



**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**

ANA MARIA FERNANDES BORGES

**O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO À LUZ
DA BIOÉTICA**

**FLORIANÓPOLIS – SC
2013**

ANA MARIA FERNANDES BORGES

**O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO À LUZ
DA 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

Coorientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller

**FLORIANÓPOLIS – SC
2013**

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

Borges, Ana Maria Fernandes
O Cuidado à Saúde da Pessoa com Amputação à Luz da
Bioética / Ana Maria Fernandes Borges ; orientadora, Mara
Ambrosina de Oliveira Vargas ; co-orientadora, Soraia
Dornelles Schoeller. - Florianópolis, SC, 2013.
160 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Pessoa com Amputação. 3. Bioética. 4.
Pessoal de Saúde. 5. Assistência à Saúde. I. de Oliveira
Vargas, Mara Ambrosina. II. Dornelles Schoeller, Soraia.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

ANA MARIA FERNANDES BORGES

**O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO À LUZ
DA BIOÉTICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 17 de outubro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Área de Concentração: Educação, Trabalho e Saúde em Enfermagem.

Florianópolis, 17 de outubro de 2013



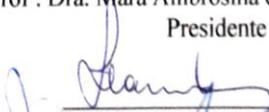
Prof.^a Dra. Vânia Marli Schiubert Backes

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem

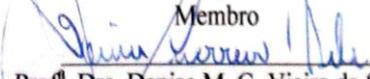
Banca Examinadora:



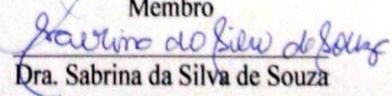
Prof.^a Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Presidente



Prof.^a Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
Membro



Prof.^a Dra. Denise M. G. Vieira da Silva
Membro



Dra. Sabrina da Silva de Souza
Membro

*Dedico esta dissertação à família que
escolhi: ao meu “noivorido” Mateus e à
minha filha Manuela que em breve
estará em meus braços.
E também ao meu Pai Adão, à minha
Mãe Cida e ao meu irmão João Paulo.*

*Todos vocês contribuíram para eu
chegar até aqui!
Amo mais que tudo!!!*

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a **Deus** em primeiro lugar, afinal sem Ele em meus pensamentos este estudo seria só mais um! Em orações a Ele renovo minhas forças e busco inspirações para sempre seguir em frente. Obrigada meu Deus por tudo que me proporcionaste e irás proporcionar, sou eternamente grata!*

*A **minha filha** Manuela, que mesmo intraútero, foi uma parceira nesta jornada! Seus chutes no momento de escrever eram como palavras de incentivo. Muito obrigada meu amorzinho, não vejo a hora de tê-la em meus braços! Já te amo incondicionalmente!*

*Ao **meu “noivorido”**, companheiro, parceiro, amigo, confidente, Mateus... Amo-te tanto que com palavras não sei descrever! Amor que chegou de mansinho e que em tão pouco tempo transformou minha vida para algo ainda melhor. Obrigada pelo colo, pelas palavras de apoio, por me ouvir nos meus momentos de angústia, obrigada, obrigada, obrigada!*

Essa conquista é nossa, para a nossa família!

*Ao **meu Pai**, meu primeiro professor, aquele que me ensinou os valores que possuo hoje, aquele que sempre incentivou meus estudos e esteve ao meu lado a cada conquista! Sempre muito obrigada! Pai, eu te amo!*

*A **minha Mãe**, minha motorista, com ela aprendi o que é carinho, amor, aprendi a valorizar ao próximo. Mãe, obrigada pelas suas interrupções nos momentos em que eu estava mais concentrada, com elas eu dava foco a outras coisas que estavam ao meu redor. Obrigada pelos sucos no café da manhã, por “matar” meus desejos no café da tarde. Não tenho palavras para te agradecer pela parceria! A melhor mãe do mundo é a minha! Eu te amo muito!*

*Ao **meu irmão** João Paulo, com você aprendi a pensar em dois, a dividir... Obrigada por sempre me escutar e me dar conselhos, mesmo sendo o caçula! (risos) Amo-te maninho, Tio da Manu, que no momento está tão longe, mas muito perto em meus pensamentos! Eu te amo! Vem logo, estamos te esperando!*

Aos **meus sogros** por sempre incentivarem esta caminhada, especialmente a Laura, minha mãe sogra, minha amiga!

Laura, obrigada pelo carinho que disponibilizaste a mim, um carinho de mãe... Obrigada!

Aos **familiares e amigos**, obrigada por fazerem parte da minha vida... Nela, vocês são essenciais, tenho um carinho especial por todos... Obrigada por estarem sempre me fornecendo incentivos! Grande beijo!

A **minha orientadora**, Prof. Mara, mais uma gaúcha em minha vida, que tornou-se uma amiga, mesmo com tantas diferenças respeitamos nossas particularidades! Obrigada pelos ensinamentos que disponibilizaste a mim e também por acreditares no meu potencial! Prof. Mara, meu muito obrigada!

A **minha coorientadora**, Prof. Soraia, que está comigo desde a graduação, outra gaúcha em minha vida (risos), você me mostrou um novo caminho na pesquisa, e nele desejo continuar pesquisando. Obrigada por tudo, sempre!

Prof Mara e Prof. Soraia, sei que da nossa parceira ainda nascerão muitos frutos! Vocês são especiais!

Aos **colegas da Pós-graduação**, obrigada pelo compartilhamento de conhecimentos, pelos momentos de reflexão, aprendizado e discussões... Obrigada também pelas palavras de incentivo, elas sempre nos revigoram! Um beijo e um queijo para vocês!

Aos **alunos da graduação** que me ajudaram na coleta dos dados, especialmente à Erika, que foi meu braço esquerdo e direito! Erika, obrigada pela companhia nas entrevistas e por sempre estar disposta a ajudar! Lembre-se de que às vezes o caminho que percorremos não é fácil, mas no final sempre há um aprendizado, uma recompensa! Sucesso na sua carreira!

Aos **membros da Banca Examinadora**, por aceitarem o convite de participar deste momento tão especial para mim!

Aos **participantes deste estudo**, que abriram as suas casas e me receberam tão bem, sem vocês, nada disso faria sentido! Obrigada por dividir comigo as suas histórias!

Enfim, foram quase 1000 km percorridos, aventuras no meio do “nada”, paisagens lindas! Obrigada a todos por tudo!

Termino essa jornada com sensação de dever cumprido e renovando energias para os próximos desafios!

Grande beijo da Ana Borges!

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

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Coorientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller

RESUMO

Introdução: A assistência prestada à pessoa com amputação deve oferecer condições que favoreçam sua inserção à sociedade, mesmo com as limitações que lhes foram acometidas. Conhecer essa população permite a formação/fortalecimento de ações de políticas públicas, além de contextualizar a assistência à saúde à pessoa com amputação.

Objetivos: Caracterizar as cirurgias de amputação realizadas em membros, exceto extremidades, entre 2008- 2010, atendidas pelos hospitais públicos da Grande Florianópolis quanto ao tipo de amputação, sexo, faixa etária, procedência, causa do agravo; analisar a assistência prestada pelos profissionais em todo processo de amputação na perspectiva da pessoa com amputação; articular o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação à análise bioética.

Metodologia: Estudo quanti-qualitativo, descritivo, exploratório. Inicialmente, realizou-se uma pesquisa através da busca dos registros de cirurgias de amputação de membros, exceto extremidades. Buscaram-se dados quanto ao sexo, idade, tipo e ano da amputação, causa do agravo e procedência. Após, foram realizadas entrevistas com 18 participantes, além de busca aos prontuários dos mesmos sobre causas de bases, doenças associadas e amputações anteriores. Para análise quantitativa dos dados utilizou-se o programa estatístico SEstatNET e para os dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo temática. O estudo possui aprovação pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 95.521. **Resultados:** Foram divididos em dois manuscritos, no primeiro manuscrito intitulado: “Caracterização das cirurgias de amputação realizadas em hospitais públicos de referência”, foram realizadas no período estudado 206 cirurgias de amputação de membros, exceto extremidades. Sendo 69,4% (143) homens, cuja média de idade foi 59,7 anos. As causas de amputação relacionaram-se a: causas externas, doença vascular, gangrena, processo infeccioso, neoplasias, complicações diabéticas e

outros. Já no segundo manuscrito intitulado: “O cuidado à saúde da pessoa com amputação: análise na perspectiva da Bioética”, dos 18 participantes que realizaram a entrevista, doze eram homens e cerca de 80% (14) dos entrevistados eram maiores de 50 anos, após a transcrição e análise do material coletado, emergiram quatro categorias: o processo de amputação; atuação da equipe; reabilitação; aquisição e o uso da prótese. **Discussão:** No primeiro manuscrito, constatou-se que os homens são a maioria e os mesmos são mais jovens que as mulheres. As causas externas foram um dos motivos relacionados à amputação e atinge os adultos jovens e conforme o aumento da idade, maior é a relação com as doenças crônico-degenerativas. É importante que os profissionais de saúde estabeleçam ações que promovam à saúde e diminuam o índice desses agravos. O segundo manuscrito, mostra a bioética como possibilidade de reflexão acerca da assistência prestada à pessoa com amputação e remete a problematização da relação entre o processo de assistência à saúde com os subsídios disponibilizados através das políticas públicas de saúde. Os sentimentos desencadeados por aqueles que são submetidos à amputação se assemelham e a atuação da equipe é primordial para a recuperação dessa pessoa. A pessoa submetida à amputação deve ser munida de informações a respeito da sua condição para que a mesma possa exercer sua autonomia. **Considerações:** Medidas de prevenção e promoção à saúde são essenciais para diminuição do índice de amputação, faz-se necessário que práticas educativas sejam adotadas. Assim, refletir a respeito da bioética no contexto do cuidado prestado possibilita pensar em uma assistência de qualidade que repercute no sucesso da recuperação da pessoa submetida à amputação.

Descritores: Amputação; Pessoal de Saúde; Bioética; Assistência à Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

BORGES, Ana Maria Fernandes. **Health Care for People with Amputation in Light of Bioethics.** Florianópolis – SC. 2013. 156p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Coorientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller

ABSTRACT

Introduction: The assistance offered to amputated people should provide conditions that favor their integration into society, even with the limitations that were awarded. Knowing this population allows the formation/strengthening of public policy actions, in addition to contextualize health assistance to people with amputation. **Objectives:** To characterize the amputation surgery undertaken in members except limbs between 2008-2010, occurred into the public hospitals in Florianópolis regarding the type of amputation, sex, age, origin, reason of the complication; to analyze the assistance offered by all professionals in the process of amputation in the perspective of the amputated people; to identify the process of assistance to the health of the amputee in the bioethics perspective. **Methodology:** A qualitative and quantitative research with a descriptive and exploratory approach. Initially we conducted a research through the examination of logs of the surgeries of amputation, except limbs. The main aspects that were evaluated were related to sex, age, type and year of amputation, reasons of complications and source. Then, we interviewed 18 participants, besides looking at the medical records in order to identify the base on the causes, the associated diseases and some previous amputations. For the quantitative analysis of the data we used the statistical program SEstatNET and for the qualitative analysis we used the thematic content analysis. The Ethics Committee under the No. 95,521; approved the study. **Results:** The results were divided in two manuscripts; the first entitled "Characterization of the amputation surgery undertaken in public hospitals of reference" were performed 206 amputation surgeries except limbs during the study period. OF them 69.4% (143) men, whose average age was 59.7 years. The amputation causes were related to external causes, vascular disease, gangrene, infectious processes, tumors and other diabetic complications. In the second manuscript entitled:

"The health care of the amputated person: under the bioethical analysis" of the 18 participants who were interviewed, twelve were men and about 80% (14) of respondents were older than 50 years old, after the transcription and analysis of the collected material, four categories emerged: the process of amputation; the acting of the professional team, the rehabilitation, the acquisition and use of prosthesis. **Discussion:** In the first manuscript was found that most men are amputated and they are younger than women. External causes were one of the reasons related to amputation and impacts into young adults, the greater the age exists most probabilities of relationship with a chronic degenerative diseases. It is important for health professionals to establish actions that promote health and reduce the rate of complications. The second manuscript shows the possibility of using bioethics as a reflection on the assistance offered to the amputated people and refers to problematize the relationship between the process of health care with available subsidies through public health policies. Those who suffered an amputation experienced some triggered feelings and the performance of the professional team is essential to the recovery of this person. The amputated person must be informed regarding his/her condition so he/she can exercise autonomy. **Final Considerations:** The Prevention and the health promotion are essential to reduce the level of amputation; it is necessary that educational practices be adopted. Therefore, think about bioethics in the care context enables to think quality care that affects the success of the recovery of the amputated person.

Descriptors: Amputation; Personal Health; Bioethics; Health Assistance; Public Health Policy.

BORGES, Ana Maria Fernandes. El cuidado a la Salud de Personas con Amputación a la Luz de la Bioética.

Florianópolis – SC. 2013. 156p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013

Orientadora: Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Coorientadora: Dra. Soraia Dornelles Schoeller

RESUMEN

El cuidado a la Salud de Personas con Amputación a la Luz de la Bioética

Introducción: La asistencia ofrecida a personas con amputación debe ofrecer condiciones que favorezcan su inserción a la sociedad, aún con las limitaciones que le fueran adjudicadas. Conocer esta población permite la formación/fortalecimiento de acciones de políticas públicas, además de contextualizar la asistencia a la salud de personas amputadas.

Objetivo: Caracterizar las cirugías de amputación realizadas en miembros, excepto extremidades entre 2008-2010, atendidas por los hospitales públicos de la Grande Florianópolis con relación al tipo de amputación, sexo, edad, procedencia, causa de la complicación, analizar la asistencia ofrecida por los profesionales en todo en proceso de amputación en la perspectiva de la persona amputada; articular el proceso de asistencia a la salud de la persona amputada en la perspectiva bioética.

