

O CUIDADO À SAÚDE À PESSOA COM AMPUTAÇÃO: ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA¹

Ana Maria Fernandes Borges Marques², Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³, Soraia Dornelles Schoeller⁴, Erika Yuriko Kinoshita⁵, Flávia Regina Souza Ramos⁶, Ana Paula Trombetta⁷

¹ Parte da dissertação - O cuidado à saúde da pessoa com amputação à luz da bioética, vinculada ao macroprojeto - Pessoas deficientes físicas submetidas à amputação clínica ou traumática: uma análise sob a perspectiva da bio/ética. CNPq Edital Universal 14/2011.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: am.borgesmarques@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ambrosina.mara@ufsc.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: soraia.dornelles@ufsc.br

⁵ Graduanda da Enfermagem da UFSC. Bolsista de Iniciação Científica. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: erikayk167@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: flavia.ramos@ufsc.br

⁷ Doutoranda PEN/UFSC. Enfermeira do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: ana_trom@yahoo.com.br

RESUMO: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado por entrevista semiestruturada com 18 pessoas submetidas à amputação, no período de 2008 a 2010, em hospitais públicos da Grande Florianópolis-SC. Os objetivos foram analisar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em todo o processo de amputação na perspectiva da pessoa com amputação e discutir o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação à análise bioética. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo. Emergiram três categorias temáticas: o processo de amputação, atuação da equipe e reabilitação. A bioética possibilita a reflexão acerca da assistência prestada à pessoa com amputação e remete a problematizar a relação processo de assistência à saúde com os subsídios disponibilizados através das políticas públicas de saúde. O profissional envolvido nesse processo necessita responsabilizar-se pela efetivação desse processo e a interdisciplinaridade é essencial para a recuperação da pessoa com amputação.

DESCRITORES: Amputação. Pessoal de saúde. Bioética. Assistência à saúde. Políticas públicas de saúde.

HEALTH CARE FOR PEOPLE WITH AMPUTATION: ANALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF BIOETHICS

ABSTRACT: A qualitative, descriptive and exploratory study was conducted through semi-structured interviews with 18 people undergoing amputation in the period 2008-2010, in public hospitals in Florianópolis. The objectives were to analyze the care provided by health professionals throughout the amputation process in the perspective of the amputee patient; and discuss the process of health care to the person with amputation in the bioethical analysis perspective. Data were analyzed according to content analysis. Three thematic categories emerged: the process of amputation; team performance and rehabilitation. Bioethics permits reflection on the care provided to amputees and problematizes the relationship of the health care process with support available through public health policies. The professional involved in this process has to take responsibility for putting the process in practice and interdisciplinary is essential for the recovery of the amputated patient.

DESCRIPTORS: Amputation. Health professionals. Bioethics. Assistance to health. Public health policy.

EL ATENCIÓN DE SALUD PARA PERSONAS CON AMPUTACIÓN: ANÁLISIS EN LA PERSPECTIVA DE LA BIOÉTICA

RESUMEN: Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio realizado por medio de entrevistas semiestructuradas con 18 personas sometidas a amputación en el período de 2008-2010, en hospitales públicos de Florianópolis. Los objetivos fueron analizar la asistencia brindada por profesionales de salud en todo el proceso de amputación en la perspectiva de la persona con amputación; y discutir el proceso de asistencia a la salud a la persona con amputación de la bioética análisis de perspectiva. Los datos fueron analizados según el análisis de contenido. Emergieron tres categorías temáticas: proceso de amputación; actuación del equipo y rehabilitación. La bioética posibilita la reflexión sobre la asistencia brindada a personas con amputación y problematiza la relación del proceso de asistencia en salud con los subsidios disponibles a través de las políticas públicas de salud. El profesional involucrado en este proceso se necesita responsabilizar por la efectución del proceso y la interdisciplinariedad es esencial para la recuperación de la persona con amputación

DESCRIPTORES: Amputación. Profesionales de salud. Bioética. Asistencia a salud. Políticas públicas de salud.

