em:<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2015.

REN, Meng. et al. **Effect of Intensive Nursing Education on the Prevention of Diabetic Foot Ulceration Among Patients with High-Risk Diabetic Foot: A Follow-Up Analysis.** Diabetes technology & therapeutics: 2014 [acesso 2015 ago. 04]; 16(9):576-581. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25004241>.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA.
Centro Catarinense de Reabilitação. Santa Catarina. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2166%3Aprogramas&catid=814&Itemid=448> Acesso em: 18 dez 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA.
Sistema de Informações em Mortalidade. Santa Catarina. Disponível em:
 <
http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=233&Itemid=101> Acesso em: 03 nov 2014a.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Discursos profissionais e deliberação moral:** análise a partir de processos éticos de enfermagem. [Tese de Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni; RAMOS, Flávia Regina Souza.
Processos éticos de enfermagem no Estado de Santa Catarina: caracterização de elementos fáticos. Rev Latino-Am. Enferm. 2012; 20(4):744-752. [Internet]. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n4/pt_15.pdf. Acesso em 30 mai 2015.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. **Characteristics of amputated people cared for at a rehabilitation center.** Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007]. 2012; 7(2):445-451.

SCHOELLER, Soraia Dornelles; et al. **Eixos e tendências da produção científica sobre amputação: uma revisão integrativa.** 2015: no prelo.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. **Pesquisa em enfermagem de reabilitação:** apontamentos da realidade brasileira. Investigação em Enfermagem de Reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados. Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014a; 36-45 p.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. **Profile of motorcycle accident victims treated at a state reference rehabilitation center in southern Brazil.** Acta fisiátrica. 2011; 18(3).

SCHOELLER, Soraia Dornelles; LEOPARDI, Maria Tereza; RAMOS, Flávia Souza. **Cuidado, eixo da vida, desafio para a enfermagem.** Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – RS. 2011; 1:88-96.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética da Proteção:** ferramenta válida

para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev Bioética*. 2008; 16(1):11-23. [Internet] Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55 Acesso em: 21 Jun 2014.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética para quê?** *Rev Camiliana de Saúde*. 2002; 1:14-21.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética de proteção**: considerações sobre o contexto latino-americano In: SCHRAMM, F.R; REGO, S.; BRAZ, M; PALÁCIOS, M. (Orgs.) **Bioética: riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz, 2005.

SCHRAMM, Fermin Roland. **Bioética sem universalidade?** Justificação de um Bioética latino-americana e caribenha de proteção In: GARrafa, V; KOTTOW, M; SAADA, A. **Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano**. 1ª ed. São Paulo: Editora Global/Gaia, 2006.

SILVA, Alexandra Costa. et al. **Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição**. Biblioteca Virtual da Saúde; 2010; 45 p. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre; 2010.

SINHA, Richa. et al. **Influence of adjustments to amputation and artificial limb on quality of life in patients following lower limb amputation**. *International J of Rehabilitation Research*. 2014; 37(1):74-79

SLIM, H. et al. **Distal versus ultra distal bypass grafts: amputation-free survival and patency rates in patients with critical leg ischaemia**. *Eur J of Vasc & Endovasc Surgery*; 2011 [acesso 2015 jun. 04]; 42(1):83-88. Disponível em: [http://www.ejves.com/article/S1078-5884\(11\)00178-X/abstract](http://www.ejves.com/article/S1078-5884(11)00178-X/abstract).

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. **A Bioética da Proteção e a compaixão laica**: o debate moral sobre a eutanásia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1241-1250.

SOUZA, Camila Furtado de. et al. **Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento.** Arq Bras Endocrinol Metab. 2012 [acesso 2015 jun. 10]; 56(5). Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116952/>.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Responsabilidade no cuidar:** do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. Rev Escola Enferm USP. 2011; 45(4):876-883.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **Ética, bioética e biopolítica: conceitos implicados na assistência à saúde.** In: Guerreiro D, Almeida AM, Meirelles BHS, Alves LMM, Vargas MAO, Zanetti ML, et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem [página na internet] – Módulo V: Doenças crônicas não transmissíveis. 2013. Disponível em: https://unասus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf. Acesso em: 13 Ago 2014.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. et al. **Rede de atenção à saúde à pessoa amputada.** Acta paul. Enferm. 2014 [acesso 2015 jun. 10]; 27(6):526-532. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0526.pdf>

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; RAMOS, Flávia Regina Souza. **Autonomia na unidade de terapia intensiva: começemos por cuidar de nós.** Rev Bras de Enferm. 2010; 63(6):956-963. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/14.pdf>. Acesso em: 13 ago 2015.