Metodología: Estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, exploratorio. Inicialmente se realizó una investigación a través de la búsqueda de los registros de cirugías de amputación de los miembros, excepto extremidades. Se indagaron datos relacionados con el sexo, edad, tipo y año de amputación, causa de complicaciones y procedencia. Después, fueron realizadas entrevistas con 18 participantes, además de buscar en los expedientes clínicos de los mismos sobre las causas de bases, enfermedades asociadas y amputaciones anteriores. Para el análisis cuantitativo de los datos fue utilizado el programa estadístico SEstatNET y para los datos cualitativos fue utilizado el análisis de contenido temático. El estudio obtuvo la aprobación por el Comité de Ética sobre el comprobante nº 95.521. **Resultados:** Fueron divididos en dos manuscritos, el primero titulado: “Caracterización de las cirugías de amputación realizadas en hospitales públicos de referencia”, fueron

realizadas en el período estudiado 206 cirugías de amputación de miembros, excepto extremidades. Siendo 69,4% (143) hombres, cuya edad media fue de 59,7 años. Las causas de amputación se relaciona con causas externas, enfermedad vascular, gangrena, proceso infeccioso, neoplasias, complicaciones diabéticas y otros. Ya en el segundo manuscrito titulado: “El cuidado a la salud de la persona amputada: análisis en la perspectiva bioético”, de los 18 participantes que realizaron la entrevista, doce eran hombres y cerca del 80% (14) de los entrevistados eran mayores de 50 años, después de la transcripción y el análisis del material recolectado, emergieron cuatro categorías: el proceso de amputación; la actuación del equipo profesional; rehabilitación; adquisición y uso de prótesis. **Discusión:** En el primer manuscrito se constató que los hombres son mayoría y mucho más jóvenes que las mujeres. Las causas externas fueron uno de los motivos relacionados con la amputación y atinge los adultos jóvenes y conforme la edad aumenta, mayor es la relación con las enfermedades crónico-degenerativas. Es importante que los profesionales de salud establezcan acciones que promuevan la salud y disminuyan el índice de complicaciones. El segundo manuscrito, muestra a bioética como posibilidad de reflexión sobre la asistencia ofrecida a la persona con amputación y remite a problematizar la relación entre el proceso de asistencia de salud con los subsidios disponibles a través de las políticas públicas de salud. Los sentimientos desencadenados por aquellos que son sometidos a amputación son similares y la actuación del equipo profesional es primordial para la recuperación de esta persona. La persona amputada debe ser informada con relación a su condición para que pueda ejercer autonomía. **Consideraciones finales:** Medidas de prevención y promoción a la salud son esenciales para disminuir el índice de amputación, se hace necesario que prácticas educativas sean adoptadas. Así reflexionar sobre bioética en el contexto asistencial posibilita pensar en una asistencia de calidad que repercute en el éxito de recuperación de la persona amputada.

Descriptor: Amputación; Personal de Salud; Bioética; Asistencia a Salud; Políticas Públicas de Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVEA	Ambiente Virtual de Ensino-aprendizagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDPD	Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
HU	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
HGCR	Hospital Geral Celso Ramos
HRSJ	Hospital Regional Homero Miranda Gomes/São José
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSC	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina/São José
OMS	Organização Mundial da Saúde
PubMed	Banco de dados de artigos científicos
SES-SC	Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina
SEstatNET	Programa Estatístico virtual
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELA

Tabela 01: Cirurgias de amputação realizadas, segundo idade, sexo e causa nos hospitais públicos de referência na Grande Florianópolis, entre os anos 2008 a 2010 **78**

LISTA DE DIAGRAMA E FLUXOGRAMA

Diagrama 01: Categorias utilizadas para organização dos estudos encontrados **48**

Fluxograma 01: Percurso metodológico realizado para coleta dos dados **63**

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 01: Artigos selecionados segundo ano e categorias pré-estabelecidas. **49**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
1.1 Questões de Pesquisa	35
1.2 Objetivos	36
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	39
2.1 Deficiência e Incapacidade	39
2.2 Amputação	41
2.3 Processo de reabilitação da pessoa com amputação	43
2.4 A equipe de saúde e assistência prestada à pessoa com amputação	47
2.5 Bibliometria.....	49
2.6 perspectivas de análise bioética relacionada à pessoa com amputação	53
3 METODOLOGIA	61
3.1 Participantes da Pesquisa.....	61
3.2 Local do Estudo.....	62
3.3 Coleta de Dados.....	64
3.4 Desenho Metodológico.....	65
3.5 Análise dos Dados	67
4 ASPECTOS ÉTICOS	71
5 RESULTADOS	75
5.1 Manuscrito I – Caracterização das cirurgias de amputação realizadas em hospitais públicos de referência	77
5.2 Manuscrito II - O Cuidado à Saúde à Pessoa com Amputação: análise na perspectiva da Bioética	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
8 REFERÊNCIAS	131
9 APÊNDICES	147
9.1 Apêndice A – Protocolo da utilizado para Bibliometria.....	147
9.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.	150
9.3 Apêndice C – Roteiro para realização da entrevista	151
9.4 Apêndice D – Formulário para Coleta de Dados no Prontuário	152
10 ANEXOS	155
10.1 Anexo A – Parecer da Plataforma Brasil.....	155
10.2 Anexo B – Autorização de pesquisa dos hospitais pesquisados.....	156

**CAPÍTULO 1:
INTRODUÇÃO**

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, na Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem está vinculada ao Macro Projeto intitulado “Pessoas submetidas à Amputação Clínica ou Traumática: uma análise sob a perspectiva da Bio/Ética”, sob a coordenação da Professora Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas que pertence ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Educação, Saúde e Cidadania e integra a linha de pesquisa Processo de Trabalho em Enfermagem e Saúde/Subjetividade e Ética.

Ao pensarmos a respeito da deficiência física, podemos nos questionar sobre o que é considerado como deficiência. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2012) a deficiência é intrínseca à condição humana. Acredita-se que em algum momento de nossas vidas teremos algum tipo de deficiência, seja ela temporária ou permanente. Assim, considera-se que a maioria das famílias possui um familiar deficiente e cabe à pessoa não deficiente e a sociedade, prestar assistência a esse indivíduo (OMS, 2012).

A deficiência insere-se em um contexto amplo que requer intervenções necessárias para que sejam superadas as dificuldades/desvantagens impostas por ela, as quais são múltiplas, sistêmicas e variam de acordo com a nova condição de vida (OMS, 2012). Ao encontro do debate sobre deficiência, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), em 2006, dispõe sobre a necessidade de promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência. Do mesmo modo, no Brasil em 2007, ocorreu a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a qual também enfatiza 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, 2007, p. 16).

Estima-se que 15,6% da população mundial, com 15 anos ou mais, possui algum tipo de deficiência e destes 2,2% possuem dificuldade funcional (OMS, 2012). A Organização Pan-americana de Saúde afirma que 98% dos 85 milhões de deficientes não têm assistência adequada na América Latina, sem acesso aos direitos constitucionalmente adquiridos (ELIAS; MONTEIRO; CHAVES, 2008).

No Brasil, segundo o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 24% da população brasileira possui alguma deficiência investigada (visual, auditiva, motora, mental/intelectual). A deficiência motora representa 6,95% da população, cerca de 13 milhões de brasileiros, dos quais 5,33% são homens e 9,75% são mulheres. Na região Sul, a população com deficiência motora equivale a quase 2 milhões de brasileiros (7,09%), sendo que 5,59% são homens e 8,545 são mulheres. Já no Estado de Santa Catarina, os catarinenses com deficiência motora são 419.193 (6,7%), destes 5,27% são homens e 8,12% são mulheres (IBGE, 2013).

Já em 2003, Neri (2003) aponta que dentre a população de deficientes físicos, as pessoas que possuem a falta de um membro ou parte dele é equivalente a 5,32%. Nesta perspectiva, a falta de um membro ou parte dele é secundária, normalmente, a uma amputação prévia. Logo, a amputação condiz a uma deficiência física.

A amputação é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e ao longo da história foi considerada a única possibilidade cirúrgica para o homem (CHINI; BOEMER, 2007). Smeltzer e Bare (2009) a conceituam como a retirada de uma parte do corpo, a qual tem como objetivo abrandar os sintomas, proporcionar melhora da função e possibilitar qualidade de vida à pessoa amputada. É considerada uma cirurgia ortopédica que consiste em conservar o maior comprimento possível do membro. As mesmas autoras afirmam que o sucesso da amputação e sua efetividade, por meio da recuperação bem-sucedida, estão relacionados com a realização da amputação no ponto mais distal, e deve-se considerar o sítio da amputação através da circulação da região e a utilidade funcional, tais fatores proporcionam/potencializam o uso da prótese futuramente.

Reportando-me ao 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 DE SANTA CATARINA, 2011).

Conhecer esta população é de extrema importância para a

sociedade, assim como para a formação/fortalecimento de ações de saúde pública, as quais têm a finalidade de abranger a população de deficientes físicos, como as pessoas com amputação, que apesar de possuírem alguma debilidade, não deve ser impedida de ser inserida no mercado de trabalho, ter acesso à cultura, lazer, transporte adequado, dentre outros fatores que são considerados fundamentais para a condição de saúde e bem-estar.

Para Guarino, Chamlian, Masiero (2007, p. 101) a amputação é um “*desafio a ser superado*” devido às mudanças estéticas no corpo, que influenciam na “*autoestima, mobilidade, na capacidade de realizar as atividades da vida diária, no trabalho e no lazer*”. O processo de amputação desencadeia diversas reações na pessoa com amputação, afinal sua imagem é alterada, muda sua forma de se locomover, o trabalho muda, fatores que “fogem” do padrão da normalidade instituído pela sociedade por convenção. Assim, a pessoa com amputação está condicionada a vivenciar alterações biopsicossociais, espirituais e culturais, impulsionadas por diversos sentimentos, podendo eles ser convergentes ou divergentes, e ainda há a dualidade entre a necessidade da cirurgia e a recusa da perda de uma parte de si (CHINI E BOEMER, 2007; PAIVA E GOELLNER, 2008; GALVÁN E AMIRALIAN, 2009; GABARRA E CREPALDI, 2009). Enfim, as mudanças ocorridas por meio da amputação requerem reformulação da identidade da pessoa com amputação, desencadeando uma nova experiência. O não reconhecimento da nova condição pela pessoa com amputação pode influenciar na sua saúde e no seu desenvolvimento no processo de reabilitação (GALVÁN; AMIRALIAN, 2009).

Após a amputação, a pessoa deve ser reinserida na sociedade e a reabilitação é importante para tal inserção. Afinal, a dependência é um dos motivos de preocupação da pessoa com amputação. “*A não realização das atividades cotidianas, ou a realização com auxílio, leva o paciente a sentimentos de inferioridade, baixa-estima e preocupação*”. Todos os sentimentos desencadeados pela amputação devem ser considerados pelos profissionais de saúde que prestam a assistência à pessoa com amputação. “*Olhar a pessoa amputada, a partir da sua perspectiva, permite um cuidar direcionado à singularidade da pessoa e à particularidade da experiência por ela vivida*”. A pessoa a ser cuidada deve ser vista de maneira integral e como parte essencial do seu processo de cuidar (CHINI E BOEMER, 2007, p. 6).

A enfermagem é uma das profissões que mais atua no processo do cuidado às pessoas que necessitam de assistência em saúde. No entanto, o trabalho interdisciplinar é essencial para que todos os planos

de recuperação da pessoa a ser cuidada sejam alcançados. A reabilitação integra-se no processo de cuidar e volta-se para o desenvolvimento/adaptação da funcionalidade do indivíduo, promovendo a sua inclusão social, na qual a equipe multidisciplinar deve atuar de forma interdisciplinar para atingir o indivíduo em sua totalidade. *“A qualidade da inclusão social que o sujeito venha a obter está relacionada à sua maior ou menor independência tanto física quanto emocional, exige maturidade da equipe de reabilitação”* (BORGNETH, 2004, p. 58).

Após a amputação, desencadeiam-se diversas alterações biopsicossociais que estão relacionadas como a nova condição de vida e a aceitação ou não desta condição por parte da pessoa e de sua família. Desta forma, os profissionais da saúde são essenciais para que a assistência prestada proporcione a adaptação da pessoa com amputação a sua nova condição. E para que haja profissionais de saúde que desenvolvam competências para possibilitar as intervenções necessárias às pessoas com amputação é importante a presença de políticas públicas que potencializem o desenvolvimento dessas ações.

A própria Constituição de 1988, em seu artigo 23, capítulo II, afirma 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”* (BRASIL, 2010, p. 3). De acordo com a Constituição Federal e os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) surgem assim decretos e leis de apoio às pessoas com deficiência e sua integração social, prioridades ao atendimento, critérios de promoção da acessibilidade. Em 2002, através da Portaria nº1.060 MS/GM – 5 de junho de 2002 é instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, resultado de *“múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais”* (BRASIL, 2010, p. 5).

Schneider (2010) mostra que somente com a articulação das políticas públicas haverá a consolidação dos princípios do SUS, visto que os profissionais de saúde frente às grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a escassez de investimentos e a melhor qualificação de recursos humanos, deparam-se com extensivos dilemas éticos.

Nesta direção, Vargas e Ramos (2011, p. 877) sinalizam que a responsabilidade está vinculada a valores e interesses de uma sociedade para privilegiar o mercado da saúde, fatos que levam a uma ambivalência entre a *“responsabilidade de dever ser e a autonomia com capacidade de escolha”*. Assim, o processo de assistência à saúde pode

evidenciar, muitas vezes, uma relação dicotômica entre os princípios éticos que norteiam os profissionais de saúde e os valores que as pessoas submetidas a essa assistência possuem. Logo, o processo de trabalho em saúde pode ser diferente em cada instituição de saúde.

Neste contexto, vê-se que a discussão ética e bioética possibilita refletir a respeito da estrutura e do funcionamento dos sistemas públicos de saúde. Afinal, o Estado possui responsabilidade social quanto ao gerenciamento de recursos, o controle social, os recursos humanos qualificados e a constante atualização dos códigos de ética dos profissionais envolvidos na assistência à saúde e dos currículos pedagógicos das universidades (GARRAFA, 2012). Assim, o Estado torna-se [ou deve tornar-se] responsável eticamente para promover condições de saúde à população. Nos diferentes cenários de cuidado o profissional pode desenvolver e aprimorar as relações bioéticas que surgem no decorrer de suas ações em saúde.