INTRODUÇÃO

A amputação é classificada como uma deficiência física, já que deficiência física se refere a uma alteração que impossibilita o desempenho esperado e adequado da função física de uma determinada parte do corpo afetada.¹ De acordo com o Censo realizado no Brasil em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 24% da população brasileira possuem alguma deficiência. Desse número, cerca de 7% dessa população possuem deficiência motora, o que representa aproximadamente 3 milhões de brasileiros.²

A Constituição Federal e os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) viabilizaram o surgimento de decretos e leis de apoio às pessoas com deficiência, a sua integração social, prioridades ao atendimento, critérios de promoção da acessibilidade. O Capítulo II da Constituição Federal, artigo 23, discorre que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.^{3,3}

Cotidianamente, os profissionais de saúde enfrentam dilemas 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. Nesta direção, as reflexões oriundas da bioética de proteção e de intervenção se fazem (ou deveriam se fazer) presentes na efetividade das políticas públicas.⁴

A bioética de proteção e a bioética de intervenção são um subconjunto da bioética que se relacionam com os problemas da população na era da globalização. A bioética da proteção mostra-se junto ao coletivo, apontando o direito de acessibilidade e a necessidade da conscientização e ação para grandes mudanças sociais. A relevância da saúde pública na América Latina precisa incorporar o ato de “proteger” aqueles que necessitam de

assistência, sendo nomeados de vulnerados, em distinção dos vulneráveis. Isto é, os vulnerados são aqueles que, por situações de fato, encontram-se com problemas que afetam suas condições de vida ou estado de saúde; os vulneráveis englobam a sociedade, visto que todos podem adquirir algo que interfira na condição de vida ou estado de saúde.⁵ Já as reflexões sobre a bioética de intervenção sinalizam que a inclusão social está relacionada com o cotidiano de cada pessoa, no qual as decisões e atitudes são direcionadas por elas.⁶ Ela fundamenta a discussão na justiça sanitária, na inclusão social, na autonomia e na cidadania.⁴

Na medida em que as bioéticas de proteção e de intervenção procuram 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.⁶ “O direito à saúde precisa conjugar a proteção da autonomia individual e a prestação coletiva de meios para efetivação desse direito”.^{7:288}

Julga-se relevante contextualizar o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação desde o momento de internação até a aquisição da prótese para a adaptação à nova condição de vida e determinar as questões bioéticas implicadas nesse processo. Neste sentido, a questão de pesquisa do estudo foi: como ocorreu o cuidado à saúde da pessoa submetida à amputação de membros na perspectiva da análise bioética? E os objetivos do estudo foram: analisar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em todo o processo de amputação na perspectiva da pessoa com amputação e discutir o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação na perspectiva da análise bioética.

MÉTODO

Estudo qualitativo exploratório e descritivo, realizado nos hospitais públicos da Grande Flórida-

nópolis, que são referências em cirurgia ortopédica/traumatologia e vascular. Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer n. 95.521, buscou-se a autorização da direção de cada hospital a ser pesquisado, para entrada no campo. Os registros das cirurgias realizadas foram fornecidos através do setor de estatística de cada hospital pesquisado: Hospitais Governador Celso Ramos/Florianópolis (HGCR); Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis (HU/UFSC); Hospital Regional Homero de Miranda Gomes/São José (HRSJ); e Instituto de Cardiologia de Santa Catarina/São José (ICSC).

Para obtenção do número de amputações de membros inferiores e/ou superiores, exceto extremidades, buscou-se nos registros arquivados no setor de estatística de cada hospital pesquisado, os termos: amputação; amputação de membros inferiores; amputação de membros superiores e de articulação. Somente no HU a busca foi efetuada através da Classificação Internacional de Doenças (CID) relacionadas à amputação: S88 (amputação traumática de perna) e Y83.5 (amputação de membros). Os critérios de inclusão foram: pessoas maiores de 18 anos, submetidas à amputação de membros superiores e/ou inferiores, exceto extremidades, nos anos de 2008 a 2010 nos hospitais pesquisados e residentes da Grande Florianópolis; ter capacidade de comunicação, avaliada de forma subjetiva pelos pesquisadores. Os critérios de exclusão foram: idade acima de 85 anos e óbito. Totalizaram 124 registros de cirurgias.

Para a seleção dos participantes, entrou-se em contato via telefone com os 124 registros pré-selecionados, e quando se obtinha a efetivação do contato, os mesmos eram questionados se aceitavam ou não participar da pesquisa. Destes, obteve-se contato efetivo com 24 pessoas com amputação e, dentre estas, 18 aceitaram participar do estudo. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual autorizava a pesquisa aos prontuários e a realização da entrevista semiestruturada, com duração média de 40 minutos, gravadas em gravador digital. O local de realização das entrevistas foi a residência dos participantes, exceto uma a qual foi realizado no local de estudo do participante. Os dados coletados nos prontuários seguiram um formulário, pré-estabelecido com as variáveis: sexo, idade, ano da amputação, local da amputação, amputações anteriores, causa do agravo, doenças associadas, estado civil, escolaridade e ocupação. A identi-

