



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Ferreira, Micheli Leal; Vargas, Mara Ambrosina de Oliveira; Marques, Ana Maria Fernandes
Borges; Brehmer, Laura Cavalcanti de Farias; Schneider, Dulcinéia Ghizoni; Huhn, Andréa

ATENÇÃO EM REDE ÀS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO:
A AÇÃO DA ENFERMAGEM SOB O OLHAR DA BIOÉTICA

Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 2, e2820016, 2018

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002820016>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71469378026>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

ATENÇÃO EM REDE ÀS PESSOAS COM AMPUTAÇÃO: A AÇÃO DA ENFERMAGEM SOB O OLHAR DA BIOÉTICA

Micheli Leal Ferreira¹, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas², Ana Maria Fernandes Borges Marques³, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer⁴, Dulcinéia Ghizoni Schneider⁵, Andréa Huhn⁶

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: micheli_leal@yahoo.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-Graduação do Departamento Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: mara.ambrosina@ufsc.br

³ Doutora em Enfermagem. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: am.borgesmarques@gmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: laura.brehmer@ufsc.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: dulcineiags@gmail.com

⁶ Doutoranda do PEN/UFSC. Professora do Instituto Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: andreaohn@hotmail.com

RESUMO

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: estudo descritivo, 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. Os dados foram organizados com auxílio do *software* Atlas ti 7.5.6 e analisados com base na análise de conteúdo temática.

Resultados: emergiram duas categorias temáticas: O fazer do enfermeiro no processo de referência e contrarreferência e Avanços e desafios de um processo em construção. Evidenciou-se que sem o respaldo legal, a maioria dos encaminhamentos são realizados com base nas relações interpessoais e na informalidade. Logo, a responsabilização compartilhada e a troca de saberes possibilitam ações fundamentadas nas necessidades e complexidades intrínsecas na assistência à saúde dessa população.

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

DESCRIPTORES: Amputação. Enfermagem. Integralidade em saúde. Bioética. Assistência à saúde.

THE HEALTHCARE NETWORK FOR PEOPLE WITH AMPUTATION: NURSING ACTION IN THE VIEW OF BIOETHICS

ABSTRACT

Objective: to analyze the referral and counter-referral process in the health care of people with amputations, in the perspective of nurses, in the view of bioethics.

Method: a descriptive, exploratory-analytical study with a qualitative approach, performed with semi-structured interviews with 21 nurses who provide care to people with amputations in the health care network of Florianópolis (Santa Catarina/ Brazil). The data were organized using Atlas ti 7.5.6 software and analyzed based on thematic content analysis.

Results: two thematic categories emerged: The nurse's role in the referral and counter-referral process and Advances and challenges of a process under construction. It was evidenced that without legal backing, most referrals are made based on interpersonal relationships and informality. Therefore, shared responsibility and the exchange of knowledge allows actions based on the intrinsic needs and complexities in the health care of this population.

Conclusion: the analysis in the view of bioethics allowed to conclude that not only the person with the amputation but also the nurse occupies a vulnerable position. They have shown the commitment to offer a comprehensive service. The ethical commitment, professional creativity, specialist orientation and consultation-liaison were highlighted as potentialities. The weaknesses were the lack of protocols, ineffective communication between levels of care, restricted access to information and slow referral time.

DESCRIPTORS: Amputation. Nursing. Integrality in health. Bioethics. Health care.

ATENCIÓN EN RED PARA LAS PERSONAS CON AMPUTACIONES: LA ACCIÓN DE LA ENFERMERÍA BAJO LA MIRADA DE LA BIOÉTICA

RESUMEN

Objetivo: analizar el proceso de referencia y contra referencia en la asistencia para la salud de las personas con amputaciones, en la perspectiva de los enfermeros y bajo la mirada de la bioética.