VIRGINI-MAGALHÃES, Carlos Eduardo; FERREIRA, Esmeralci. **Doença vascular periférica acima e abaixo do diafragma: a equipe médica e intervencionista devem atuar juntos?** Rev HUPE. 2013; 12(1):81-92. [Internet]. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7086/5078>> Acesso em: 03 ago 2015.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SC - BRASIL
Tel. (48) 3721-4910 / 3721-9000 Fax: +55 (48) 3721-9043
E-mail: secretariapen@ccs.ufsc.br - Home page: www.pen.ufsc.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO - TCLE**

O projeto de pesquisa intitulado: **O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO** é desenvolvido pela mestrandia em enfermagem **Micheli Leal Ferreira** (RG nº: 4170024 – SSP/SC – CPF nº: 006.735.789-09). Trata-se de pesquisa em Enfermagem pelo Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem e sob orientação da Professora Doutora Mara Ambrosina Oliveira Vargas (pesquisadora responsável).

O projeto de pesquisa tem como objetivos:

- Analisar o processo de referência e contrarreferência no atendimento as pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros;
- Descrever a conduta dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação.

O procedimento usado será entrevista individual com gravação de áudio e após transcrição do conteúdo este será submetido à validação pelo entrevistado.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos. Possui natureza educacional, no entanto, não se trata de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde, considerando o respeito aos informantes participantes de todo o processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional;
- respeito a valores individuais e/ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- liberdade de recusa a participação total;
- amplo acesso a qualquer informação a cerca do estudo;
- os registros, anotações coletadas ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios no sentido de oferecer subsídios para os estudos sobre o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação. Destas reflexões, entende-se que devem emergir discussões na perspectiva do/a enfermeiro/a quanto a um processo já preconizado e sua atual estruturação.

Eu _____, fui informado/a dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descrito acima.

Declaro estar ciente de que solicitei a minha participação neste estudo e que serei entrevistado/a por cerca de 40 minutos a respeito da minha experiência como enfermeiro prestando assistência direta ou indireta à pessoa com amputação. Estou ciente que não serei remunerado/a para minha participação no estudo e que posso interrompê-la a qualquer momento, se assim o desejar.

Compreendendo tudo que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo. Estou ciente que receberei uma cópia deste termo de consentimento assinado.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

8.2 APÊNDICE B – Roteiro para realização da entrevista nas UBS - APS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Nome:

Idade:

Sexo:

Cargo:

Local de Atuação:

Tempo de Atuação:

Especialização:

1. Como se dá o processo de assistência à saúde das pessoas com doenças crônicas como a DM e a HAS pelos profissionais da enfermagem nesta Unidade Básica de Saúde?
2. Como chegam neste Centro de Saúde as pessoas com amputação? Qual a sua conduta como enfermeiros no processo de reabilitação destas pessoas?
3. Casos estas pessoas necessitem de assistência de outro nível de atenção à saúde qual conduta é adotada? Qual sua autonomia neste processo?
4. Existe alguma forma de acompanhar a assistência prestada à saúde das pessoas com amputação nos distintos níveis de atenção à saúde? Se a sua resposta foi sim, descreva o processo, por favor. Se a sua resposta foi não, qual sua opinião quanto a este fato?
5. Existe algum documento (protocolo, rotina, formulário...) na instituição que oriente as suas ações à pessoa com amputação? Em caso afirmativo, descreva o mesmo.
6. Descreva uma situação em que você tenha vivenciado e/ou evidenciado o deslocamento da pessoa com amputação nos distintos níveis de atenção à saúde? Liste os aspectos que você identificou como positivos e negativos durante este “trânsito”?

Florianópolis, _____ de _____ de 2015.