Então, a partir de um levantamento bibliográfico realizado na Plataforma de Periódicos CAPES viu-se que há as publicações que envolvem a amputação relacionam com a temática de prevenção; causas e associações; indicação para amputação; sobre momento e após a amputação. Vale ressaltar que nas produções veem crescendo nos últimos anos, e o idioma predominante nestas publicações é o inglês. No entanto, entre todas as publicações selecionadas a temática bioética não foi mencionada como modo a refletir a respeito da assistência prestada durante o processo de amputação.

Logo, julga-se importante refletir e contextualizar o cuidado à saúde da pessoa submetida à amputação durante todo o processo de amputação, articulando com a análise bioética deste processo. Neste sentido observa-se uma lacuna do conhecimento relacionada à questão da amputação e a bioética, visto que, por vezes, o cuidado à saúde não é refletido eticamente em todo o contexto da assistência e assim influenciando no processo de recuperação daquele que necessita de cuidados, neste caso a pessoa com amputação.

1.1 Questões de Pesquisa

Qual a característica das amputações realizadas nos hospitais públicos de referência da Grande Florianópolis, no período de 2008 a 2010? Como ocorreu o cuidado à saúde da pessoa submetida à amputação de membros na perspectiva das mesmas à luz da bioética?

1.2 Objetivos

- Caracterizar as amputações de membros, exceto extremidades, realizadas no período de 2008 a 2010, pelos hospitais públicos da Grande Florianópolis quanto ao tipo de amputação, ao sexo, à faixa etária, à procedência, à causa do agravo;
- Analisar a assistência prestada pelos profissionais em todo processo de amputação na perspectiva da pessoa com amputação;
- Articular o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação à análise bioética.

**CAPÍTULO 2:
SUSTENTAÇÃO TEÓRICA**

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Para compor a sustentação teórica desse projeto, inicialmente foi realizada uma busca através de artigos científicos, teses e dissertações, indexados nas bases de dados do PubMed e BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) nos últimos cinco anos, pelos descritores: *amputation, epidemiology, rehabilitation*. Cabe ressaltar que se fez também, uma busca por políticas públicas que abordavam o tema deficiência física e amputação, livros de relevância do tema de pesquisa, além de trabalhos disponibilizados no acervo digital da Biblioteca Universitária da UFSC.

2.1 Deficiência e Incapacidade

A deficiência está caracterizada pela perda ou anormalidade de estrutura ou função, sendo ela relacionada a toda alteração do corpo/aparência física, de um órgão ou de uma função, independente da causa (OMS, 2012; BRASIL, 1999).

A OMS (2012) e CDPD (2006) afirmam que a deficiência é resultado da interação entre as barreiras comportamentais e ambientais das pessoas com deficiência, as quais as impedem de participar plenamente na sociedade de maneira igualitária. O ambiente é um fator relevante para a pessoa com deficiência física, o qual pode ser modificado para melhoria da saúde, evitando incapacidade e proporcionando melhorias na qualidade de vida da pessoa com deficiência (OMS, 2012).

A deficiência faz parte da condição humana e em algum momento da vida pode-se ter algum tipo de deficiência. Ela surge da interação de diversos fatores: problemas de saúde, fatores ambientais e pessoais. A deficiência é atribuída ao momento em que se encontram dificuldades em uma ou nas três áreas de funcionalidade. (OMS, 2012). A funcionalidade humana é caracterizada em três níveis: ao nível do corpo ou parte do corpo, sua função e estrutura corporal; da pessoa integralmente, suas atividades realizadas; em um contexto social, a sua participação (OMS, 2012).

A deficiência afeta seja a criança recém-nascida com uma condição congênita tal como paralisia cerebral, seja o jovem soldado que perde sua perna ao pisar numa mina terrestre, a mulher de meia idade que sofre de artrite severa, ou o idoso que sofre de demência, entre muitas outras pessoas. As pessoas com deficiência possuem

diversos fatores pessoais com diferenças em termos de gênero, idade, status sócio-econômico, sexualidade, etnia, ou herança cultural. (...) Embora a deficiência seja associada a privações, nem todas as pessoas com deficiência são igualmente desprovidas (OMS, 2012, p.8).

Julga-se que a incapacidade compartilha da disfuncionalidade nos níveis de: “*deficiências, limitações de atividade e restrições à participação*” (OMS, 2002, p.10). Logo, o Relatório da OMS (2012) mostra que a deficiência é geralmente associada à incapacidade. O termo incapacidade é termo abrangente para a deficiência, o qual abrange as limitações/restrições geradas pelo problema de saúde e fatores ambientais e pessoais.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma leitura padrão para a classificação da saúde e dos fatores relacionados à saúde, assim através da CIF é possível descrever alterações/mudanças na função e estrutura corporal e então determinar seu desempenho em relação ao seu ambiente. Para definição da CIF avaliam-se fatores como as funções do corpo (fisiológicas dos sistemas corporais e psicológicas), estruturas do corpo, deficiências, atividade, participação, limitação na atividade, restrições à participação, fatores ambientais. A CIF aborda o modelo biopsicossocial, com isso a avaliação da pessoa com deficiência ou incapacidade está voltada à perda de saúde e não ao ganho da doença (OMS,2012; OMS, 2002).

2.2 Amputação

O conceito de amputação está relacionado à extração de uma parte do corpo com a intenção de proporcionar alívio nos sintomas, melhora/preservação das funções, assim como potencializar melhora na qualidade de vida. A amputação é considerada uma cirurgia ortopédica que consiste em conservar o maior comprimento possível do membro. Assim, o bom resultado da amputação, através da recuperação bem-sucedida, está relacionado com a realização da amputação no ponto mais distal e deve-se considerar o sítio da amputação através da circulação da região e utilidade funcional (SMELTZER; BARE, 2009).

A amputação é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e ao longo da história foi considerada a única possibilidade cirúrgica para o homem (CHINI; BOEMER, 2007). As amputações têm como principais causas as doenças crônicas (doenças vasculares e *Diabetes Mellitus*); deformidades congênitas; tumores; acidentes traumáticos (acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, assaltos); e infecções, podendo ser realizadas em diversos níveis, tanto nos membros superiores como nos membros inferiores. (CHINI; BOEMER, 2007, GABARRA; CREPALDI, 2009).

Os fatores que levam à amputação estão relacionados a uma infecção incontrolável; dor crônica com doença de base de origem vascular; ossos e partes moles destruídos através de doenças vasculares ou traumas, os quais não possuem recuperação; tumores sejam eles benignos ou malignos; deformidades com comprometimento funcional ou estético, as quais podem ser revertidas com o uso de próteses (GABARRA; CREPALDI, 2009).

Retomando os dados já citados, na Grande Florianópolis, entre 2008 a 2010, sabe-se que ocorreram 6280 amputações, dentre elas 35,3% são amputações e/ou desarticulações de membros inferiores (SECRETARIA DE ESTADO DE SANTA CATARINA, 2011). As amputações de membros superiores são mais frequentemente decorrentes de causas traumáticas ou tumorais e raramente são causadas por patologias vasculares, assim elas ocorrem mais por indicações de emergências a eletivas. Consideram-se amputações eletivas as que visam melhorar a qualidade de vida do paciente; e as de emergência são os casos que possuem risco de vida ao paciente (CARVALHO, 2003).

As amputações traumáticas são decorrentes de traumas ou lesões, as quais podem ter sido desencadeadas por acidente de trânsito, acidente de trabalho. Para Silva, et al, (2011), os acidentes de trânsito são mais frequentes e normalmente, atingem as pessoas em idade produtiva,

influenciando diretamente em todo o contexto socioeconômico da pessoa em sua nova condição de vida, sendo que quanto menor o dano tecidual, melhor o prognóstico da lesão. Já Chan, et al, (2009) afirmam que as amputações de membros inferiores geram impacto socioeconômico, devido à perda da capacidade laborativa, de socialização e qualidade de vida.

As amputações são classificadas de acordo com os níveis de amputação dos membros inferiores como: parcial dos dedos do pé (retirada da 1ª e 2ª falange, permanecendo o coto); desarticulação do dedo do pé (retirada total do dedo); transmetatarsica (são retirados os 3º, 4º e 5º metatarso); symes (desarticulação do tornozelo); baixo do joelho – longa (retira-se mais de 30% da tíbia); abaixo do joelho – curta (retira-se menos de 20% da tíbia); desarticulação do joelho (retira-se a paleta, a tíbia e a fíbula, ficando o fêmur totalmente íntegro); acima do joelho – longa (retira-se mais de 60% do comprimento do fêmur); acima do joelho – curta (retira-se menos de 35% do comprimento do fêmur); desarticulação coxofemoral (retira-se totalmente o fêmur); hemipelvectomy (retira-se a metade inferior da pelve); hemicorporectomia (retira-se a parte inferior do corpo, abaixo da L₄ – L₅) (SMELTZER E BARE, 2009).

As amputações abaixo do joelho possuem a preferência, pela importância da manutenção da articulação do joelho. A desarticulação do joelho é a melhor adaptada em jovens amputados, pois eles conseguem desenvolver o controle da prótese. Nas amputações acima do joelho, busca-se preservar o maior comprimento possível para a estabilidade dos músculos, já que com a desarticulação do quadril a pessoa amputada pode necessitar o uso da cadeira de rodas e impossibilitar o uso de prótese. Nas amputações de membros superiores, busca-se a manutenção do maior comprimento possível para evitar um comprometimento funcional maior, e assim permite que a prótese seja adaptada mais rapidamente possível (SMELTZER; BARE, 2009). As mesmas autoras falam sobre a amputação estagiada, utilizada na ocorrência de gangrena ou infecção. Primeiramente, retira-se o tecido necrótico e infectado, sendo a ferida debridada e drenada e a infecção tratada por antibiótico-terapia, somente após a infecção controlada é realizada a amputação definitiva.

2.3 Processo de reabilitação da pessoa com amputação

Paiva e Goellner (2008) afirmam que a pessoa com amputação possui um estilo de vida diferenciado, visto que estes não se enquadram nos valores do que é tido como normal na sociedade contemporânea. Há, assim, um profundo sentimento de estranhamento de si mesma, não se reconhecendo física ou emocionalmente (GALVÁN; AMIRALIAN, 2009). É importante considerar no processo de reabilitação, alguns fatores que condizem com a nova condição de vida da pessoa com amputação. Paiva e Goellner (2008, p. 487) expõem que a subjetividade é construída com o corpo, através de

prazeres e sofrimentos, de suas qualidades e eficiências, de seus defeitos, do que ele já foi, do que já está deixando de ser, de como gostaríamos que um dia fosse, das formas pelas quais o exercitamos, das técnicas de controle que exercemos sobre ele, dos nossos anseios, da sua finitude e, paradoxalmente, do receio que sentimos diante da possibilidade de um dia se tornar um estranho para nós mesmos.

As pessoas com amputação dividem suas vidas em dois momentos, antes e depois da amputação e as redefinem através do olhar de si mesmas e das outras pessoas (PAIVA; GOELLNER, 2008). Acredita-se que *“ao transpor a limitação física presente, não se fixando numa posição de ‘impedido’ de continuar vivendo, o indivíduo possibilita à subjetividade existir em territórios existenciais em construção, como o corpo protetizado”* (PAIVA e GOELLER, 2008, p. 495).

Reinhardt, et al (2011) afirmam que quando há necessidades funcionais é importante que seja promovida acessibilidade às pessoas. Assim, a reabilitação tem como principal dever proporcionar à pessoa deficiente melhores condições/adaptações para a nova condição de vida, capacitando para agir diante das dificuldades impostas pela falta de acessibilidade.

Em vista disso, a reabilitação promove a saúde através de estratégias focadas na situação funcional da pessoa com deficiência, considerando os recursos disponíveis e o ambiente (REINHARDT, et al, 2011). Os mesmos autores, assim como Perkins, et al (2012), corroboram que o processo de reabilitação se inicia desde a lesão/doença podendo se estender por toda a vida. Desta forma, envolve

o tratamento no hospital, na comunidade e no ambiente da pessoa com deficiência. A reabilitação deve proporcionar apoio psicológico, educação em saúde buscando solucionar preocupações individuais a respeito da nova condição.

É necessário que o processo de reabilitação seja acompanhado por uma equipe multidisciplinar, que atue de maneira interdisciplinar. O’Keeffe (2011) afirma que a amputação é uma perda física e psíquica para a pessoa com amputação e a compensação desta perda é um desafio para a equipe de reabilitação. A equipe deve ser composta, no mínimo, por especialista em Medicina Física e Reabilitação, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, assistente social, educador físico, nutricionista. Reinhardt, et al (2011) corroboram que o compromisso da equipe no programa de reabilitação é essencial para que bons resultados sejam atingidos, como a independência da pessoa com amputação em seu ambiente doméstico. Estabelecer uma relação de confiança com a pessoa submetida à amputação se faz necessário para que haja uma comunicação eficaz, de forma tal que o profissional consiga estabelecer melhores condições de enfrentamento para a nova condição, sendo essencial que o profissional possua o olhar reabilitador.

Neste mesmo sentido, em 2008, a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina cria o Plano Operativo para a organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina. Este plano visa que os problemas de saúde das pessoas com deficiência física sejam resolvidos, garantido o acesso dessas pessoas a uma assistência que viabilize o acesso aos serviços de saúde necessários para a reabilitação (SES-SC, 2008).

Com propósito semelhante, em 2012, surgiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual institui incentivo financeiro para os centros de atenção especializados em reabilitação, visando à garantia do acesso aos serviços de saúde às pessoas. Ressalta-se que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência envolve todas as redes de atenção, afinal o cuidado à pessoa com deficiência é de responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na assistência a essas pessoas. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa ainda disponibilizar recursos para a aquisição de materiais para o fornecimento de prótese (BRASIL, 2012).

O’Keeffe (2011) e Rossbach (2008) mostram que a protetização é um ato importante para a reabilitação à nova condição de vida. Afinal, sabe-se que após a amputação, diversos sentimentos afloram na pessoa com amputação, as quais não se reconhecem física e emocionalmente (GALVÃO; AMIRALIAN, 2009). O’Keeffe (2011) afirma que a

protetização é o retorno a uma vida bilateral, onde há duas opções para a execução do movimento. O mesmo autor afirma que a prótese para membros superiores tem o objetivo de compensar a perda dos movimentos finos, coordenados pelas mãos, proporcionando a sensação tátil, o retorno proprioceptivo e permite uma aparência estética. O nível de amputação é um determinante para o resultado da reabilitação, afinal quanto mais proximal, maior é o desafio de fornecer a restauração funcional. O treinamento com a prótese é essencial na reabilitação da nova condição (O'KEEFFE, 2011).