Método: estudio descriptivo, exploratorio-analítico y con abordaje cualitativo realizado por entrevistas semiestructuradas con 21 enfermeros que dan asistencia a personas con amputaciones asignadas por la red de atención a la salud de Florianópolis. Los datos fueron organizados con el auxilio del *software* Atlas ti 7.5.6 y analizados en base al análisis del contenido temático.

Resultados: aparecieron dos categorías temáticas: El hacer del enfermero en el proceso de referencia y contra referencia y Los avances y desafíos de un proceso en construcción. Quedó evidente que sin el respaldo legal, la mayoría de los encaminamientos son realizados en base a las relaciones interpersonales y la informalidad. Así, la responsabilidad compartida y el intercambio de saberes posibilitan acciones fundamentadas en las necesidades y complejidades intrínsecas en la asistencia de la salud de esa población.

Conclusión: el análisis bajo la mirada de la bioética permitió concluir que no solo la persona con amputación sino también el enfermero ocupan una posición de vulnerabilidad. Los mismos demostraron empeño para ofrecer un atendimento integral. El comprometimiento ético, la creatividad profesional, el apoyo matricial y la interconsulta fueron considerados como potencialidades. Las fragilidades fueron la inexistencia de protocolos, la comunicación ineficaz entre los niveles de atención, el acceso restringido a la información y la lentitud en la referenciación.

DESCRIPTORES: Amputación. Enfermería. Integralidad en salud. Bioética. Asistencia para la 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. A amputação não é o tratamento em sua totalidade, mas parte do seu contexto geral, cujo objetivo é prover melhor qualidade de vida ao usuário.¹

Atualmente, o panorama mundial sobre as causas das amputações gira em torno das doenças crônicas, como Diabetes *Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as amputações traumáticas.^{2,3} Apesar das controvérsias quanto ao número de amputações a nível mundial, diversas pesquisas apontam uma incidência de aproximadamente 46,1/10000 por habitantes/ano.⁴

Todas as pessoas com deficiência são asseguradas legalmente no Brasil. Na área da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) congrega as políticas, programas e ações nos âmbitos da promoção, proteção e recuperação/reabilitação da saúde. E, dentre os deveres dos profissionais de saúde, está a busca por soluções que diminuam as desigualdades e iniquidades confrontadas quase diariamente pelas pessoas com deficiência. Desta forma, defende-se que a integralidade na assistência à saúde está diretamente relacionada à efetivação de um processo organizacional do sistema de saúde denominado referência e contrarreferência.

O sistema de referência e contrarreferência é um arranjo administrativo que visa garantir acesso universal a todos os serviços de saúde conforme a necessidade do usuário. A referência ocorre a partir de um serviço de menor complexidade para

serviços de maior complexidade/especialização. A contrarreferência corresponde ao retorno deste usuário a sua unidade de origem para a continuidade do cuidado. Detalhando, 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.⁵

Este processo ultrapassa a simples ação de encaminhar. A referência e a contrarreferência são mecanismos de ligação, comunicação e acompanhamento entre os distintos profissionais de saúde e serviços de atenção que compõem a rede e são a garantia da resolubilidade, integralidade e continuidade na atenção em saúde.

Contudo, a consolidação do sistema de referência e contrarreferência enfrenta desafios típicos de um processo de mudança, do modelo de atenção biomédico para o modelo integral. A organização da atenção e da gestão do SUS ainda enfrenta 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.⁶

A complexidade das atuais ações e demandas da área da saúde impõe, além de conhecimento teórico e prático específicos, uma necessidade de construir um *corpus* de conhecimento ético/bioético acerca das questões implicadas no cotidiano dos serviços. Toma-se como fundamental o ensino da bioética para a construção da consciência moral em busca de novas abordagens que favoreçam a formação de profissionais capazes de refletir sobre a conduta profissional com comprometimento, responsabilidade e competência.⁷