8.3 APÊNDICE C – Roteiro para realização da entrevista na Policlínica Continente - Florianópolis/SC e no Ambulatório do HU – Nível Secundário de Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Nome:

Idade:

Sexo:

Cargo:

Local de Atuação:

Tempo de Atuação:

Especialização:

1. Segundo sua experiência como membro da equipe que atua na Policlínica Continente/Ambulatório do HU, como as pessoas com amputação chegam a este serviço?
2. Quais os procedimentos e a conduta que você realiza e/ou assume considerando a reabilitação das pessoas que foram submetidas à amputação?
3. Casos estas pessoas necessitem de assistência em outro nível de atenção à saúde qual conduta é adotada? Qual sua autonomia para a realização deste processo?
4. O que você sabe acerca da assistência à saúde prestada às pessoas com amputações nos outros níveis de atenção à saúde?
5. Como se dá o processo de alta nesta policlínica/ambulatório? Você realiza alguma Orientação? Qual/is?
6. Existe algum documento (protocolo, rotina, formulário...) na instituição que oriente as suas ações à pessoa com amputação? Em caso afirmativo, descreva o mesmo.
7. Descreva uma situação em que você tenha vivenciado e/ou evidenciado o deslocamento da pessoa com amputação nos distintos níveis de atenção à saúde? Liste os aspectos que você identificou como positivos e negativos durante este “trânsito”?

Florianópolis, _____ de _____ de 2015.

8.4 APÊNDICE D - Roteiro para realização da entrevista na UIC II – HU e no CCR – Nível Terciário de Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Nome:

Idade:

Sexo:

Cargo:

Local de Atuação:

Tempo de Atuação:

Especialização:

1. Segundo sua experiência como membro da equipe que atua na UIC-II/CCR, como as pessoas com amputação chegam a este serviço?
2. Como se dá o processo de alta na UIC II/CCR? Você realiza alguma Orientação? Qual/is?
3. Quais os procedimentos e a atuação que você realiza e/ou assume considerando a reabilitação das pessoas que foram submetidas à amputação?
4. Você realiza encaminhamento para outro nível de atenção? Qual e de que forma?
5. Qual sua autonomia para a realização de encaminhamentos?
6. O que você sabe acerca da assistência à saúde prestada às pessoas com amputações nos outros níveis de atenção à saúde?
7. Existe algum documento (protocolo, rotina, formulário...) na instituição que oriente as suas ações à pessoa com amputação? Em caso afirmativo, descreva o mesmo.

Florianópolis, _____ de _____ de 2015.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A – Autorização de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - PMF/SMS



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 100 /SMS/GAB/RH/2015

Florianópolis, 05 de março de 2015

Prezado(a),

Informamos que a Pesquisa intitulada **“O Processo de Referência e Contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação na perspectiva do Enfermeiro”** está **autorizada** para ser desenvolvida na Secretaria Municipal de Florianópolis, na forma de entrevistas com os Enfermeiros dos Centros de Saúde **Centro, Coqueiros, Córrego Grande, Ingleses e Saco dos Limões** e da **Policlínica Municipal Centro**.

O pesquisador deve se apresentar aos locais de coleta de dados com este ofício, para dar encaminhamento ao início da pesquisa de acordo com a disponibilidade dos serviços. O período autorizado para a coleta de dados é de **10/03/2015 a 10/09/2015**. Caso seja necessária a prorrogação do período, o pesquisador deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para o Setor de Educação em Saúde, por e-mail, para o seguinte endereço educaemsaude@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas
Setor de Educação em Saúde

Ilustríssimo Senhor
Micheli Leal Ferreira
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: educaemsaude@gmail.com Fone: (048) 3239-1593

9.2 ANEXO B – Autorização de pesquisa do Centro Catarinense de Reabilitação – CCR

SERVIÇO DO ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO - CCR
RUA RUI BARBOSA, 780 – AGRONÔMICA
CEP 88025-301- FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3221-9200 - FAX +55 (48) 3221-9203
Email: ccr@saude.sc.gov.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Flávia Costa Britto
Chefe da Divisão Técnica
Centro Catarinense de Reabilitação/SES
Matr. 243.672-8-01

P/ Dra. Patrícia Khan
Gerente do CCR em Exercício
Matrícula 368490-3-02

Florianópolis, 13/01/15.

9.3 ANEXO C – Autorização de pesquisa do Hospital Universitário
Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -
FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

DECLARAÇÃO

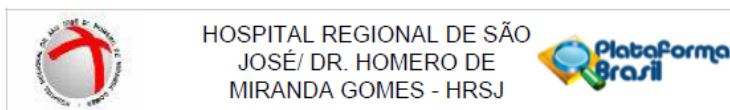
Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Prof^ª Maria de Lourdes Rovaris
Diretor Geral em exercício - HU/UFSC

Prof^º Carlos Alberto Justo da Silva
Diretor Geral HU/UFSC

Florianópolis, 30/12/14.