Os fatores sociais devem ser considerados, pois eles são determinantes na reabilitação, assim como o acesso aos serviços de reabilitação e a qualidade da prótese adquirida. Acredita-se que quando há mais de um fator negativo há a possibilidade de comprometimento no processo de reabilitação (O'KEEFFE, 2011). Contudo, a avaliação da pessoa com amputação é necessária e essencial, pois é por meio desta que é definida a real condição da pessoa e são estabelecidas metas para a reabilitação. Carvalho (2003) ressalta que a reabilitação da pessoa com amputação não é restrita ao uso de prótese, no entanto quando este é possível, a reabilitação pode ser considerada eficaz quando a pessoa submetida à amputação faz uso da prótese e possui controle e independência em relação a ela.

Smeltzer e Bare (2009) corroboram que a pessoa se reconhece como um todo somente quando é capaz de ser responsável pelo seu autocuidado. É para isso que a reabilitação se faz tão importante, para que a pessoa com amputação se reconheça como pessoa integral, membro da sociedade, na qual sua presença é importante. Paiva e Goellner (2008) mostram que os cuidados com o corpo devem ser intensificados após a amputação e a pessoa submetida a ela necessita reaprender a ter controle do seu corpo, fato que pode desencadear um processo doloroso, pois a amputação provoca uma modificação permanente no corpo e com isso alteração na autoestima.

Matheus e Pinho (2006) afirmam que à medida que a pessoa com amputação vai se adaptando a sua nova condição, como desenvolver habilidades para se deslocar no seu próprio ambiente, adquire mais confiança e independência, o que proporciona melhora na autoestima. Sabe-se que a condição anterior à amputação não será mais vivida e a amputação é uma realidade a ser enfrentada, mas há a possibilidade, mesmo após a amputação, de viver a vida com conforto e bem-estar.

Diante de tudo já exposto, entende-se que a reabilitação, o cuidado à pessoa com amputação, potencializa melhores condições para o enfrentamento da nova condição, possibilitando melhor qualidade de

vida à pessoa submetida à amputação, assim como os seus familiares, já que estão continuamente inseridos no processo de reabilitação.

2.4 A equipe de saúde e assistência prestada à pessoa com amputação

Ao se tratar de cuidado, a equipe de enfermagem é destaque. Pois é o profissional de enfermagem que promove a ligação entre ser a pessoa que presta o cuidado e quem é cuidado, tal ligação é estabelecida por condutas de atenção, respeito e desvelo. O cuidado é proporcionado através do diálogo e este fator promove a aproximação do profissional de saúde e a pessoa que necessita de assistência (BAGGIO; CALLEGARO; ERDMANN, 2009).

O cuidado estabelece uma atitude de movimento, na qual a assistência prestada é também realizada para o benefício de quem necessita. Para que a assistência/cuidado seja prestado é necessária a aproximação entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada, a partir do que se estabelece uma relação de respeito e confiança (NASCIMENTO; ERDMANN, 2009). Quando a assistência é prestada de maneira eficaz, surgem bons resultados e assim possibilita à pessoa com amputação uma melhor adaptação à nova condição de vida.

Ao passar pelo processo de hospitalização, a pessoa vivencia um momento estressante e que pode causar sofrimento (MARTINS; SILVA; ALVIM, 2010). Cabe assim aos profissionais de saúde prestarem uma assistência de qualidade que permita minimizar os fatores estressantes do processo de hospitalização e a reabilitação da pessoa com amputação diante da sua nova condição. A perda de um membro traz um efeito devastador na vida de uma pessoa e a recuperação deste trauma se dá de diferentes formas pela pessoa com amputação e se valendo de diferentes redes de apoio (ROSSBACH, 2008), sendo que a equipe de saúde é uma rede de apoio essencial.

Chini e Boemer (2002) afirmam que a pessoa com amputação desencadeia reações diversas diante da nova situação, sendo que uma delas está relacionada à execução das atividades da vida diária e o quanto a amputação pode influenciar no autocuidado. A equipe multidisciplinar é importante para mostrar à pessoa com amputação, quem sofrerá amputação, e também aos seus familiares quais os procedimentos que serão realizados, como se dá todo o processo de adaptação e como ele é feito. Mostrar que é possível a readaptação ao ambiente e que a determinação e participação no processo do cuidado são essenciais para a reabilitação, são fatores determinantes para o sucesso da mesma (O'KEEFFE, 2011).

O'Keeffe (2011) ainda menciona que a decisão da amputação é tomada como estratégia de cuidado para proporcionar melhor qualidade

de vida à pessoa que necessita da amputação. Em vista disso, a fase pré-cirúrgica é de extrema importância para o planejamento, ou seja, seleção do local de amputação, da técnica cirúrgica que será estabelecida, já que tais fatores podem determinar o sucesso e a total reabilitação da pessoa com amputação quando realizada de maneira eficaz.

O processo de reabilitação pós-cirurgia é iniciado o mais cedo possível para prevenir contraturas de articulações afetadas, permitir a circulação e minimizar a atrofia muscular. Como ação terapêutica, é importante estabelecer exercícios para melhorar a amplitude de movimento, para o fortalecimento dos membros afetados e dos não afetados, assim como a estimulação para a realização das atividades da vida diária (ROSSBACH, 2008). Moraes, et al (2006) ressalta que as orientações pré e pós-operatórias, os cuidados com o coto, a escolha da prótese interferem diretamente no sucesso da reabilitação.

Enfim, de acordo com as leituras até então efetivadas, é possível inferir que a equipe de saúde quando atua de maneira interdisciplinar no decorrer do processo de assistência da pessoa com amputação e é capaz de estimulá-la a estabelecer metas para sua recuperação, assim como superá-las, o sucesso da reabilitação pode ser alcançado. Nesta direção, provavelmente, possibilitará à pessoa com amputação, melhor qualidade de vida e o seu reconhecimento como principal ator no cuidado a ser realizado.

2.5 Bibliometria

No intuito de contextualizar ainda mais sobre o tema amputação, realizou-se uma bibliometria, a qual é considerada uma técnica quantitativa que objetiva mensurar a disseminação do conhecimento (LOPES, et al, 2012). Para auxiliar no levantamento bibliométrico foi elaborado um protocolo (Apêndice A), o mesmo serviu como eixo norteador da pesquisa e foi validado por pesquisadores não vinculados à pesquisa.

O levantamento foi realizado nas bases de dados eletrônicas indexadas na plataforma Periódicos CAPES, o período de estudo foi de janeiro de 2000 a setembro de 2012 e a coleta dos dados aconteceu entre outubro de 2012 a fevereiro 2013. Teve-se como pergunta norteadora para o estudo: Qual a produção científica sobre o tema amputação, entre os anos de 2000 a 2012, nas bases de dados disponibilizadas pela CAPES, nas línguas inglês, português e espanhol?

Para a coleta dos dados, utilizaram-se os termos estabelecidos pela classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo eles: upper extremity x amputation and lower extremity x amputation. Como critérios de inclusão e análise dos artigos, foram selecionados os estudos: publicados no formato de artigos científicos completos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões) nos idiomas português, inglês, espanhol; no período de janeiro de 2000 a setembro de 2012. E, como critérios de exclusão: artigos científicos publicados em outros meios de comunicação que não periódicos científicos; publicações no formato de cartas, resenhas, editoriais, livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos; e estudos duplicados.

Para organização dos estudos encontrados, determinou-se o diagrama que envolveu as etapas relacionadas ao processo de amputação: Prevenção; Causa/Associações; Indicação; Momento; Tardio.

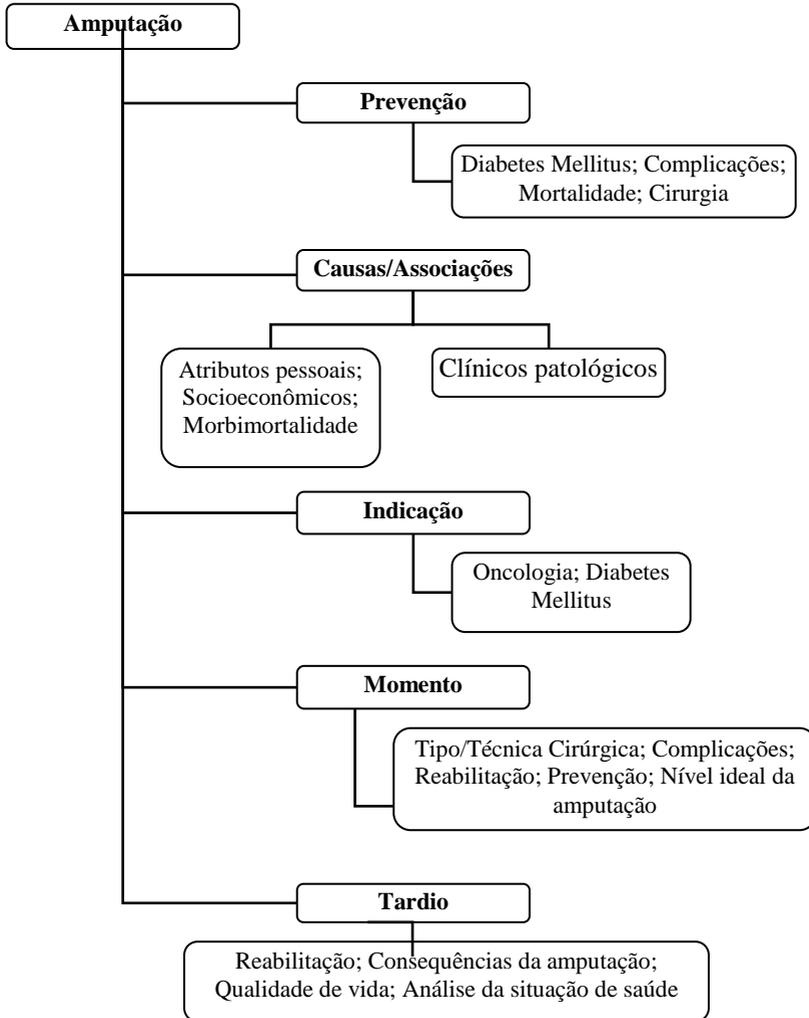


Diagrama 01: Categorias utilizadas para organização dos estudos encontrados na revisão integrativa

Foram selecionados 300 artigos conforme os critérios detalhados na metodologia. Os anos com maiores publicações foram: 2004 (31 artigos); 2006 (55 artigos); 2009 (30 artigos); 2010 (33 artigos); 2011 (57 artigos); 2012 (50 artigos), os mesmos acumulam

85,3% do total das publicações selecionados do período de 2000 a setembro de 2012.

De acordo com as categorias temáticas pré-selecionadas os artigos foram assim agrupados: 21 artigos sobre prevenção; 93 artigos sobre causas e associações; 8 artigos sobre indicação; 41 artigos sobre momento; 138 artigos sobre a temática tardio. Ressalta-se que dos artigos selecionados, somente um foi publicado em Espanhol, os demais foram publicados em Inglês.

O gráfico 01 apresentado abaixo representa o número de artigos selecionados de acordo com o ano da publicação e as categorias pré-estabelecidas para organização dos dados.

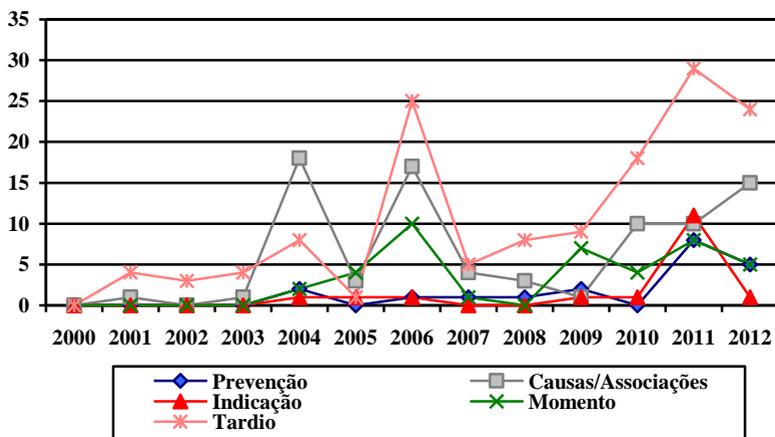


Gráfico 01: Artigos selecionados segundo ano e categorias pré-estabelecidas

Como discussão desse levantamento bibliométrico, evidencia-se a incidência elevada de amputação de extremidades, e esta é a principal causa de amputação, cuja causa base está vinculada às complicações de doenças pré-existentes, como o *Diabetes Mellitus* e problemas vasculares. As amputações traumáticas por acidente de trabalho foram mencionadas em grande escala. E também, temas relacionados ao impacto que a amputação repercute nas famílias dos envolvidos neste processo, assim como para a própria pessoa submetida à amputação, além dos danos irreparáveis, adaptações voluntárias de comportamento em busca de saúde e qualidade de vida.

Este levantamento permitiu concretizar considerações já refletidas informalmente, visto que o cuidado e o desenvolvimento de

competências específicas no que diz respeito ao processo de amputação são necessários. Logo, os trabalhos científicos que abordam a temática da amputação contribuem para a promoção da saúde e a prevenção de seus agravos, na reabilitação e qualidade de vida das pessoas submetidas à amputação, proporcionando maior relevância a essa temática e sua repercussão social.

2.6 perspectivas de análise bioética relacionada à pessoa com amputação

“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” (BRASIL, 2008, p. 123).

A pessoa com amputação, assim como os demais deficientes físicos, possui igual direito perante às pessoas ditas e reconhecidas pela sociedade como “normais”, por não possuírem qualquer deficiência. Direito este relacionado às condições de saúde que proporcionam bem-estar biopsicossocial ao ser humano. Com esse propósito, os profissionais de saúde têm o dever de promover uma assistência à saúde de qualidade, a qual permita à pessoa com amputação identificar-se como um ser de grande importância para sua rede social.