Uma vertente relevante a esta temática é a da Bioética Social e seus desdobramentos na Bioética da Proteção e da Intervenção. A Bioética Social 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.⁸ A Bioética de Proteção reflete 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 minimizem as incapacidades alcançando uma assistência de qualidade.⁹⁻¹⁰ Por fim, a Bioética de Intervenção surgiu a fim de fornecer respostas éticas mais adequadas aos macroproblemas e conflitos coletivos; ela se espelha na matriz dos direitos humanos contemporâneos e incorpora o discurso cujo os direitos estão além das garantias asseguradas pelo Estado.¹⁰ Aborda o direito de cada pessoa a igualdade e equidade, conforme o prescrito como cidadania, entendendo cada ser humano com diferentes formas de agir, com dimensões físicas e psíquicas, as quais atuam de forma integrada nas suas relações com a sociedade.¹¹

Rotineiramente, os profissionais de saúde se deparam com problemas éticos, como: 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, levando-nos às reflexões emergentes da bioética de proteção e de intervenção, pois estão presentes na efetividade das políticas públicas.⁹

Este contexto articula assistência integral à saúde das pessoas com amputação, o sistema de referência e contrarreferência enquanto mecanismo organizacional e a bioética como referencial para reflexão. Isso permite analisar o processo de referência e contrarreferência na assistência à saúde das pessoas com amputação, na perspectiva dos enfermeiros, sob o olhar da bioética.

Elenca-se assim, o seguinte objetivo deste estudo: 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

Estudo descritivo, exploratório analítico, com abordagem qualitativo desenvolvido em serviços de atenção à saúde do município de Florianópolis, abrangendo os níveis de complexidade primário, secundário e terciário. Os locais de coleta de dados

foram: uma unidade de internação cirúrgica e uma unidade ambulatorial de um hospital escola do município de Florianópolis; o centro referência em reabilitação em Santa Catarina; uma policlínica com diversas especialidades e cinco Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis.

O critério de escolha dos locais considerou, dentre as unidades de Atenção Primária, aquelas cuja área abrangesse a maior população de idosos (65 anos ou mais) atendida, devido a íntima relação entre a temática e as doenças crônicas mais frequentes neste grupo populacional e principais causadoras das amputações eletivas.¹² E optou-se por investigar a temática na perspectiva dos profissionais enfermeiros uma vez que estes têm o importante papel de gestor do cuidado e que devem atuar com o princípio da responsabilidade, sendo um de seus compromissos promover a saúde integral do ser humano.

Participaram do estudo 21 enfermeiros, distribuídos nos três níveis de atenção à saúde da RAS de Florianópolis. Os critérios de inclusão foram: estar alocado de forma fixa em um dos locais do estudo por no mínimo três meses e prestar assistência direta ou indireta a saúde das pessoas com amputações. Foram excluídos os enfermeiros afastados por férias ou licença de saúde no período da coleta de dados.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2015 através da aplicação de entrevista individual semiestruturada, gravadas e com duração média de 40 minutos. As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras assistentes e foram utilizados três roteiros, validados previamente por *experts*, sendo um para cada nível de complexidade da atenção devido às especificidades na assistência. Após a transcrição das entrevistas, solicitou-se validação de conteúdo a cada um dos participantes.

Para auxiliar no tratamento e análise dos dados, utilizou-se o *software* Atlas.ti 7.5.6 (*Qualitative Research and Solutions*). Foram realizadas leituras seguidas da codificação, a qual foi concretizada através da criação de códigos (*codes*). Nestes códigos, foram agrupados trechos (*quotations*) das entrevistas que amparavam cada um deles. Esta categorização amparou a exposição e a discussão dos resultados. A análise dos dados ocorreu através da análise de conteúdo temática, utilizando-se as etapas de pré-análise, categorização, inferência, descrição e interpretação.¹³

Nesta perspectiva, destaca-se que o momento da pré-análise foi caracterizado pela transcrição das entrevistas, a inserção e organização das entrevistas no *software* Atlas ti. A categorização deu-se no momento

da criação dos códigos (*codes*) de acordo com os trechos das entrevistas (*quotations*), os quais respondiam aos objetivos da pesquisa. O momento de inferência deu-se pelo agrupamento e organização dos *codes* a fim de criar as categorias que resultaram da pesquisa. Posterior ao uso do *software*, deu-se os momentos de descrição e interpretação dos dados. Ressalta-se que o uso do *software* serve para auxiliar na organização dos dados decorrentes das entrevistas realizadas.