cação dos participantes foi alfanumérica, por meio do ano da amputação (08=2008, 09=2009, 10=2010), sexo (F=Feminino, M=Masculino) e o número da entrevista (I, II, III, IV). Para a organização dos dados utilizou-se o *software* ATLAS-Ti. A análise das entrevistas deu-se por análise de conteúdo temática. Seguiram-se os critérios previstos nesta análise: pré-análise, categorização, inferência, descrição e interpretação.⁸ Assim, após a transcrição das entrevistas, realizou-se uma leitura em profundidade das mesmas, emergindo pré-categorias de análise que se uniram pela semelhança em conjuntos temáticos, constituindo grandes categorias. Desta forma, foi possível interpretar os dados coletados, com a descrição e interpretação das falas selecionadas, articulando com a literatura, na perspectiva da bioética.

RESULTADOS

Esse estudo contou com a participação de 18 pessoas que sofreram amputação no período de 2008 a 2010. Na caracterização dos participantes, evidenciou-se que 12 são do sexo masculino e 14 possuíam mais de 50 anos no momento da amputação. As principais causas foram relacionadas à doença vascular, gangrena, complicações diabéticas e processos infecciosos; todos possuíam como doenças de base *Diabetes Mellitus* (DM) e apenas uma pessoa não possuía hipertensão arterial sistêmica. Dos entrevistados, oito já haviam sofrido amputações anteriores e três tiveram a amputação relacionada a acidente de trânsito.

Quanto à escolaridade: seis possuíam ensino fundamental incompleto, sete, o ensino fundamental, quatro o ensino médio e um cursava o ensino superior. Dentre os 18 participantes, 11 eram casados, três viúvos, dois divorciados e dois solteiros, e quanto à atual ocupação: 14 eram aposentados/pensionistas, cinco destes por invalidez relacionada à amputação; três recebem auxílio doença e um é atleta e professor de natação.

Após processo de transcrição e análise das entrevistas com as pessoas amputadas, emergiram três categorias temáticas relacionadas aos objetivos do estudo: O processo de amputação; Atuação da equipe e Reabilitação.

O processo de amputação

O processo de amputação, por vezes, é longo. Antes de ocorrer a amputação, diversos procedimentos são realizados na tentativa de salvar o membro.

Comecei amputando o dedo em 98 [...]. Bati o carro e quebrei o dedo, não curou, e eles tiveram que amputar o dedo. Depois comecei a sentir dor na perna quando andava [...], fui lá e falaram que era problema de circulação. Em 2006, fizeram uma cirurgia para desentupir as artérias. Mas em 2008 parou a circulação da perna, aí amputaram mesmo (08MXI).

Mesmo sabendo o local ideal da amputação, o relato a seguir, de um dos informantes da pesquisa, permite inferir que muitos profissionais optam, primeiramente, em satisfazer a necessidade da pessoa, apesar de estarem cientes que mais tarde ocorrerá outra amputação.

Começou a ferida no meio dos dedos e começou a apodrecer. Dormi três meses sentado no sofá. Se a perna pareasse com o corpo, eu ficava doido [...]. Quando resolvi ir ao hospital, o médico disse: 'a saída é amputar a sua perna.' Fui à loucura. Daí, pra me contentar, cortaram a metade do pé. Apodreceu o pé [...], fizeram angioplastia, senti ferver sangue aqui na virilha. Aquele sofrimento. Fiquei 23 dias internado, e amputaram a perna. Eu estava entre a vida e a morte (10MX).

Quando há risco de vida, estabelecem-se prioridades para restabelecer a pessoa hemodinamicamente e nem sempre se consegue preservar o membro.

Quebrei o fêmur também e a gordura do fêmur foi para o pulmão, daí eles fizeram a limpeza no pulmão [...] sofri três paradas respiratórias [...]. Eles deixaram a perna, ela ficou sem circulação, necrosou e tiveram que amputar [...]. Voltei à consciência e a minha perna ainda estava lá, eles tinham reconstituído toda a perna, mas daí deu a parada respiratória, eles não cuidaram mais da perna e ela necrosou e foi amputada, porque cuidaram do pulmão e se não cuidassem do pulmão, eu podia morrer! (09MII).

Atuação da equipe

A atuação da equipe é muito importante na assistência à pessoa que sofrerá amputação, no sentido de mantê-la informada de todos os procedimentos, assim como mostrar que ela é essencial nesse processo, potencializando a recuperação.