No que diz respeito à enfermagem, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem fundamenta que compete ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde, participar constantemente do planejamento de ações em saúde, planejamentos assistenciais, educação em saúde, dos quais resultam na melhoria das condições de saúde da população em geral (COFEN, 2012).

Sabe-se que as ações regidas pelo ser humano estão fundamentadas na ética que possuímos. E, Cortella (2011) demonstra que todos nós possuímos nossa ética, de acordo com um conjunto de valores e princípios já estabelecidos, e está diretamente relacionada a três questionamentos: Quero? Devo? Posso? Portanto, tais questionamentos permitem considerar que cada ação desenvolvida pelo profissional de saúde diante de uma assistência está relacionada com diversas considerações éticas que o movem. O mesmo acontece com a pessoa que recebe a assistência prestada, que desencadeia reações, a partir das ações realizadas, relacionadas com os princípios e valores que condicionam sua vida.

Schneider (2010, p. 145) define ética como o posicionamento, a decisão de cada pessoa perante a moral, ou seja, às normas, costumes e princípios. Em resumo, a ética está evidenciada nas atitudes que cada pessoa possui. Assim, a forma de agir de um profissional dependerá do seu posicionamento, do seu compromisso/comprometimento com a profissão. As atitudes de um profissional estão diretamente relacionadas com o *“seu posicionamento ético, valores e princípios que o constituem como um sujeito moral”*. A mesma autora afirma que a sociedade espera que a Enfermagem forneça uma assistência de qualidade, com isso os

princípios éticos “*são configurações de autopreservação das fronteiras*” que a profissão determina para que aconteça o exercício profissional.

Ao mesmo tempo em que a sociedade espera uma assistência em saúde de qualidade, ela mesma possui suas próprias concepções a respeito da sua condição. A pessoa que recebe qualquer que seja a assistência em saúde deve ser considerada como o principal ator deste cuidado. Logo, inúmeros dilemas podem surgir entre os profissionais de saúde e as pessoas que buscam o atendimento, afinal cada ser humano possui sua ética.

O aprender a cuidar nas diferentes dimensões requer planejamento, o qual interfere no contexto vivenciado e influencia na responsabilidade dos envolvidos nesse processo (FERNANDES, et al, 2008). O profissionalismo, a responsabilidade do saber-fazer tem a ética do cuidado como alicerce da prática profissional (RAMOS, et al, 2010), o que possibilita uma assistência de qualidade.

A constituição da saúde sofre interferências de fatores biológicos, sociais e culturais. A partir disso, Junges e Zoboli (2012, p. 1054) afirmam que a saúde está ligada com a habilidade de enfrentar fatores/acontecimentos que “*vulnerabilizam o equilíbrio vital*”. Em suma, a saúde é o equilíbrio entre o subjetivo e o meio ambiente, que depende diretamente da governabilidade que cada pessoa possui (JUNGES; ZOBOLI, 2012).

O deficiente físico encontra-se na posição de vulnerado em relação ao seu acesso a bens da sociedade. Ou seja, por vezes, esta não oferece as condições mínimas de reinserção das pessoas com deficiências físicas e a inexistência do acesso adequado da pessoa com deficiência física, para que ela possa usufruir o que lhe é concedido por direito, influencia diretamente na sua condição de saúde.

As pessoas com deficiência física, as quais possuem diferentes necessidades, requerem ações de saúde específicas e direcionadas (BERNARDES; et al, 2009). Os mesmos autores mostram que as ações em saúde devem ser desenvolvidas precocemente, tão logo seja detectada alguma lesão que potencialize uma incapacidade.

Bernardes, et al (2009) afirmam que historicamente as pessoas que possuíam alguma incapacidade eram afastadas do convívio social. Assim, as ações em saúde eram caracterizadas como assistenciais. As reflexões a respeito de cada pessoa e suas condições diante da sociedade variam e são essas condições que permitem determinar se a pessoa é vulnerada ou vulnerável. Nesta direção, Schramm (2006) afirma que a pessoa vulnerada é aquela atingida por uma condição que a diferencia

das demais, enquanto os vulneráveis são os potencialmente atingidos, os quais podem futuramente passar para a condição de vulnerado.

Ao mencionar os vulnerados e vulneráveis, Bernardes, et al (2009) manifestam que a bioética de proteção respalda a alocação de recursos destinados a essas pessoas. Afinal, a sociedade tem o dever de desenvolver técnicas focadas a reduzir ou amenizar, eliminar as incapacidades.

Prestar assistência ao ser humano pode desencadear alterações biopsicossociais é algo complexo que requer competência para abranger várias dimensões e responsabilidades. Para isso é importante que o profissional conheça suas limitações/fragilidades e busque recursos para que não ocorram erros, ou que esses sejam mínimos, no decorrer do cuidado prestado (SCHNEIDER, 2010). A bioética organiza dentro de uma lógica, conceitos, metas e argumentos sobre a ciência e a vida. Dessa forma, a bioética está também, relacionada à formação e trabalho em saúde, pois define o “*papel, as responsabilidades e as fronteiras da atuação profissional*” (RAMOS; DO Ó, 2009, p. 260).

Nessa investigação, a discussão bioética torna-se uma possibilidade de análise, na medida em que propicia um modo de olhar a estrutura e o funcionamento dos sistemas públicos de saúde. Essa discussão está articulada à responsabilidade social do Estado, como o gerenciamento de recursos, o controle social, os recursos humanos qualificados e a constante atualização dos códigos de ética dos profissionais envolvidos na assistência à saúde e dos currículos pedagógicos das universidades (GARRAFA, 2012). Acredita-se que o Estado é responsável eticamente para promover condições de saúde à população. Nos diferentes cenários de cuidado, o profissional desenvolve e aprimora relações bio/éticas no decorrer de suas ações em saúde.

Hellmann (2009) e Kottow (2005) manifestam que a Bioética de Proteção aborda além das ações epidemiológicas, as medidas sanitárias, as quais se relacionam com a vulnerabilidade, suscetibilidade, pobreza e necessidade. Dessa forma, a proteção também está relacionada com as boas condições de trabalho, as quais permitem uma assistência de qualidade, minimizando a possibilidade de erros. Ela se apresenta ainda no manejo dos dilemas e problemas que surgem na prática e devem desencadear o raciocínio moral para as tomadas de decisões. Siqueira-Batista e Schramm (2009) mostram que a bioética de proteção, assim como qualquer bioética, promove na pessoa uma competência moral diante dos conflitos inerentes às relações humanas.

A bioética de proteção tem o intuito de proteger a população de excluídos de uma sociedade na qual eles, paradoxalmente, estão inseridos. Assim, ela procura a reflexão acerca da sobrevivência do ser humano em seu meio ambiente e da sua qualidade de vida (SCHRAMM, 2008). Garrafa (2005) considera que a proteção deve ser apresentada e analisada como princípio, o mesmo se torna importante para o estabelecimento da justiça social.

Ao articular a problemática das pessoas com amputação à reflexão da bioética de proteção se pondera sobre a necessidade das pessoas à assistência em saúde. Tanto quanto é importante desenvolver a capacidade de decidir o que é importante à sua assistência e o que é preciso para que a mesma seja realizada, também se deve proporcionar e desenvolver a autonomia do ser vulnerado, para que o mesmo possua capacidade autogovernar-se (KOTTOW, 2007). Schramm (2008) argumenta 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.

Ao estipular e determinar ações que possibilitem a assistência à saúde à pessoa com amputação é esperado que o profissional de saúde estimule-a a tornar-se uma pessoa autônoma, capaz de compreender o que é melhor para sua vida. Esse contexto nos faz refletir se a assistência em saúde prestada à pessoa com amputação, ou a qualquer ser humano, faz-se de forma eficaz a ponto de possibilitar que a mesma compreenda seus direitos diante das ações em saúde para ser considerado um ser autônomo.

Se pensarmos nos direitos humanos, devemos buscar embasamento na Bioética de Intervenção. Afinal, a bioética de intervenção trata do direito do ser humano de igualdade e equidade, os quais estão diretamente relacionados ao que é prescrito como cidadania (GARRAFA, 2012, GARRAFA; PORTO, 2007). A bioética de intervenção considera o ser humano como um ser único e com diferentes formas de agir. Considera também, que o ser humano possui dimensões físicas e psíquicas, as quais atuam de forma integrada nas suas relações com a sociedade (GARRAFA; PORTO, 2007).

Bernardes, et al (2009) afirmam que a bioética de intervenção possibilita a ampliação em relação à questão da justiça, sendo a mesma discutida de forma global entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Garrafa e Porto (2003) mostram que a bioética de intervenção permite a análise de diferentes dilemas: entre a autonomia e a justiça/equidade; os benefícios individuais e coletivos; assim como a individualidade e a solidariedade. Afinal, Garrafa (2005) já mencionava

que para a bioética de intervenção a inclusão social está relacionada à ação cotidiana das pessoas, pois são elas que articulam suas decisões e atitudes. Nesse aspecto, a correlação com a problemática da pessoa com amputação, dá-se na necessidade de que o profissional e todo o sistema de atenção à saúde desenvolvam diferentes ações que possibilitem e impactem na qualidade da assistência prestada, diversificada e potencialmente capaz de intervir no bem-estar biopsicossocial.

Sentimentos extremos, como de prazer/dor, desencadeados através da sua relação com seu ambiente, podem se tornar indicadores de intervenção (GARRAFA; PORTO, 2007). Intervir, nesse caso, possibilita a relação da pessoa envolvida com o contexto no qual ela se encontra. A ideia é que o profissional, ao prestar sua assistência à pessoa com amputação de forma a contextualizar as suas condições vividas, provavelmente, promova resultados diferentes e melhores.

Garrafa e Porto (2007, p 164) reforçam que a bioética de intervenção baliza-se na *“colectiva práctica, aplicada y comprometida con el ‘público’ y con lo social en su más amplio sentido”*. Acerca das bioéticas de intervenção e proteção, podemos considerar que as mesmas possuem subsídios para que o ser humano compreenda seus direitos e reivindique condições adequadas de vida. Junges (2009, p. 288) corrobora que *“o direito à saúde precisa conjugar a proteção da autonomia individual e a prestação coletiva de meios para a efetivação desse direito”*.

É importante que o profissional da saúde respeite a autonomia que cada pessoa possui. Ou seja, cada pessoa que necessita de assistência é capaz de determinar quais são seus objetivos e tomar suas decisões de acordo com seus sentimentos e desejos. Neste sentido, o princípio da autonomia, por meio da bioética principialista, está vinculado às ações de dizer a verdade, garantir a privacidade e informações confidenciais, além de auxiliar nas decisões de grande importância (SCHNEIDER, 2010; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). No contexto da bioética principialista, a autonomia condiz em reconhecer a capacidade de autogoverno que cada pessoa possui, a qual deve ser proposital e compreensível, sem influências que controlam ou interferem no modo de agir de cada ser humano. A autonomia nas pessoas com deficiência pode ser restrita, pois a deficiência confunde-se com a incapacidade de julgamento e decisão, fazendo com que a pessoa não deficiente decida para a pessoa com deficiência, sem que esta seja capaz de decidir por si mesma (BERNARDES, et al, 2009).

Ressalta-se, no entanto, que a autonomia abordada nesse parágrafo difere da autonomia mencionada, até então, neste capítulo.

Portanto, a autonomia condizente com os pressupostos da bioética de intervenção abrange a compreensão do que é possível e pertinente para que o ser humano possa ter seus direitos garantidos, dentro do complexo processo de atenção à saúde, e o quanto estes direitos modulam sua auto governabilidade.

Nesse contexto de discussão, sinaliza-se a pertinente noção do princípio da Justiça. O princípio da Justiça que se relaciona com a cidadania, o qual prioriza a igualdade social, o bem-estar coletivo e a equidade no acesso aos serviços. A justiça é buscada através das desigualdades evidenciadas, no entanto é difícil determinar critérios que possibilitem a distribuição igualitária de bens primários e oportunidades, devido à diversidade humana (BERNARDES, et al, 2009).

Finaliza-se esse capítulo, tecendo algumas considerações acerca da responsabilidade dos profissionais de saúde pela assistência/cuidado prestado e pela manutenção da vida das pessoas. O planejamento da assistência realizado pelos profissionais deve munir-se de éticas e de saberes técnico-científicos. Cada ação desencadeia reações de responsabilidade que influenciam na maneira que a assistência/cuidado é prestada para as demais pessoas (SCHNEIDER, 2010).

A responsabilidade vincula-se à obrigação, encargo, compromisso ou dever de realizar algo que se determinou que deveria ser realizado. Na ética, a responsabilidade dos profissionais de saúde não está relacionada, somente, ao cumprimento do Código de Ética. Ou seja, tanto este código como qualquer outro código ou resolução abrange todas as demandas éticas vivenciadas diante do acelerado desenvolvimento tecnológico (VARGAS; RAMOS, 2011).

Visto que a responsabilidade da assistência está, também, relacionada aos profissionais de saúde e dentre estes à equipe de enfermagem, é necessário que os mesmos compreendam a importância da reabilitação antes mesmo que a amputação aconteça. A pessoa que sofrerá amputação demanda, do processo de assistência à saúde, condições necessárias para potencializar e subsidiar a sua recuperação.

**CAPÍTULO 3:
METODOLOGIA**

3 METODOLOGIA

A pesquisa teve a abordagem quantitativa e qualitativa, sendo um estudo exploratório, descritivo, apoiado no método misto de pesquisa. Denzin e Lincoln (2006) acreditam que por meio da entrevista seja possível descrever os significados que o tema da pesquisa repercute no cotidiano dos participantes do estudo. Logo, a pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador, por meio de práticas interpretativas, compreender o tema em estudo.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa está na qualidade dos processos dos quais não são mensurados quantitativamente. Já na pesquisa quantitativa, há a intenção de mensurar e compreender as relações entre as variáveis (DENZIN; LINCOLN, 2006). Logo, a escolha do método misto de pesquisa deu-se no intuito de fornecer maior amplitude ao estudo e segurança no percurso metodológico. Dressnack, Valmi, Mendes (2007) afirmam que o método misto inclui múltiplas ou mistas estratégias para que a pergunta de pesquisa seja respondida. A exploração dos métodos quantitativos e qualitativos permite uma promoção mais ampla da realidade ensaiada (MINAYO, 2010).