Foram respeitados 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. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 970.902 de 24/02/2015, CAAE: 41274615.1.0000.0112. Mantida a confidencialidade dos participantes, mencionados no texto com a letra E seguido do número 1 ao 21 (E1, E2, E3... E21). A distribuição dos números se deu de forma aleatória.

RESULTADOS

Na análise dos dados emergiram duas categorias temáticas relacionadas ao objetivo do estudo: O fazer do enfermeiro no processo de referência e contrarreferência e Avanços e desafios de um processo em construção.

O fazer do enfermeiro no processo de referência e contrarreferência

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 à assistência à saúde da pessoa com amputação, independentemente do nível de complexidade dos serviços onde atuam.

Se tivesse protocolo ajudaria bastante no dia-a-dia! Desconheço qualquer documento! Na hora que o paciente entra aqui e tu estás com a situação na frente, aí vai achar uma forma. Liga pra secretaria, para saúde do idoso, para saúde do adulto, e descobre! (E4)

Na assistência às pessoas com amputação, estes profissionais mostram comprometimento ético e empenho para oferecer um atendimento integral. Focalizados nas múltiplas necessidades enfrentadas, os enfermeiros fazem uso de toda a rede de profissionais ao seu alcance, cada um desempenhando seu papel específico.

Quando ele veio 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 e a avaliação para a prótese. [...] Tinha que passar por vários médicos especialistas e não havia alguém para levar, a família tinha dificuldades. O motorista e a agente de saúde foram com ele (E7).

Os participantes relataram confiança e autonomia da enfermagem no processo de referência e contrarreferência. Em alguns casos, eles requerem a intervenção de outros profissionais para realização de encaminhamentos e este trabalho colaborativo garante a atenção integral.

Se precisar de qualquer outro nível de atenção, tem total autonomia. Se tivermos que enviar para o especialista em uma situação afim, 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 (E3).

Acho que temos toda autonomia para encaminhar os pacientes, mas, aqui no hospital, se tivéssemos tempo, teria uma melhor continuidade e efetividade do tratamento (E19).

Em contraponto ao efetivo referenciamento, foi evidenciada a fragilidade da contrarreferência. São raras às vezes que estes profissionais recebem o retorno dos seus encaminhamentos. Os profissionais não têm acesso às informações relativas à conduta terapêutica adotada no outro nível de atenção, o que traz inúmeras desvantagens para a continuidade da assistência.

É só o que o paciente relata quando retorna. Mesmo que ele faça acompanhamento no posto, não vem nada por escrito, qual foi a evolução, se teve piora ou não. Com o nível secundário e primário, não tem nenhuma correlação, nem com o ambulatório que funciona aqui dentro do hospital! 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 internaram aqui, retornam sem o prontuário. Nenhuma continuidade em relação a isso! (E18)

Avanços e desafios de um processo em construção

A segunda categoria evidenciou aspectos do processo de referência e contrarreferência que o caracterizam em relação aos avanços e revelam desafios persistentes para sua consolidação na rede de serviços de saúde no município de Florianópolis.

Como potencialidade, sinaliza-se o 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.

Todos os casos que chegam e que não estamos habituados a atender, entramos em contato [...] para saber como deve ser feito esse encaminhamento, vai para reabilitação? Como encaminhar? (E5)

Normalmente por telefone, ou encaminhamento por escrito. Quando a minha parte termina, precisa continuar o tratamento na atenção primária. Encaminho sempre um tipo de sumário de alta da média complexidade [...] (E15).