Todos me trataram muito bem no hospital. Os médicos, os enfermeiros, eram bons. Os médicos sentavam na cabeceira da minha cama e diziam: 'a senhora não vai andar, cuida agora que não tem uma perna, coloca uma muleta e deixa encostado da cama para quando sair, ou é preferível andar no chão como gatinha, pelo menos a senhora não cai' (09FIII).

A explicação que deram foi o enfermeiro, fazendo o curativo, que explicou que o osso do tornozelo não

existia mais, nenhum dos médicos deu uma explicação exata (08MXVI).

O que me ajudou muito também foi a nutricionista, e ela estava desde o início ali acompanhando, ela me dava shakes especiais (10MIX).

Eu estive no hospital duas vezes, a moça olhava minha perna, fazia curativo, depois o médico olhava e mandava embora [...]. Não explicavam o que eu tinha e eu ficava ali (08FV).

Conseguir ouvir a queixa da pessoa a ser cuidada e cuidar de modo adequado são aspectos sinalizados nas falas a seguir.

Eles eram bem educados, mas a gente falava que estava doendo [...] mas eles não ligavam pra mim não queriam nem saber (09MII).

Senti-me uma porcaria, não me consultaram. Deviam ter me preparado: 'vou fazer uma limpeza e quem sabe retire mais um pouco'. Mas não, voltei de lá tranquilo, com o pé enfaixado. Passou a anestesia e ao mexer o pé: ué, parece que o meu pé não tá ali! (10MIV).

As falas dos participantes expressam o quanto a infraestrutura disponibilizada para este tipo de assistência impacta nas pessoas que dela necessitam, ou seja, não apenas na pessoa com amputação, também no profissional de saúde.

Teve uma situação na minha segunda cirurgia. Ela estava marcada para as oito horas da manhã e fiz a cirurgia às quatro horas da tarde. Isso porque quando meus pais perceberam que a cirurgia não aconteceria, ligaram para um conhecido para fazer alguma coisa, e fiz a cirurgia [...]. Sempre chegava uma emergência (08FXVII).

Na época, o diretor do hospital não autorizou o médico operar com o material melhor que não era do SUS [...] alegando que era para senhores de idade, que é mais normal esse tipo de fratura [...]. A mágoa que tenho do hospital é isso [...], se não fosse isso, eu estaria hoje normal, andando aí com a prótese. Não faltou boa vontade do médico (10MXVIII).

Reabilitação

Acredita-se que reabilitação é potencializada com a atuação da equipe multidisciplinar, de modo interdisciplinar. Mas as falas não caracterizam tal assistência:

[...] só pela enfermagem, eles faziam o curativo e na prótese (08MII).

[...] só com o fisioterapeuta, e tinha o técnico em prótese (08FXVII).

Por sua vez, a fala a seguir evidencia a necessidade de essas pessoas aprimorarem sua

capacidade crítica com relação ao seu próprio processo de reabilitação.

Se tivesse acompanhamento com o fisioterapeuta desde quando tive alta para o leito, para o fortalecimento, ajudava para eu ficar de pé. Logo que tive alta para casa, conversei com um amigo fisioterapeuta e ele veio. Em poucas semanas eu já estava de pé (10MIX).

As pessoas amputadas demandam cuidados específicos de reabilitação. Nesta direção, os profissionais devem estar preparados para atuar com competência.

O pessoal do postinho foi lá em casa duas vezes para fazer curativo, mas na segunda vez a menina ficou apavorada e insegura. Eu não quis mais (08FXVII).

Fui a Palhoça, lá tinha um médico de osso, ortopedista. Ele disse: 'esses papéis de vocês não quero, quero outros exames'. Fiz os exames. Quando retornei, ele disse: 'a senhora não pode botar perna. Vai apodrecer tudo dentro da perna. A senhora tem diabetes' (08FV).

Neste processo de reabilitação insere-se a aquisição da prótese e o respectivo encaminhamento, no entanto, não há um padrão no atendimento e no caminho percorrido. Além disso, identifica-se o desuso da prótese.

Começou encaminhamento no hospital com o Dr. Y, ele conhecia o Dr. X do Centro de Reabilitação. Ele fez um documento, marcamos a consulta [...]. A prótese demorou dois anos. Antes compramos uma prótese, que não deu certo [...]. Fiquei um ano sem prótese (10MIX).

Um ano e meio pra ganhar a prótese. Tem que arrumar o cardiologista para ver como está o coração, rim, pulmão [...]. Ganhei uma provisória, para afinar a perna, e depois de ficar três meses com ela, ia ganhar uma de verdade, para encaixar e ficar firme, mas disseram que está uma crise, o governo primeiro deve pagar a prótese para aí eu ganhar (09MVIII).