9.4 ANEXO D – Parecer da Plataforma Brasil



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO NA PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO

Pesquisador: mara ambrosina de oliveira vargas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41274615.1.0000.0112

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 970.902

Data da Relatoria: 24/02/2015

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa constituiu-se no pressuposto de que um processo de referência e contrarreferência funcionante e efetivo, beneficia a população e o atual sistema de saúde brasileiro. E, dentre os benefícios que poderiam ser sinalizados, está a possibilidade de diminuição à curto prazo das complicações que muitas vezes resultam em reinternações e aumentam os gastos públicos.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. Envolverá os três distintos níveis de atenção à saúde: atenção terciária; atenção secundária e atenção primária. Será realizado na Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC II) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, hospital escola da UFSC; no Centro

Catarinense de Reabilitação; na Policlínica Municipal Centro; e em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Florianópolis com maior população de idosos (65 anos ou mais) atendida em cada distrito sanitário. Sendo elas: UBS Centro; UBS Coqueiros; UBS Córrego Grande; UBS Ingleses; e UBS Saco dos Limões.

Os sujeitos do estudo serão enfermeiros/as, alocados/as de forma fixa nos locais do estudo. Para alcançarmos os objetivos da pesquisa estimamos o número de 20 sujeitos, sendo três da UIC II do HU, três do Centro Catarinense de Reabilitação, três da Policlínica Centro e 11 da Atenção Primária.

A coleta de dados ocorrerá entre os meses de fevereiro e junho de 2015 através da aplicação de

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/n°
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefone: (48)3271-9066 **Fax:** (48)3271-9018 **E-mail:** cep.hrsjhm@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO
JOSÉ/ DR. HOMERO DE
MIRANDA GOMES - HRSJ



Continuação do Parecer: 970.902

entrevista semi-estruturada com cada um dos sujeitos do estudo para alicerçar o alcance dos objetivos previamente traçados. Concomitantemente será realizado um levantamento documental com utilização de roteiro previamente elaborado, os documentos utilizados emergirão do resultado das entrevistas (protocolos, rotinas, formulário...) e esta análise terá como finalidade identificar a estruturação do serviço e buscar responder questões relacionadas ao planejamento e execução da referência e da contrarreferência das pessoas com amputação no atual sistema de saúde. Para as entrevistas serão usados três roteiros previamente elaborados, estes serão submetidos à validação por expertises no assunto. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa, o instrumento validado será aplicado de forma individual e em local apropriado para tal prática. As entrevistas serão gravadas e terão cerca de 40 minutos de duração. A transcrição será realizada pela própria pesquisadora que solicitará validação de conteúdo a cada um dos entrevistados.

Utilizar-se-á a Análise Textual Discursiva (ATD), pois ela gira em torno de duas formas de análise de uma pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo e a análise de discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Principal - Descrever a conduta dos enfermeiros no referenciamento e contrarreferenciamento de serviços de saúde às pessoas com amputação.

Secundário - Analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo o pesquisador não haverá riscos.

Benefícios: Esta pesquisa constitui-se no pressuposto de que um processo de referência e contrarreferência funcionante e efetivo, beneficia a população e o atual sistema de saúde brasileiro. E, o mais importante é a possibilidade de diminuição à curto prazo das complicações que muitas vezes resultam em reinternações e aumentam os gastos públicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante pois trará benefícios à população, possibilitando a diminuição à curto prazo das complicações, evitando reinternações, como também diminuirá os gastos públicos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão dentro das recomendações da Comissão Nacional de Ética em

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/n°

Bairro: Praia Comprida

CEP: 88.103-901

UF: SC

Município: SAO JOSE

Telefone: (48)3271-9066

Fax: (48)3271-9018

E-mail: cep.hrsjmg@gmail.com



HOSPITAL REGIONAL DE SÃO
JOSÉ/ DR. HOMERO DE
MIRANDA GOMES - HRSJ



Continuação do Parecer: 970.902

Pesquisa (CONEP)

Recomendações:

Alterar o início da pesquisa do mês de fevereiro para março.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de estudo está bem elaborado e satisfazendo todas as exigências da Resolução nº 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO JOSE, 03 de Março de 2015

Assinado por:

**Renata Helena Ribeiro Fernandes
(Coordenador)**

Endereço: Rua Adolfo Donato da Silva s/nº

Bairro: Praia Comprida

CEP: 88.103-901

UF: SC

Município: SAO JOSE

Telefone: (48)3271-9066

Fax: (48)3271-9018

E-mail: cep.hrsjmg@gmail.com