Destacaram-se ainda como potencialidades as estratégias do processo de trabalho como as interconsultas e os matriciamentos entre equipe de saúde da atenção primária à saúde que possibilitam um encaminhamento mais detalhado e assertivo.

Se precisar de apoio do psicólogo, educador físico, nutricionista [...], discutimos em equipe e por consenso chamamos [...]. Quando pegamos um paciente com amputação, fazemos uma interconsulta com o fisioterapeuta [...] (E4).

Quanto às fragilidades, evidenciou-se 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 pessoa com amputação, impactando de forma bastante negativa na conduta do enfermeiro no processo de referência e contrarreferência.

Não tem nada específico para amputação! Não há um fluxograma para onde encaminhar, ficamos sem saber o que fazer [...]. Não tenho conhecimento como funciona o fluxo [...]. Temos que correr atrás de informação quando nos deparamos com cada situação específica (E5).

Neste contexto de discussão, sinaliza-se que estão disponíveis nos serviços municipais dois instrumentos citados como fortalezas da rede: o Prontuário Eletrônico do Paciente, que permite a comunicação e o acesso à informação entre os profissionais, e o Sistema Nacional de Regulação, por possibilitar a equidade nos encaminhamentos e as solicitações de consultas ou exames. Todavia, esses instrumentos possuem acesso limitado às instituições de saúde municipais, excluindo os serviços de administração estadual e/ou federal. Os limites de comunicação entre os serviços contribuem com dificuldades importantes afetando o processo de reabilitação da pessoa com amputação.

O primeiro contato com o hospital foi tranquilo, [...] a contrarreferência, foi ruim! Ele sai com alta hospitalar sem nada, com orientações de curativo na unidade! Quando retorna para a 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 (E3).

O acesso restrito à informação leva à oferta de serviços fragmentados e dificulta a continuidade do cuidado, resultando em um processo de reabilitação inadequado.

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

DISCUSSÃO

No processo de referência e contrarreferência à pessoa com amputação há posições de vulnerabilidade. A própria pessoa com amputação e os enfermeiros com seus relatos também estão vulneráveis na rede de serviços buscando uma atenção efetivamente integral. A condição de vulnerável está para qualquer pessoa, todos estamos suscetíveis às situações que possam gerar risco e desconforto. E a partir do momento que o problema já está instalado, passamos para a condição de vulnerado, aquele que possui uma condição que requer mais atenção e readaptação para possuir bem-estar.¹¹ Cabe aos profissionais, elos entre a política pública e aqueles assistidos por ela, minimizar as disparidades que possam surgir em meio a vulnerabilidade presente,¹⁴ independente daquele que necessita.

Com um amparo legal ainda em consolidação e orientações pouco concretas, os enfermeiros fazem uso de diversos artifícios, seja o envolvimento com toda a rede de profissionais ao seu alcance, as relações de amizade e as iniciativas criativas como a elaboração de formulário próprio para auxiliar na sua atuação.¹⁵ Tudo isso, impulsionado pelo compromisso ético de sua profissão e o exercício de sua autonomia como enfermeiro, a fim de viabilizar e possibilitar melhores condições de atendimento àqueles que necessitam de assistência.

Portanto, evidencia-se que a enfermagem atua em todo o processo de reabilitação da pessoa com amputação. E, mesmo em situações de inadequadas condições de trabalho, os profissionais sustentam seu dever de resguardar o direito à saúde dos usuários diante das situações de iniquidades e desigualdades. Assim, os profissionais lutam pela garantia do acesso a todos os serviços e níveis de atenção à saúde, bem como o direito de exercer sua cidadania e autonomia.¹⁶

Antes de qualquer encaminhamento ou orientação, os profissionais empenham-se em identificar as reais necessidades em cada caso. As orientações fornecidas refletem na recuperação a curto, médio e longo prazo, na prevenção de problemas de saúde associados com a amputação e as doenças crônicas de base, além de viabilizarem um adequado processo de reabilitação.¹⁷⁻¹⁸