Por fim, a partir de relatos, percebe-se que há diferença de material com que é feita a prótese, quando a mesma é fornecida pelo SUS e quando não.

A prótese do SUS é de má qualidade, são todos componentes nacionais. É uma prótese boa para quem não tem condições de uma melhor, mas é desconfortável, e como já usava a minha, que é diferente, quando peguei a do SUS, continuei usando a que tinha (08FXVII).

DISCUSSÃO

Os achados, nesse estudo, quanto ao sexo e a causa da amputação, indicam o que os demais estudos também evidenciam. Isto é, o homem e a doença de base DM predominam quando o tema

é amputação. A DM é um fator de risco para a amputação.⁹⁻¹¹

Observou-se que o nível de escolaridade dos participantes da pesquisa é baixo, o que leva a considerar que o conhecimento deficitário, em especial, da população masculina, quanto à importância da promoção à saúde e à prevenção de agravos, influencia nas ações que dizem respeito ao autocuidado¹² e na sua "competência" de contextualizar os seus direitos quanto ao processo de assistência à saúde. Os participantes da pesquisa, casados ou não, moram com a família, legitimando-a como um alicerce na promoção de saúde e prevenção dos agravos.

Constatou-se que as causas que levam à amputação podem ser desencadeadas por doença crônica e, também, traumática, sendo esta determinada por causas externas. Mas, ainda que os motivos de amputação se diferenciem, o processo de assistência é o mesmo. Ou seja, as falas permitem inferir que, apesar dos envolvidos possuírem idades e necessidades diferentes, ambos acabam no mesmo contexto de assistência à saúde: lento e fragmentado.

Os sentimentos desencadeados pela iminência da amputação se assemelham naqueles que vivenciam tal situação, afinal ambos se deparam com uma nova condição de vida, além da dualidade entre a necessidade da cirurgia e a "recusa" da perda de uma parte de si.¹³ Logo, aceitar que a amputação é a melhor opção a ser tomada não é fácil, pois a forma da pessoa se ver diante da sociedade muda, e com isso, inúmeros problemas surgem. A pessoa é vulnerada para as situações desencadeadas a respeito da sua nova condição; ela não está preparada para discernir o que é o ideal para o estabelecimento de melhores condições de vida.

Ao priorizar a opinião da pessoa com indicação de amputação deve-se considerar se a pessoa a ser cuidada conhece sua condição e que determinadas condutas influenciarão diretamente na sua recuperação. A assistência prestada necessita ser direcionada para uma intervenção efetiva, visando a proteção de quem sofre o agravo. Assim, indaga-se e reflete-se: a proteção é a conduta que atende à "vontade" da pessoa a ser cuidada, ainda que o profissional esteja ciente de que haverá mais sofrimento posteriormente? Quais as consequências se tomarmos e seguirmos tal decisão? Quais impactos podem resultar se utilizarmos outras opções? Muitas vezes, o viés da melhor intervenção está em deliberar o que é o melhor a ser feito,

levando-se em consideração a complexidade desse tipo de cuidado.

Permitir o exercício da autonomia é disponibilizar informações a respeito das melhores condutas a serem tomadas; é inserir a pessoa a ser cuidada no processo de assistência; é saber ouvi-la, saber quais são suas fragilidades e favorecer ferramentas para que a mesma sinta-se capaz e também responsável pela sua recuperação. Assim, o respeito à autonomia relaciona-se com habilitar a pessoa para ultrapassar seu conceito de dependência.¹⁴ Mas, convém reforçar que as pessoas ditas autônomas, também podem errar diante das decisões tomadas, visto que as condições vivenciadas no momento da decisão interferem diretamente em suas ações.

Acredita-se que ao esclarecer os riscos e benefícios relacionados à assistência prestada evita qualquer entrave diante da conduta tomada. É imprescindível que a pessoa a ser cuidada conheça os prós e contras diante de um cuidado realizado, para que a mesma não crie uma expectativa errônea diante da assistência prestada.¹⁵

Um dos relatos apresentados evidencia a ação de preservar a vida, onde o principal objetivo da assistência foi restabelecer a pessoa a ser cuidada hemodinamicamente e a tentativa de salvar o membro torna-se a segunda opção. Neste contexto, decidir qual conduta a ser tomada requer inúmeras reflexões, no entanto é importante estabelecer aquelas que permitem melhores condições de vida. Diante de um ser vulnerado com risco iminente de morte, o ato de proteger está na recuperação do equilíbrio hemodinâmico. Através da fala do participante, percebe-se que o mesmo compreende a sequência das condutas tomadas. Mesmo assim, essa pessoa verbalizou sentir-se fragilizado diante de tal situação sendo incapaz de participar inteiramente do processo de assistência. Nessa situação, há um paradoxo: vive-se em mundo que a cada momento surgem tecnologias que visam melhores condições de vida àqueles que necessitam, logo, por que não pensar na possibilidade conjunta e concomitante de garantir a vida, salvar o membro e possibilitar uma melhor qualidade de vida?