Consequentemente, para facilitar a organização do percurso metodológico escolhido pela pesquisadora para a realização da pesquisa, dividiu-se os momentos de seleção dos participantes, local do estudo, coleta de dados e análise dos dados em etapas 1 e 2, na qual a etapa 1 está relacionado com método quantitativo da pesquisa e a etapa 2 equivale ao método qualitativo da pesquisa, conforme é apresentado abaixo:

3.1 Participantes da Pesquisa

Etapa 1:

A população deste estudo foi determinada a partir dos relatórios de cirurgias de amputação de membros inferiores e/ou superiores (exceto extremidades), nos anos de 2008, 2009 e 2010, realizadas nos hospitais públicos da Grande Florianópolis, referências em cirurgia ortopédica/traumatologia e vascular. Os anos escolhidos para pesquisa foram estabelecidos para buscar os participantes do estudo que estão atualmente em um nível mais avançado de recuperação diante da nova condição. A partir dos dados apresentados por cada setor de estatística, foi possível determinar quais amputações foram realizadas, assim como

o sexo, a idade, a causa do agravo e a procedência de cada pessoa atendida para realizar a amputação em cada instituição pesquisada.

Etapa 2:

Após a apresentação dos dados de cada setor de estatística, foram selecionados os registros de cirurgias de residentes da Grande Florianópolis para a seleção dos participantes desse estudo. Os registros de cirurgias realizadas no período de 2008 a 2010 em residentes da Grande Florianópolis foram de 146.

Nessa etapa 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. Já os critérios de exclusão foram: ter idade acima de 85 anos; óbito.

3.2 Local do Estudo

Etapa 1:

Os locais do estudo foram os hospitais públicos da Grande Florianópolis, referências em cirurgia ortopédica/traumatologia e vascular, sendo eles: HGCR (Hospitais Governador Celso Ramos – Florianópolis); HU (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina) – Florianópolis; HRSJ (Hospital Regional Homero de Miranda Gomes – São José); ICSC (Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – São José). Ressalta-se que o Hospital Florianópolis não foi inserido nessa pesquisa, pois o período estudado (2008 a 2010) o hospital estava em reforma e sem realização de cirurgias. O motivo que levou a não inserção do Imperial Hospital de Caridade na pesquisa, diz respeito a sua gestão não ser totalmente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O HGCR, como o nome já cita é um hospital geral, sendo referência em ortopedia/traumatologia, além disso, possui os serviços de cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia, cirurgia reparadora, cirurgia torácica, fisioterapia, hemoterapia, nefrologia/urologia, oftalmologia, oncologia, urgência e emergência, transplante e reabilitação. Ao total são 224 leitos disponíveis, todos exclusivamente SUS. A gestão desse hospital é estadual (CNESNet, 2013).

O HU é um hospital escola, cuja gestão é federal. Foi fundado em 1980 e possui atualmente 209 leitos disponíveis, exclusivamente SUS. O hospital universitário possui seu atendimento concentrado em quatro

áreas básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e tocoginecologia (HU, 2013).

Logo, o hospital possui os serviços de atenção à saúde da população indígena, cirurgia vascular, hospital dia, medicina nuclear, serviço de atenção à obesidade, saúde auditiva, saúde reprodutiva, atenção ao paciente com tuberculose, atenção ao pré-natal, parto e nascimento, atenção cardiovascular/cardiologia, atenção em neurologia/neurocirurgia, saúde bucal, cirurgia reparadora, controle de tabagismo, diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopatológica, diagnóstico por imagem, laboratório clínico, endoscopia, fisioterapia, hemoterapia, nefrologia/urologia, oftalmologia, oncologia, oncologia, pneumologia, reabilitação, triagem neonatal, urgência e emergência, transplante (CNESNet, 2013).

O HRSJ foi fundado 1987, em 2012 teve uma média de 1.142 internações, sendo seu atendimento de emergência por meio dos serviços de cirurgia geral, clínica médica, ortopedia, oftalmologia, pediatria e maternidade. A média total de atendimentos em 2012 foi de 13.531 (SES, 2013).

Este hospital tem como especialidades de serviço: acupuntura, anesthesiologia, alergologia pediátrica, buco - maxilo, cardiopediatria, clínica da dor, cirurgia plástica, cirurgia bariátrica (obesidade mórbida), cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, clínica médica, dermatologia pediátrica, endocrinologia, gastroenterologia pediátrica, geriatria, ginecologia e obstetrícia, hematologia, homeopatia, infectologia, mastologia, nefrologia, neonatologia, neurocirurgia, neurologia, neuropediatria, nutricionista, oftalmologia, oncologia ginecológica, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria, pneumologia, proctologia, radiologia, reumatologia, urologia/urologia/andrologia (SES, 2013).

O hospital regional também possui o serviço de residência média por meio das especialidades cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica médica, ortopedia/traumatologia e oftalmologia (SES, 2013).

O ICSC foi inaugurado em 1963 e desde 1987 divide o espaço físico com o Hospital Regional Homero Miranda Gomes. Sua especialidade é a cardiologia e possui o atendimento ambulatorial, de emergência (junto ao HRSJHMG), cirurgia cardíaca, implante de marca passo cardíaco, reabilitação cardíaca, ecocardiografia, eletrocardiografia, ergometria, hemodinâmica, medicina nuclear e tratamento de pacientes cardiopatas internados. Sua gestão é estadual e

possuem capacidade para 87 leitos, todos exclusivamente SUS (ICSC, 2013).

Etapa 2:

Para a realização das entrevistas, o local foi escolhido pelos participantes do estudo. O mesmo foram as suas residências, exceto uma entrevista a qual foi realizada no local de estudo do participante. Neste sentido, foram quase 750 quilômetros percorridos pela pesquisadora na mesorregião da Grande Florianópolis.

Ressalta-se que os municípios que abrangem a mesorregião da Grande Florianópolis são: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Antônio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara e Tijucas.

Dentre esses municípios, os visitados pela pesquisadora foram: Angelina, Florianópolis, Major Gercino, Palhoça, São José e São Pedro de Alcântara.

3.3 Coleta de Dados

Etapa 1:

Inicialmente buscou-se a autorização das instituições para a pesquisa nas mesmas. Houve a inserção do Macroprojeto, o qual inclui esse estudo, na Plataforma Brasil para a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. Após estes procedimentos, o estudo obteve a aprovação pelo CEPSH sob o parecer nº 95.521 (Anexo A). A partir da aprovação do CEPSH, buscou-se a autorização da direção de cada hospital a ser pesquisado (Anexo B) para a entrada de campo e obtenção dos registros de cirurgias de amputação de membros, no período de 2008, 2009 e 2010.

Para a determinação do número de amputações de membros inferiores e/ou superiores, exceto extremidades, realizadas nos hospitais pesquisados, buscou-se nos registros arquivados no setor de estatística de cada hospital, por meio do banco de dados correspondente aos termos: amputação; amputação de membros inferiores; amputação de membros superiores; desarticulação. 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 dados coletados a partir dos

registros de cirurgias foram: identificação, sexo, idade, ano da amputação, tipo de amputação, procedência, causa do agravo e instituição.

Etapa 2:

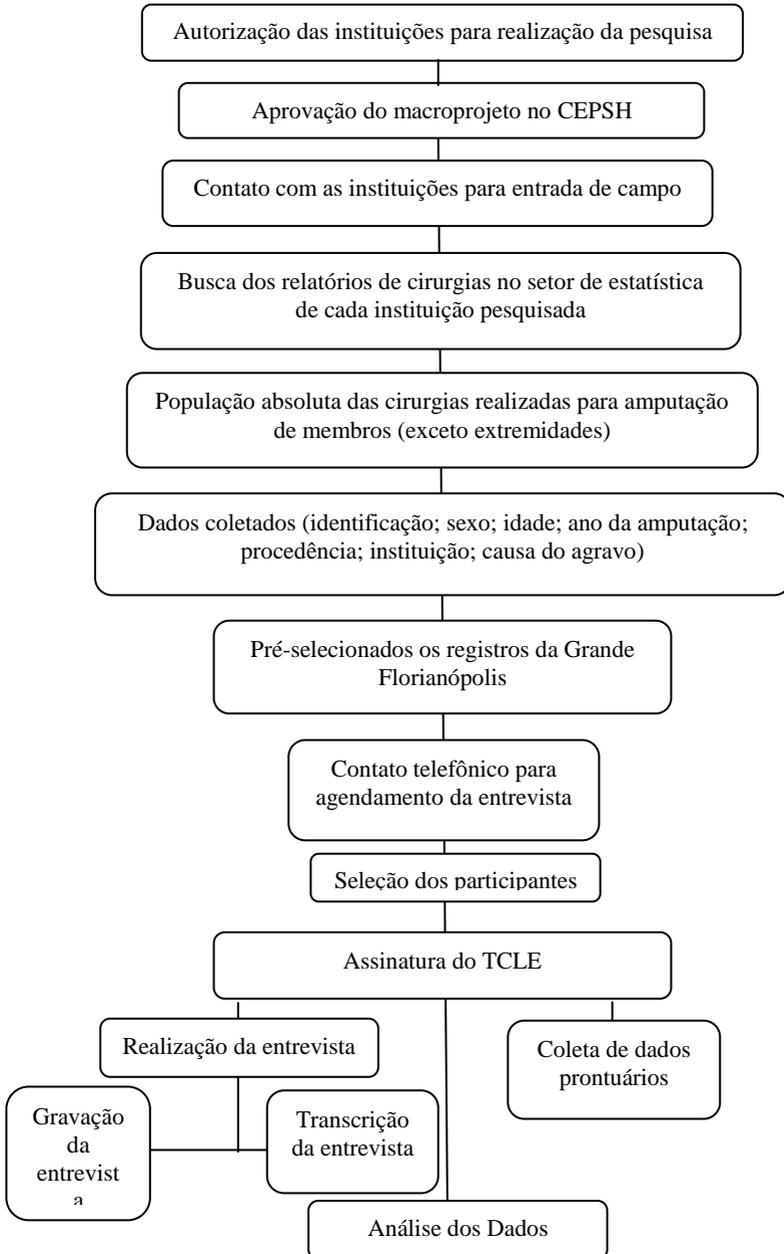
Como mencionado anteriormente, após a coleta dos registros de cirurgias de amputação de membros, exceto extremidades, para a seleção dos participantes deste estudo foram selecionados apenas os residentes da Grande Florianópolis, o qual foram 146. Aplicaram-se os critérios de exclusão o que restringiu a amostra em 124 registros.

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. Foram pré-selecionados 24 participantes, no entanto os participantes do estudo totalizaram 18 pessoas a partir da saturação dos dados coletados.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apêndice B, o qual autorizava a realização da entrevista e também a pesquisa aos prontuários das pessoas entrevistadas. As entrevistas foram organizadas de forma semiestruturada (Apêndice C), gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas, mediante a autorização. A duração das entrevistas foi em média de 40 minutos. 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 (Apêndice D).

3.4 Desenho Metodológico

No intuito de sistematizar a compreensão do percurso metodológico realizado no decorrer da pesquisa para a coletada dos dados, a seguir é apresentado o fluxograma 01:



Fluxograma 01: Percurso metodológico realizado pela pesquisadora para coleta dos dados.

3.5 Análise dos Dados

Etapa 1:

A caracterização das pessoas que sofreram amputação nos hospitais pesquisados, entre os anos 2008 a 2010, foi determinada através da análise dos dados apresentados pelo programa estatístico virtual disponibilizado pela UFSC, SEstatNet. O SEstatNet é um ambiente virtual de ensino-aprendizagem (AVEA) sobre Estatística, apresentando os conteúdos desenvolvidos na estatística de maneira didática, sendo possível planejar e realizar a pesquisa (NASSAR; WRONSCKI, -). Logo, a análise estatística foi realizada por meio de frequência absoluta e relativa, a partir do detalhamento das variáveis estudadas.

Etapa 2:

A análise de conteúdo baseou a análise das entrevistas realizadas. A análise de conteúdo tem como objetivo obter inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção de mensagens, usando a descrição do conteúdo dessas mensagens. A análise de conteúdo não se atém, somente, ao senso comum e a subjetividade ao interpretar os dados coletados, mas possibilita atentar-se criticamente diante dos achados no decorrer da pesquisa (MINAYO, 2010).

Foram seguidos os critérios metodológicos previstos nesta análise: pré-análise, categorização, inferência, descrição e interpretação (GOMES, 2012). Gomes (2012) mostra que a análise dos dados apresentados requer uma leitura atenta e exaustiva do mesmo, com o intuito de detectar o contexto dos dados coletados e uma visão geral e completa desses dados, buscando: sistematizar e perceber as singularidades apresentadas no material explorado; formular pressuposições que irão demarcar a análise e interpretação dos dados; determinar assim, a categorização dos dados apresentados e por fim instituir os conceitos teóricos que irão fundamentar a análise da pesquisa.

Para a organização dos dados foi utilizado o software ATLAS-Ti, com isso foi realizada uma leitura em profundidade das entrevistas, dela emergiram pré-categorias de análise, as quais se uniram pela semelhança em conjuntos temáticos, o que formaram grandes categorias. Permitindo assim, a interpretação dos dados coletados, havendo a descrição das falas selecionadas e a análise delas.

**CAPÍTULO 4:
ASPECTOS ÉTICOS**

4 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, preconiza normas de pesquisas em saúde, onde os aspectos éticos de pesquisa em seres humanos deverão ser respeitados (BRASIL, 1996).

Como já citado, a presente pesquisa pertence ao Macroprojeto intitulado “Pessoas Deficientes Física Submetida à Amputação Clínica ou Traumática: uma análise sob a perspectiva da Bio/Ética” e o mesmo possui aprovação pelo CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil, através do parecer número: 95.521, de 10 de setembro de 2012 (Anexo A). O macroprojeto ao qual pertence esse estudo, contemplado com financiamento pelo Edital Universal 14/2011 do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Confirma-se que foi garantido o caráter confidencial das informações, o anonimato dos participantes, a possibilidade de desistência de participação a qualquer momento sem prejuízo de sua assistência. O TCLE foi impresso em duas vias, sendo uma para a pessoa entrevistada e a outra foi arquivada com o pesquisador. Ressalta-se que o TCLE utilizado nesse estudo foi o determinado a partir dos objetivos do Macroprojeto, assim o mesmo contém objetivos além dos elencados para esse estudo.