A bioética de proteção versa a respeito do acesso à saúde, possibilitado equidade, haja visto que é direito de qualquer cidadão o acesso igualitário aos serviços de saúde, mediante as necessidades da população.¹⁹ Logo, a bioética da proteção e da intervenção como referencial do cuidado, aponta que as competências e capacidades técnicas e as experiências destes profissionais os possibilitam identificar mais facilmente distintas necessidades e por consequência diversas possibilidades de terapêutica. Este fato, somado a profissionais autônomos e com conhecimento das políticas públicas vigentes, é potencial garantia de acesso a todo contexto da reabilitação. Os profissionais são um dos elos entre a política prescrita e as pessoas assistidas por ela. É neste intermédio que a Bioética Social, evidenciada aqui pela bioética da proteção e da intervenção, se faz presente.

O direito à saúde no contexto sanitário brasileiro prevê, além do acesso universal, uma atenção integral. Portanto, o trânsito das pessoas com amputação por diversos serviços de saúde deve receber a atenção de diferentes áreas do conhecimento, contemplando a interdisciplinaridade.²⁰ No cenário desta pesquisa foram evidenciadas como potencialidades da assistência as estratégias do matriciamento e da interconsulta. O envolvimento de uma equipe multiprofissional atuando de maneira interdisciplinar possibilita encaminhamentos mais detalhados e assertivos, resultando nas intervenções mais adequadas. A responsabilização compartilhada e a troca de saberes levam às melhores escolhas considerando as necessidades e complexidades intrínsecas na assistência à saúde dessa população.

Práticas de interconsulta e de matriciamento permitem uma visão ampliada dos casos assistidos pelas equipes de saúde, bem como possibilitam uma maior assistência também à equipe de referência, por meio da discussão de caso entre diversos saberes e disciplinas. O caráter interdisciplinar destas ações promove sua existência em diversos campos, atendendo a uma gama de necessidades para promover um atendimento mais integral.²¹

Um modelo de atenção à saúde com foco 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,²² proporciona à pessoa com amputação uma melhor adaptação à sua nova condição.²³

Reafirma-se que a atuação multidisciplinar tão presente nos achados deste estudo proporciona maior segurança quanto à tomada de decisões, o que resulta em um cuidado mais amplo, seguro e com

maiores benefícios. Entretanto, a comunicação e a troca de informações mostram-se essenciais para a efetivação da interdisciplinaridade através da abordagem de equipe.²⁴ Nestes casos, além da experiência dos profissionais, temos todo o aparato tecnológico disponível diante das estratégias de cuidado.²⁵

São inegáveis os aspectos positivos relacionados ao processo de referência e contrarreferência para a atenção integral da pessoa com amputação. Apesar dos avanços evidenciados na pesquisa, emergiram fragilidades quanto aos registros e vias de acesso às informações por diferentes serviços. A conectividade entre unidades de saúde 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 precisam estar seguros de que os especialistas conhecem as razões das referências e contenham as informações necessárias para que possam cumprir suas funções. Da mesma forma, os especialistas precisam fornecer as informações de volta que respondam às necessidades e às expectativas dos generalistas através da contrarreferência.²⁶

Mesmo com os esforços profissionais para viabilizar o percurso da pessoa com amputação nos serviços dos quais ela necessita o acesso em tempo e condições adequadas apresentam limites. As respostas aos encaminhamentos demoram tornando o processo de reabilitação mais lento do que o recomendado e desejado.

Neste sentido, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência 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 Rede.²⁷ Porém, há necessidade de avaliar o impacto da implantação desta rede justamente no que concerne ao processo de referência e contrarreferência.