Entende-se que a atuação multidisciplinar resulta numa maior segurança quanto à decisão tomada, possibilitando maiores benefícios àqueles considerados como grupos de risco. A experiência dos profissionais e o aparato tecnológico disponível são aspectos considerados nas estratégias de cuidados geradas, de acordo com a complexidade da lesão.¹⁵

Os profissionais de saúde devem reconhecer as necessidades das pessoas submetidas à amputação, para que as orientações fornecidas repercutam na recuperação a curto, médio e longo prazo, logo, na prevenção de problemas de saúde associados com a amputação. O cuidado prestado pela equipe deve superar o foco físico e protético; afinal no decorrer de todo o processo de amputação as intervenções psicológicas e sociais, também, são essenciais.¹⁶

As pessoas que recebem o cuidado, por vezes, desconhecem que aquela atenção é um direito e não um favor daquele que a presta. Neste sentido, um dos participantes da pesquisa se expressa elogiando a atuação da equipe de saúde. Mas, pode-se inferir que elogios sinalizados para a atenção dos profissionais evidenciam o desconhecimento da pessoa acerca de seu direito a uma assistência de qualidade.

A bioética da proteção é 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,⁶ e de fornecer/desenvolver técnicas que visem diminuir as incapacidades presentes nos envolvidos.⁴

Ressalta-se, nos relatos apresentados pelos participantes do estudo, que a atuação interdisciplinar é problemática. Os profissionais são vistos pela pessoa com amputação de maneira isolada; há o reconhecimento da função de cada um, mas não a percepção da importância da assistência realizada de maneira interdisciplinar. Todavia, em um processo de assistência quando há uma equipe multidisciplinar, que atua de maneira interdisciplinar, a comunicação é mais efetiva e por consequência, a recuperação e o processo de reabilitação da pessoa a ser cuidada pode ser mais satisfatória.^{11,17-18}

Saber ouvir é essencial; uma concepção, também, articulada às atitudes dos profissionais e às condições de trabalho. Já em 2003, o Governo Federal lançou a Política Nacional de Humanização, com o intuito de promover comunicação entre os gestores, trabalhadores e pessoas atendidas pelo SUS. Nesta, sinalizava-se que ainda que a pessoa a ser cuidada possua corresponsabilidade na produção de saúde, a atenção e a gestão dos processos de trabalho devem ter como foco as necessidades dos cidadãos que buscam atendimento. Assim, o Humaniza SUS, nos seus 10 anos de criação, busca a troca de saberes e o trabalho efetivado através

das equipes multiprofissionais, fundamentado na transversalidade.¹⁹

Nota-se que a precariedade de infraestrutura associada ao atendimento displicente gera uma assistência inadequada o que fere os direitos daqueles que a necessitam. O profissional da saúde é um educador que deveria promover saúde e prevenir doenças e complicações, diminuir os agravos que acometem a sociedade vulnerável.²⁰ Para isso, uma equipe qualificada e valorizada com a garantia de uma infraestrutura e de qualidade é dever do Estado. Contudo, não basta apresentar políticas, tem que fornecer meios para executá-las. Têm-se direitos adquiridos através da constituição e os mesmos devem ser respeitados.

A partir dos relatos, viu-se que quando a assistência é efetuada de modo isolada o resultado esperado pode não ser evidenciado. Julga-se, então, que um plano de tratamento centrado na pessoa deve ser abrangente e desenvolvido desde o início do processo de reabilitação.^{17,20} Uma reabilitação planejada antes mesmo de ocorrer a amputação, por que há uma equipe que compreenda a importância da instituição precoce da reabilitação.