A identificação dos participantes foi alfanumérica, por meio do sexo (F= Feminino, M= Masculino), ano da amputação (08= 2008, 09= 2009, 10= 2010) e o número da entrevista (I, II, III, IV).

**CAPÍTULO 5:
RESULTADOS**

5 RESULTADOS

Os resultados desse estudo são apresentados em forma de dois manuscritos, o que atende 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.

O primeiro manuscrito apresentado para os resultados da pesquisa é intitulado “Caracterização das cirurgias de amputação realizadas em hospitais públicos de referência”, cujo objetivo é caracterizar as amputações de membros, exceto extremidades, realizadas no período de 2008 a 2010, pelos hospitais públicos da Grande Florianópolis quanto tipo de amputação, ao sexo, faixa etária, procedência, causa do agravo.

O segundo manuscrito apresentado para os resultados da pesquisa é intitulado “O Cuidado à Saúde à Pessoa com Amputação: análise na perspectiva da Bioética” e tem como objetivos: analisar a assistência prestada pelos profissionais em todo o processo de amputação na perspectiva da pessoa com amputação e articular o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação à análise bioética.

5.1 Manuscrito I – Caracterização das cirurgias de amputação realizadas em hospitais públicos de referência

Caracterização das cirurgias de amputação realizadas em hospitais públicos de referência¹

Characterization of amputation surgeries performed in public hospitals reference

Caracterización de las cirugías de amputación realiza en referencia hospitales públicos

Ana Maria Fernandes Borges²

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas³

Soraia Dornelles Schoeller⁴

Resumo: No Brasil, 6,95% população possui alguma deficiência motora e as pessoas com amputação inserem-se nesse universo. Esse estudo visou caracterizar as cirurgias de amputação em membros, exceto extremidades, realizadas em hospitais públicos de referência, entre 2008 e 2010. Estudo quantitativo, cuja amostra foi determinada pelos relatórios de cirurgias de amputação realizadas emitidos pelo setor de estatística dos hospitais públicos de referência em ortopedia/traumatologia e vascular da Grande Florianópolis. O estudo possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa e a análise estatística foi realizada pelo SEstatNET. Constatou-se que os homens são a maioria e os mesmos são mais jovens que as mulheres. As causas externas foram um dos motivos relacionados à amputação e atinge os adultos jovens e conforme a idade aumenta maior é a relação com as doenças crônico-degenerativas. Os profissionais de saúde devem estabelecer ações que promovam à saúde que diminuam o índice desses agravos, no entanto a

¹ Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título “O Cuidado à Saúde da Pessoa com Amputação à Luz da Bioética”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Educação, Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2013.

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.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC. Coordenadora do Grupo (Re)Habilitar-UFSC.

efetivação das políticas públicas envolvidas na diminuição dos índices dos fatores de risco de amputação se faz necessária.

Descritores: Amputação; Pessoas com deficiência; Pessoal de Saúde.

Abstract: *In Brazil, 6.95 % population has some physical disabilities and people with amputation fit into this universe. This study aimed to characterize the surgical amputation of members, except the extremities, performed in public hospitals between 2008 and 2010. Quantitative study, whose sample was determined by the amputation surgeries performed statistical reports issued by public sector referral hospitals in orthopedics / traumatology and vascular Florianópolis. The study had the approval of the Research Ethics Committee and the statistical analysis was performed by SEstatNET. It was found that men are the majority and they are younger than women. Injuries were one reason related to amputation and reach young adults and increases with age greater the relationship to chronic diseases. Health professionals should establish actions that promote health that reduce the rate of these injuries, however the effectiveness of public policies involved in the reduction of the rate of amputation risk factors is needed.*

Descriptors: Amputation; Disabled Persons; Health Personnel.

Resumen: *En Brasil, la población del 6,95% tiene alguna discapacidad física y personas con amputación encajan en este universo. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar la amputación quirúrgica de los miembros, a excepción de las extremidades, realizados en los hospitales públicos de referencia entre 2008 y 2010. Estudio cuantitativo, cuya muestra fue determinada por las cirugías de amputación realizadas informes estadísticos emitidos por los hospitales de referencia del sector público en la ortopedia/traumatología y vascular Florianópolis. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y el análisis estadístico se realizó mediante SEstatNET. Se encontró que los hombres son la mayoría y son más jóvenes que las mujeres. Las lesiones fueron un motivo relacionado con la amputación y llega a los adultos jóvenes y aumenta con la edad mayor es la relación con las enfermedades crónicas. Los profesionales de salud deben establecer medidas que promuevan la salud que reducen la tasa de este tipo de lesiones, sin embargo es necesaria la efectividad de las políticas públicas relacionadas con la reducción de la tasa de factores de riesgo de amputación.*

Descriptorios: Amputación; Personas con discapacidad; Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

Grande parte das pessoas, em algum momento da vida, irá se deparar com alguma dependência - durante muito ou pouco tempo, em maior ou menor grau (OMS, 2012). Considerando isso, cabe à sociedade prestar assistência às pessoas que possuem alguma limitação que as impede de realizar plenamente as atividades cotidianas. Ao encontro deste discurso, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência destaca como um de seus objetivos “*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, 2007, p. 16).

O Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimou que 23,9% da população brasileira possui alguma deficiência (visual, auditiva, motora, mental/intelectual). Também constatou que a deficiência motora representa 6,95% dessa população, dos quais, no sexo masculino 5,33% e no feminino 9,75%, ou seja: cerca de 13 milhões de brasileiros (IBGE, 2013), sendo 5 milhões de homens e 8 milhões de mulheres. Deficiência física refere-se a alterações que no corpo humano resultam no comprometimento do desempenho das funções físicas da maneira esperada. A amputação é assim considerada uma deficiência física (BRASIL, 1999).

A amputação é considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos e por muitas vezes foi apresentada como a única possibilidade cirúrgica para tentar preservar a vida (CHINI; BOEMER, 2007). Com ela, objetiva-se proporcionar melhores condições na função do membro, preservando o maior comprimento possível, e assim possibilitar qualidade de vida. A efetivação da amputação, principalmente se for acompanhada por uma boa recuperação, é influenciada diretamente pela realização da mesma no ponto mais distal, considerando-se o sítio da amputação, a circulação da região e utilidade funcional. Esse conjunto de observações proporciona/potencializa o uso da prótese futuramente (SMELTZER; BARE, 2009).

Em Santa Catarina, estado onde o estudo foi realizado, em dados preliminares do ano de 2011 da Secretaria de Saúde do Estado, ocorreram nas instituições de saúde da Grande Florianópolis, no período de 2008 a 2010, 6280 amputações. Nesse contexto, 35,3% são

amputação/desarticulação de membros inferiores; 8,1% amputação/desarticulação de pé e tarso; 1,8% amputação/desarticulação de mão e punho; 1,3% de amputação/desarticulação de membros superiores/exceto mão; 0,4% de amputação/desarticulação por oncologia de membros inferiores e de 0,09% de membros superiores. Ressalta-se que 46% dizem respeito à amputação e desarticulação de dedo e 7,1% equivalem a cirurgias reparadoras de coto (SECRETARIA DE ESTADO DE SANTA CATARINA, 2011).

A pessoa com deficiência física, em especial a pessoa com amputação, é uma realidade presente em nosso cotidiano. Assim, conhecer essa população é um ponto de grande relevância para toda a sociedade, para que haja formação/fortalecimento de ações de saúde pública, com a finalidade de abranger essa população, que mesmo com certas limitações, tem o mesmo direito de ter condições que viabilizem saúde e bem-estar, como acesso à cultura, lazer, transporte adequado, ao mercado de trabalho, dentre outros fatores.

A amputação é um “*desafio a ser superado*”, pois gera novos olhares devido às mudanças no corpo que influenciam na “*autoestima, mobilidade, na capacidade de realizar as atividades da vida diária, no trabalho e no lazer*” (GUARINO; CHAMLIAN; MASIERO, 2007, p. 101). Tais mudanças acarretam em uma adaptação à “nova” identidade, a qual permite a pessoa com amputação uma nova experiência. Quando não há tal reconhecimento, o processo de reabilitação e a saúde da pessoa com amputação podem estar afetados (GALVÁN; AMIRALIAN, 2009).

Espera-se que o processo de amputação resulte em diversas reações, afinal não é somente a autoimagem que foi modificada, mas também a capacidade para se locomover, para trabalhar, entre outras, e tudo isso gera uma “exclusão” dos padrões de normalidade instituídos pela sociedade, por convenção. Espera-se que após a amputação a pessoa seja reinserida na sociedade com a sua nova condição de vida. O fortalecimento desse ideal é conseguido com a efetivação da reabilitação. O ser dependente é um, de muitos outros, motivos de preocupação da pessoa amputada.

Em decorrência das diversas modificações no cotidiano da pessoa com amputação, assim como para sua família, podem desencadear inúmeras reações. No entanto, são os profissionais de saúde os alicerces necessários para a readaptação da pessoa com amputação à nova condição de vida. A assistência prestada a essa pessoa e aos seus familiares deve oferecer condições que favoreçam e potencializem a inserção da pessoa com amputação à sociedade, mesmo com as

limitações que lhes foram acometidas. E, para toda assistência de qualidade que se deseja a qualquer pessoa, são necessárias políticas públicas que possibilitem tal desejo.

Assim, para o surgimento e aperfeiçoamento de políticas públicas que objetivem o cuidado à pessoa com amputação de forma adequada e que garanta condições de reabilitação à nova condição de vida desde o momento da internação, conhecer essa população é essencial. Faz-se necessário saber quem são essas pessoas, quais as causas para tal acometimento, qual a faixa etária mais afetada. Tendo em vista os questionamentos apresentados, este estudo visa caracterizar as cirurgias de amputação de membros, exceto extremidades, realizadas nos hospitais públicos na Grande Florianópolis, referências em vascular e em ortopedia, no período de 2008 a 2010.

MÉTOD

Este estudo faz parte de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, sendo um estudo exploratório, descritivo, apoiado no método misto de pesquisa. O método misto inclui inúmeras estratégias para que a pergunta de pesquisa seja respondida (DRESSNACK; VALMI; MENDES, 2007). Quando tais métodos são explorados, concomitantemente, há uma promoção mais ampla da realidade ensaiada (MINAYO, 2010). O estudo em questão apresenta parte dos resultados da pesquisa, o mesmo é estruturado na parte quantitativa da pesquisa.

A amostra foi determinada a partir dos relatórios de cirurgias de amputação de membros inferiores e/ou superiores (exceto extremidades), nos anos de 2008, 2009 e 2010, realizadas nos hospitais públicos da Grande Florianópolis, referências em cirurgia ortopédica/traumatologia e vascular.

A partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – CEPESH da Universidade Federal de Santa Catarina, por meio da Plataforma Brasil, sob o parecer n° 95.521, buscou-se a autorização da direção de cada hospital a ser pesquisado, para entrada no campo e obtenção dos dados desejados. Os registros das cirurgias realizadas foram fornecidos através do setor de estatística de cada hospital pesquisado, foram eles: HGCR (Hospitais Governador Celso Ramos – Florianópolis); HU (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina) – Florianópolis; HRSJ (Hospital Regional Homero de Miranda Gomes – São José) e ICSC (Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – São José).

Para a determinação do número de amputações de membros inferiores e/ou superiores, exceto extremidades, realizadas nos hospitais pesquisados, buscou-se nos registros arquivados no setor de estatística de cada hospital, através do banco de dados correspondente os termos: amputação; amputação de membros inferiores; amputação de membros superiores; desarticulação. 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). A partir dos dados apresentados por cada setor de estatística, foi possível determinar quais as amputações foram realizadas, assim como o sexo, a idade, a causa do agravo e a procedência de cada pessoa atendida para realizar a amputação em cada instituição pesquisada.

A caracterização das cirurgias realizadas nos hospitais pesquisados, entre os anos 2008 a 2010, foi determinada através da análise dos dados apresentados pelo programa estatístico virtual disponibilizado pela UFSC, Sestatnet. A análise foi realizada por meio de frequência absoluta e relativa, a partir dos cruzamentos das variáveis estudadas.

Ressalta-se que todo o estudo respeitou a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo pertence ao Macroprojeto intitulado “Pessoas Deficientes Físicas Submetidas à Amputação Clínica ou Traumática: uma análise sob a perspectiva da Bio/Ética”, o qual possui bolsa de financiamento Edital Universal 14/2011 do CNPq.

RESULTADOS

Os hospitais participantes são referências no Estado de Santa Catarina em: Cirurgia Vascular (Hospital Regional Homero de Miranda Gomes de São José, Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e Hospital Universitário), Ortopedia/Traumatologia (Hospital Regional de São José e Hospital Geral Celso Ramos) e Cirurgia Oncológica (Hospital Geral Celso Ramos).

Os atendimentos prestados por esses hospitais estenderam-se aos habitantes de todas as mesorregiões de Santa Catarina, incluindo outros estados do país. No entanto, a mesorregião mais atendida foi a Grande Florianópolis, com 71,2% das cirurgias realizadas, seguida da mesorregião norte e oeste, com 6,8% e 6,3%, respectivamente. Ressalta-se que cerca de 50% dessas cirurgias foram realizadas no Hospital Regional de São José, com 102 procedimentos no decorrer dos três anos que foram o foco desse estudo.

No decorrer dos anos 2008, 2009 e 2010 foram realizadas nesses hospitais 206 cirurgias de amputação de membros (inferiores e superiores), exceto extremidades. Nos registros estudados, apenas 5 (2,4%) não estavam relacionados à amputação de membros inferiores.

Dos 206 registros, 143 (69,4%) foram do sexo masculino e 63 (30,6%) eram do sexo feminino. A idade média das pessoas que sofreram amputação, foi de 66,47 anos, com a idade média masculina de 59,7 anos e a feminina foi 68,8 anos. A idade mediana foi de 66 anos, a idade mediana masculina foi 62 anos e a feminina foi 75anos. Ao observar a moda das idades, encontrou-se 77 anos como a mais frequente em ambos os sexos Ao analisar os sexos separadamente, a moda do sexo masculino foi 70 anos e no sexo feminino encontrou-se uma amostra bimodal, 70 e 81 anos.