A lacuna deixada pela ausência de protocolos de enfermagem para a assistência à pessoa com amputação também contribui para esta demora no encaminhamento. Isto é, o enfermeiro está presente em todos os pontos da rede e deve buscar informações e formas de realizar a referência, o que demanda tempo, algo essencial ao 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 nas tomadas de decisões. Para tal, estes protocolos necessitam estar fundamentados em evidências científicas e legitimados por especia-

listas.²⁸ Assim, a elaboração de um protocolo poderia trazer benefícios a todas as etapas da reabilitação e assistência, uma vez que seria previamente definido e padronizado cada passo do processo, fazendo valer as políticas públicas e efetivando um cuidado integral, contínuo e digno a este cidadão.

Sinaliza-se como limitações do estudo a coleta de dados efetuado em uma área geográfica limitada a uma cidade, o que poderia não refletir as realidades do processo de referência e contrarreferência em outras regiões do país.

CONCLUSÃO

O enfermeiro protagoniza todo o processo de reabilitação atuando em todos os pontos de atendimento em uma rede de serviços de saúde. Logo, cabe a ele estar empoderado quanto às políticas públicas de atenção à pessoa com amputação, a fim de conscientizá-las sobre os seus direitos além de contribuir para o alcance destes.

Entretanto, a maioria dos encaminhamentos ainda são realizados com base nas relações interpessoais e na informalidade. Desta forma, a análise sob o olhar da bioética nos permite concluir neste contexto de atenção, a pessoa com amputação e os enfermeiros que a assistem ocupam uma posição de vulnerabilidade.

Para lidar com tal situação, dentre os profissionais envolvidos neste estudo, alguns mostraram uma conduta responsável frente a este paradoxo e toda a complexidade da assistência. Logo, mantiveram presente as responsabilidades legais da profissão e fizeram uso de uma atuação interdisciplinar viabilizando 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.

Por outro lado, falta efetivamente construir pontos de conectividade entre os serviços de modo a possibilitar, além do trânsito dos usuários, a troca das informações sobre ele. Estes aspectos são decisivos na condução de informações e no sucesso do processo de referência e contrarreferência, pois condizem com os preceitos da bioética da intervenção e da proteção em defesa dos direitos da pessoa com amputação.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes do estudo que contribuíram substancialmente para a construção deste

estudo. Ao Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC pelo apoio para no decorrer desse estudo e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa amputada. 2ª ed. Brasília (DF): MS; 2014.
2. Buckley CM, O'Farrell A, Canavan RJ, Lynch AD, De La Harpe DV, Bradley CP, 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* [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 30]; 7(7):e41492. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409236>
3. Li Y, Burrows NR, Gregg EW, Albright A, Geiss LS. Declining rates of hospitalization for nontraumatic lower-extremity amputation in the diabetic population aged 40 years or older: U.S., 1988-2008. *Diabetes Care* [Internet]. 2012 [cited 2014 Sep 03]; 35(2):273-87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263875>
4. Moxey PW, Gogalniceanu P, Hinchliffe RJ, Loftus IM, Jones KJ, Thompson MM, et al. Lower extremity amputations: a review of global variability in incidence. *Diabetic Medicine* [Internet]. 2011 [cited 2015 May 29]; 28:1144-13. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2011.03279.x/pdf>
5. Conselho Nacional de Secretários da Saúde (BR). Conass. Atenção Primária e Promoção da Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília (DF): Conass; 2011.
6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
7. Couto Filho JCF, Souza FS, Silva SS, Yarid S, Sena ELS. Ensino da bioética nos cursos de Enfermagem das universidades federais brasileiras. *Rev Bioét*. 2013; 21(1):79-85.
8. Hellmann F, Verdi M. Bioética Social: Reflexões sobre referenciais para saúde coletiva. Em: Hellmann F, Verdi M, Gabrielli R, Caponi S. Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos. Florianópolis (SC): DIOESC; 2012.
9. Vargas MAO. 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 - Módulo V: Doenças crônicas não transmissíveis [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 13]. Available from: https://uniasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf
10. Garrafa V. 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.