De acordo com um estudo realizado, os profissionais de saúde, em especial os que trabalham na atenção primária, sentem-se despreparados para prestar assistência àqueles que possuem alguma deficiência, em especial àquelas pessoas submetidas à amputação, mostrando o desconhecimento diante da importância da reabilitação.²¹ A Política Nacional de Promoção à Saúde prevê que grande parte das necessidades em saúde evidenciadas pela população devem ser solucionadas pela assistência prestada na atenção primária.²²

Nessa perspectiva, acredita-se que uma equipe de saúde que conhece, pode planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que proporcionem melhores condições de vida²³ às pessoas vulneradas.²² Contudo, evidencia-se um despreparo do profissional, que exacerba situações que poderiam ser evitadas, tornando o processo de recuperação ainda mais moroso que o esperado.^{21,23}

O estudo ainda evidencia a inexperiência da equipe na atenção integral à pessoa com amputação e seus familiares. Pessoas com amputação e seus respectivos familiares, incluem-se dentre aquelas que apresentam consequências multifatoriais advindas da nova condição de vida e que, por si, torna-se um desafio para os profissionais que prestam a assistência.^{21,23}

No que diz respeito à aquisição de prótese, convém lembrar que o Estado onde o estudo foi

realizado possui apenas um centro de reabilitação de referência e o mesmo não comporta a demanda. Tal problema influencia diretamente no processo de reabilitação da pessoa submetida à amputação, afinal o planejamento dos cuidados deve ser centrado no bem-estar social do paciente, sendo desenvolvido no início do curso de processo de reabilitação.¹⁷

Logo, indaga-se acerca da responsabilidade do Estado diante do gerenciamento de recursos. Em 2012, surgiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual institui incentivo financeiro para os centros de atenção especializados em reabilitação com o objetivo de garantir o acesso às pessoas que necessitam do serviço.²⁴

A partir da análise dos relatos apresentados, considera-se que o fluxo de atendimento percorrido pelos participantes do estudo foi efetuado de forma desorganizada e há falta de informação a respeito dos direitos que cada pessoa possui em relação a sua nova condição. Tal achado não corrobora com a legislação vigente no Brasil, na qual o capítulo II, artigo 23, da Constituição Federal discorre que cabe à União, Estados e Municípios fornecerem condições de saúde e assistência pública às pessoas portadoras de deficiências.³ Nesta direção, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, surge para possibilitar a execução de tal direito garantido na Constituição Federal.

Quanto à qualidade do material da prótese, foi abordado por um dos participantes, afinal um material de má qualidade influencia diretamente na questão do uso ou não da prótese. A portaria que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência prevê a disponibilidade de recursos para a aquisição de materiais para o fornecimento de prótese.²³

Já, no que diz respeito a não aquisição da prótese, a mesma está relacionada à burocracia requerida em todo o processo de amputação, evidencia mais uma situação de vulnerabilidade. Nesta direção, temos o Estado que deveria contextualizar os entraves e o excesso de burocracia e viabilizar a garantia de atendimento às pessoas que necessitam.

Novamente, a Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiência surge para eliminar as dificuldades de acessos aos serviços de reabilitação, além dos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde.²³ No entanto, por ser algo inovador, os resultados dessa rede serão evidenciados no futuro, que não pode ser distante, visto que a sociedade necessita sentir-se segura diante dos serviços de assistência disponíveis.

CONSIDERAÇÕES

O estudo traz como potencialidades a reflexão da assistência à pessoa com amputação a partir do olhar da bioética, visto que os estudos acerca dessa temática focalizam a discussão na caracterização dos envolvidos, nos cuidados dos profissionais e na vivência dessas pessoas com a amputação. Ou seja, não há estudo prévio que tenha analisado as questões bioéticas no processo de assistência à saúde da pessoa com amputação.

Portanto, considerou-se que a bioética de proteção e intervenção é uma possibilidade produtiva para o processo de reflexão da assistência prestada à pessoa com amputação. Ressalta-se que ambas corroboram nas argumentações esmiuçadas acerca dos vários e diferentes subsídios oriundos das políticas públicas de saúde capazes de intervir na qualidade da assistência prestada e de transformar ou não as pessoas submetidas à amputação competentes para refletirem a sua reabilitação e a sua nova condição de vida.

Além disso, no intervalo de quase quatro anos que os mesmos submeteram-se à respectiva amputação, evidenciou-se precária situação de independência física, social e econômica. Enfim, os resultados dessa investigação qualitativa não comportam generalizações, mas permitem questionamentos: o direito dessas pessoas à cidadania está sendo garantido? A questão é: desconhecimento das pessoas com amputação e/ou da equipe de saúde, ou a desestrutura do processo de assistência à saúde?