11. Marques AMFB, Vargas MAO, Schoeller SD, Kinoshita EY, Ramos FRS, Trombetta AP. Health care for people with amputation: analysis from the perspective of bioethics. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2015 May 06]; 23 (4):898-906. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400898&lng=en&nrm=iso
12. Marques CCO, Stolt LROG. 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* [Internet]. 2012 [cited 2014 May 13]. Available from: <http://www.aps.uff.br/index.php/aps/article/view/1472/628>
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 16ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014.
14. Arcos E, Canales M, Muñoz LA, Toffoletto MC, Sánchez X, Vollrath A. Invisibility of social vulnerability and social rights to a comprehensive health care in Chile. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 01]; 25(4):e6150015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400324&lng=en
15. Oliveira SG, Budó MLD, Quintana AM, Garcia RP, Simon BS, Wünsch S, et al. Discussões sobre o conceito de comunidade relacionado à atuação do enfermeiro: relato de experiência. *Av Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 21]; 31(1):133-40. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002013000100013&lng=pt
16. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. The performances of the nurse in family health - building competence for care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 21]; 22(4):961-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400012>
17. Ospina J, Serrano F. El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. *Rev. Cienc. Salud* [Internet]. 2009 [cited Apr 21]; 7(2):36-46. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732009000200006&lng=pt
18. Alzate PML, López L, Velásquez V. Una mirada de la rehabilitación desde la perspectiva de la profesión de enfermería. *Av. Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2016 Apr 21]; 28(1):151-64. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100015&lng=en
19. Azevedo BDS, Biondo CS, Sena ELS, Boery RNSO, Yarid SD. Reflexão bioética sobre o acesso à saúde suplementar no Brasil. *Acta Bioeth* [Internet]. 2015 Jun [cited 2016 May 28]; 21(1):117-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000100015>
20. Vargas MAO, Ferrazzo S, Schoeller SD, Drago LC, Ramos FRS. The healthcare network to the amputee. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 21]; 27(6):526-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000600526&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400086>
21. Farias GB, Fajardo AP. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Gestão e Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 01]; 2075-93. Available from: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1320>
22. Alberti GF, Schimith MD, Budó MLD, Neves GL, Rosso LF. First-contact accessibility attribute in primary health care services and care practices: contributions to academic education for nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 01]; 25(3):e4400014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300307&lng=en
23. Moura LKM, Lima CHR, Sousa FDL, Honorato DZS, Rocha Neta AS, Costa KRF. O profissional enfermeiro como educador: um olhar para atenção primária à saúde e o NASF. *Rev Interdisciplinar* [Internet]. 2015 [cited 2015 Jul 20]; 8(1):211-9. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/602/pdf_201
24. Latlief G, Elnitsky C, Hart-Hughes S, Phillips SL, Adams-Koss L, Kent R, et al. Patient safety in the rehabilitation of the adult with an amputation. *Phys Med Rehabil Clin Am* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 14]; 23 (2):377-92. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047965112000198>
25. Virgini-Magalhães CE, Ferreira E. Doença vascular periférica acima e abaixo do diafragma: a equipe médica e intervencionista devem atuar juntos? *Rev HUPE* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 03]; 12 (1):81-92. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7086/5078>
26. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
27. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF): MS; 2012.
28. Brum MLB, Poltronieri A, Adamy EK, Krauzer IM, Schmitt MD. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. *Rev de Enferm da UFSM* [Internet]. 2015 [cited 2014 Jul 30]; 5(1):50-7. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15177/pdf>

Correspondência: Ana Maria Fernandes Borges Marques
 Rua João Meirelles, 884, 206 C
 Abraão - Florianópolis, SC, Brasil
 E-mail: am.borgesmarques@gmail.com

Recebido: 29 de agosto de 2016
 Aprovado: 07 de junho de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).