Há necessidade de estudos que focalizem a atuação às pessoas com amputação, constatando se acontece ou não sua readaptação à nova condição de vida e o desenvolvimento de uma vida com qualidade. Evidencia-se que a atuação do profissional no decorrer do processo de assistência à pessoa com deficiência é relevante para a reabilitação à “nova vida”, e faz-se necessário reconhecer, a partir da perspectiva desses profissionais, qual é a rede de atenção estabelecida diante da assistência prestada à pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 3.298, 20 de dezembro de 1999. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência [página na internet]. Brasília (DF). [acesso 2012 Mai 01]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [página na internet]. 2013 [acesso 2013 Ago 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm
3. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência [página na internet]. Brasília (DF): MS; 2010 [acesso 2012 Mai 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf
4. 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 [página na internet] – Módulo V: Doenças crônicas não transmissíveis. 2013 [acesso 2013 Ago 30]. Disponível em: http://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf
5. Siqueira BR, Schramm FRA. Bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1241-50.
6. 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.
7. Junges JR. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009 [acesso 2013 Ago 27]; 13(29). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200004&lng=en&nrm=iso
8. Gomes R. 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.
9. Alvarsson A, Sandgren B, Wendel C, Alvarsson M, Brismar K. A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented? *Cardiovasc Diabetol* [online]. 2012 [acesso 2013 Jul 10]; 11(18):1-11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362773/pdf/1475-2840-11-18.pdf>
10. Holman N, Young RJ, Jeffcoate WJ. Variation in the recorded incidence of amputation of the lower limb in England. *J Vasc Surg* [online]. 2012 [acesso 2013 Jul 20]; 55(7):1919-25. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-012-2468-6/fulltext.html>
11. Andrews KL. The at-risk foot: what to do before and after amputation. *J Vasc Nurs*; 2011 [acesso 2013 Jul 15]; 29(3):120-3. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030311001142#>
12. Fontes WD, Barboza TM, Leite MC, Fonseca RLS, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem:

- interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul Enferm* [online]. 2011 [acesso 2013 Set 6]; 24(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso
13. Gabarra LM, Crepaldi MA. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia*, 2009 [acesso 2012 Mai 10]; (30):59-72. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06.pdf>
 14. Vargas MAO. Ética em saúde: autonomia do usuário com DCNT. 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 VII: Doenças crônicas não transmissíveis*, 2013b [acesso 2013 Ago 13]. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12091/mod_resource/content/3/Modulo7_DoencasCronicas.pdf
 15. Magalhães CEV, Ferreira E. Doença vascular periférica acima e abaixo do diafragma: a equipe médica e intervencionista devem atuar juntos? *Rev HUPE* [online]. 2013 [acesso 30 2013 Ago 30]; 12(Sup11):81-92. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7086/5078>
 16. Liu F, Williams RM, Liu HE, Chien NH. The lived experience of persons with lower extremity amputation. *J Clin Nurs* [online]. 2010 [acesso 2013 Ago 15]; 19(15-16):2152-61. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03256.x/pdf>
 17. Latlief G, Elnitsky C, Hughes SH, Phillips SL, Koss LA, Kent R, et al. Patient safety in the rehabilitation of the adult with an amputation. *Phys Med Rehabil Clin N Am* [online]. 2012 [acesso 2013 Ago 15]; 23(2):377-92. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S1047965112000198/1-s2.0-S1047965112000198-main.pdf?_tid=610b35f8-20d3-11e3-bebb-00000aabb0f01&acdnat=1379557979_ad029fdcc5c7610c2aee39416b097de9
 18. Schoeller SD, Silva DMGV, Vargas MAO, Borges AMF, Pires DEP, Bonetti A. Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. *Rev Enferm UFPE* [online]. 2013 [acesso 2013 Ago 15]; 7(2):445-51. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3351/5326>
 19. Ministério da Saúde (BR) Política Nacional de Humanização [página na internet]. Brasília (DF): MS; 2004 [acesso 2013 Ago 19]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf
 20. Senra H, Oliveira RA, Leal I, Vieira C. Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clin Rehabil* [online]. 2012 [acesso 2012 Ago 17]. 26(2):180-91. Disponível em: <http://cre.sagepub.com/content/26/2/180.full.pdf+html>
 21. Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter Mov* [online]. 2012 [acesso 2013 Ago 23]; 25(2). Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000200020&lng=en&nrm=iso
 22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde [página na internet]. Brasília (DF): MS; 2006 [acesso 2013 Ago 19]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>
 23. Mattioni FC, Budó MLD, Schimith MD. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2011 Jun [acesso 2014 Jan 15]; 20(2):263-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200007&lng=pt
 24. Brasil. Portaria n. 793 de 24 de abril de 2012. Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [online]. 2012 [acesso 2013 Ago 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html