As causas de amputação apresentadas nos registros de cirurgias foram divididas em sete grandes grupos, de acordo com cada procedimento. São eles: causas externas, doença vascular, gangrena, processo infeccioso, neoplasias, complicações diabéticas e outros. As causas de amputação evidenciadas nas causas externas, dizem respeito às amputações traumáticas e/ou fraturas expostas, já nas causas relacionadas pela doença vascular, evidenciam-se as isquemias vasculares, doença arterial obstrutiva periférica, isquemia irreversível em membros, entre outros. As causas evidenciadas por gangrena relacionam-se com as lesões que evoluíram para tais condições e que nem sempre estão ligadas a uma doença vascular prévia, no grupo de processo infeccioso agruparam-se os registros de infecções, lesões e sepse.

Para destacar as causas de amputação e sua distribuição segundo a faixa etária e sexo, construiu-se a tabela 01. A distribuição das faixas etárias seguiu a lógica de evidenciar o agravo amputação segundo causas mais relacionadas às doenças crônico-degenerativas e traumáticas, possibilitando a análise em cada sexo.

IDADE/SEXO/CAUSA	CAUSAS EXT.		DOENÇA VASC.		GAN-GRENA		P. INFEÇ.		NEOPLASIAS		C. DIABET.		OUTROS		TOTAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
< 20	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3	1
%	5,5	25	-	-	-	-	7,1	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-
IDADE/SEXO/CAUSA	0,7	1,6	-	-	-	-	0,7	-	0,7	-	-	-	-	-	-	2,1	1,6
% IDADE/SEXO	7	2	1	-	-	-	1	3	-	4	1	-	-	1	-	16	4
21 A 35	38,	50	1,7	-	-	6,6	21	-	45	50	-	-	33	-	-	-	-
% IDADE/SEXO/CAUSA	4,9	3,2	0,7	-	-	1,6	2,1	-	2,8	1,6	-	-	0,7	-	-	11	8
% IDADE/SEXO	7	1	4	2	3	1	3	1	2	1	1	1	-	-	20	7	7
36 A 50	38,	25	7	6,2	9,1	6,6	21	50	22	50	11	20	-	-	-	-	-
% IDADE/SEXO/CAUSA	4,9	1,6	2,8	3,2	2,1	1,6	2,1	1,6	1,4	1,6	0,7	1,6	-	-	-	14	11
% IDADE/SEXO	3	-	14	4	15	2	1	-	1	-	4	-	1	1	39	7	7
51 A 65	16,	-	25	13	46	13	7,2	-	11	-	44	-	33	33	-	-	-
% IDADE/SEXO/CAUSA	2,1	-	9,8	6,3	11	3,2	0,7	-	1,4	-	2,8	-	0,7	1,6	-	28	11
% IDADE/SEXO	-	-	30	12	11	8	5	1	1	-	4	3	1	1	52	25	25
66 A 80	-	-	53	38	33	53	36	50	11	-	44	60	33	33	-	-	-
% IDADE/SEXO/CAUSA	-	-	21	19	7,7	13	3,5	1,6	1,4	-	2,8	4,8	0,7	1,6	-	37	40
% IDADE/SEXO	-	-	8	14	4	3	1	-	-	-	-	1	-	1	13	19	19
> 80	-	-	14	44	12	20	7,2	-	-	-	-	20	-	33	-	-	-
% IDADE/SEXO/CAUSA	-	-	5,6	2,2	2,8	4,8	0,7	-	-	-	-	1,6	-	1,6	9,1	30	30
% IDADE/SEXO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	18	4	57	32	33	15	14	2	9	2	9	5	3	3	143	63	63

Tabela 1. Cirurgias de amputação realizadas, segundo idade, sexo e causa nos hospitais públicos de referência na Grande Florianópolis, nos anos de 2008 a 2010.

DISCUSSÃO

O número de amputações realizadas nos hospitais estudados, no período pesquisado, mostra que os homens são a maioria a realizar tal procedimento e que os mesmos são mais jovens que as mulheres, as quais apresentam uma distribuição equânime. Dos registros apresentados, a idade média dos homens está aproximadamente 6 anos abaixo da idade média de toda a população registrada, já a idade média das mulheres está 2 anos acima do total da população. Outros estudos vão ao encontro dos achados dessa pesquisa, onde o sexo masculino é predominante nos casos de amputações de membros e que os mesmos são mais jovens que as mulheres (SCHOELLER, et al, 2013; ALVARSSON, et al, 2012). Ressalta-se que o achado do estudo e também em outros estudos contradizem a estatística apresentada pelo Censo de 2010, onde as pessoas com deficiência motora são na maioria mulheres (IBGE, 2013). Convém afirmar que no que diz respeito à deficiência motora, abrange todo e qualquer déficit motor que impossibilite e mobilidade esperada a pessoa.

As causas externas foram um dos principais motivos relacionados à amputação no decorrer da pesquisa, a mesma atinge a parcela mais jovem da população em estudo e o sexo masculino foi predominante. Os

acidentes de trânsito são uma parcela importante das causas externas e acidente de moto é o mais relevante (OMOKE, et al, 2012).

Nessa pesquisa, ao analisar a idade decorrente a amputação por causas externas há 11 registros cuja idade é menor aos 35 anos, 8 possuem entre 36 e 50 anos e apenas 3 possuem entre 51 e 65 anos. Desses registros, 81% são homens e aproximadamente 83% são menores de 50 anos, caracterizando-se por homens jovens em idade economicamente ativa.

Estudos mostram que no Brasil e em outros países, os acidentes de trânsito envolvem a população masculina jovem, entre 20 a 39 anos. (CALIL, et al, 2009; BRASIL, 2010; OMOKE, et al, 2012; BRASIL, 2013). Neste sentido, a amputação traumática em membros está associada aos índices de morbidade característicos de países em desenvolvimento, o que acarreta na qualidade de vida da pessoa que sofreu a amputação e de seus familiares (CALIL, et al, 2009; OMOKE, et al, 2012).

Acredita-se que ações de educação em saúde na prevenção desses indicadores possibilitem a reversão desse caso (OMOKE, et al, 2012). Para que tal efeito seja positivo, faz-se necessária a compreensão da extensão e gravidade dos motivos que potencializam as causas externas. Essa responsabilidade é um desafio que o Estado deve superar (BRASIL, 2010), visto que as causas externas atingem diretamente a população jovem e economicamente ativa do país, o que acarreta em danos socioeconômicos, influenciando na qualidade de vida dessas pessoas.

Ficou evidenciado que, à medida que a idade das pessoas que sofreram amputação aumenta, maior é a relação com as doenças crônico-degenerativas. Nesta direção, os motivos de amputação mais evidenciados relacionam-se às doenças vasculares, gangrenas, além das complicações diabéticas em menores proporções. Acredita-se que tais causas dessas amputações registradas estão relacionadas à *Diabetes Mellitus* (DM), visto que a DM é um fator relevante à amputação (HENRY, et al, 2011, ALVARSSON, et al, 2012, HOLMANN; YOUNG; JEFFCOATE, 2012). Afinal o risco de amputação de membros inferiores em pessoas que possuem DM é maior àquelas que não a possuem (BUCKLEY, et al, 2012). Acredita-se que o risco de amputação diminui se as causas bases forem tratadas precocemente, sendo a equipe multidisciplinar responsável pelo desenvolvimento de ações educativas em saúde (ALVARSSON, et al, 2012).

Um estudo organizado no início do século XXI mostra a prevalência nos casos de DM para o ano de 2030, estima-se que pessoas

com DM em idade entre 64 anos serão por volta de 82 milhões nos países em desenvolvimento e 48 milhões em países desenvolvidos. No Brasil, acredita-se que a população de idade entre 64 anos com DM serão cerca de 11,3 milhões (WILD, et al, 2004). A DM é considerada um problema de saúde pública, pois quando não há a possibilidade de um diagnóstico precoce e muito menos garantia de acesso aos serviços de saúde, o problema torna-se ainda mais alarmante (FARJADO, 2006).

Entende-se que através de um diagnóstico precoce, e também com o controle efetivo dos fatores de riscos, diminuem as possibilidades de amputação (ANDREWS, 2011 ALVARSSON, et al, 2012). É certo que a prevenção, além de ações que promovam a saúde, assim como uma assistência de qualidade, proporciona melhora na qualidade de vida da pessoa a ser cuidada (ASSUMPÇÃO, et al, 2009).

Ao analisar as três maiores causas de amputação evidenciadas na pesquisa em questão, considerando as faixas etárias: 51-65 anos, 66-80 anos e >80 anos; os homens são 65,69% dos 137 registros de amputações realizadas, desses cerca de 40% possuem entre 51 a 65 anos. Constatou-se então, no que diz respeito às doenças crônico-degenerativas, o sexo masculino é predominante, já em relação às mulheres que sofreram amputação, os números aumentaram de acordo com o aumento da idade.

Evidencia-se em outro estudo que a amputação acomete tanto homens como mulheres. No entanto, nos homens acontece em maiores proporções (SCHOELLER, et al, 2013). O fato dos homens sofrerem mais amputações, com menor idade, em relação às mulheres pode estar relacionado com um discurso de censo comum de que ele não é um ser vulnerado e assim não necessita de cuidados preventivos, visto que o homem tem receio em saber que possuem alguma doença (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007; SCHOELLER, et al, 2013).

Constata-se que a população masculina possui baixo acesso à atenção primária, o que leva à vulnerabilidade, pois quando há busca de atendimento, os mesmos já são somados aos índices de morbidade, resultando em mudanças biopsicossociais, que influenciam na qualidade de vida dessa população. O baixo conhecimento, principalmente, da população masculina quanto à importância da promoção à saúde e à prevenção de agravos, repercute diretamente nas ações que dizem respeito ao autocuidado. (FONTES, et al, 2011).

Outro motivo evidenciado nas cirurgias realizadas nos hospitais pesquisados envolve a neoplasia como causa base, embora em número menor (5,34%), mas com grande importância a ser considerada. Estudos mostram que cerca de 70% dos sarcomas ósseos surgem próximos à

articulação do joelho e estima-se que 15% resultam em amputação. Além dos sarcomas ósseos, os sarcomas de tecidos moles atingem predominantemente os membros inferiores (BREWER, et al, 2012).

Em uma pesquisa, foi sinalizado que a elevada incidência da perda do membro pode estar relacionada à extensão da doença, assim como a disponibilidade de um bom tratamento médico. No entanto, tendo em vista que a amputação é um tratamento, este deve ser selecionado com base na necessidade individual. Portanto, visto a real fragilidade da pessoa submetida à amputação, ou a sua morbidade ou falta de mobilidade, apresentar-se para e pelos profissionais, instituições e políticas de saúde, refletirá negativamente ou positivamente sobre a qualidade dos serviços especializados (HOLMANN; YOUNG; JEFFCOATE, 2012).

A amputação é considerada como uma alternativa de recuperação da qualidade de vida da pessoa que necessita de cuidados quando não há outra solução e quando medidas de prevenção foram tomadas. A busca de alternativas que resultam na prevenção de amputações maiores já é presente (FENG, SCHLÖSSER, SUMPIO, 2011). Medidas de prevenção são essenciais para que o índice de amputação diminua, para isso faz-se necessário que práticas educativas sejam adotadas. Pessoas que possuem probabilidade de desencadear uma amputação devem ser orientadas quanto aos cuidados a serem tomados.

Sabe-se que quando há conscientização nos cuidados à saúde, as pessoas que possuem predisposição à amputação têm seus riscos diminuídos. Outro fato que se relaciona diretamente à diminuição da amputação envolve o tratamento efetivo e precoce (ALVARSSON, et al, 2012). Neste sentido, há uma grande importância de que a pessoa a ser cuidada compreenda as ações de cuidado em saúde (ANDREWS, 2011), as quais devem proporcionar melhora nas condições de saúde vivenciadas por essas pessoas (ASSUMPCÃO, et al, 2009).

Diante do que foi apresentado, conscientizar a população no controle das causas bases da amputação, as medidas de promoção à saúde são importantes e necessárias, além do cuidado em saúde, assim como estratégias que viabilizem a diminuição de causas externas, influenciarão diretamente na diminuição da amputação. Acredita-se que quanto mais investir-se em ações de cuidados em saúde e na diminuição das causas externas, a amputação diminuirá, nesse contexto, o Estado é o grande responsável por desenvolver políticas públicas e permitir o cumprimento das mesmas, oferecendo à sociedade condições que potencializem e garantam a qualidade de vida.

Logo, se há uma assistência de qualidade, onde os profissionais atuam em equipe e que valorizam a assistência interdisciplinar, a recuperação que se espera da pessoa com amputação é potencializada. Afinal, os profissionais de saúde são essenciais nas ações de prevenção e no cuidado relacionado à amputação. Como citado anteriormente, o Estado é o principal responsável em fornecer condições adequadas para a realização de uma assistência de qualidade. Sabe-se que boas condições de trabalho e qualidade de infraestrutura favorecem uma assistência de qualidade.

A importância da comunicação entre os profissionais, o trabalho interdisciplinar é essencial no momento da recuperação das pessoas submetidas à amputação (PAYNE, 2010; LOPES, et al, 2010). No entanto, as ações de educação em saúde são relevantes em qualquer nível de atenção, quando é fornecida uma orientação eficaz, há o aumento do conhecimento dos envolvidos o que proporcionará melhorias na qualidade de vida. Tais fatos evidenciam-se a partir da sensibilização na mudança do estilo de vida, assim como a aquisição de habilidades relacionadas ao autocuidado (MORAIS, et al, 2009).

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde também devem estar capacitados para favorecer o atendimento e manter um padrão do mesmo. O profissional de saúde, na assistência à pessoa com amputação ou àquela que possui risco de amputação deve ter o conhecimento da rede que viabiliza o atendimento às pessoas com amputação. Ainda assim, mesmo com o padrão de atendimento, a individualidade na assistência a cada pessoa deve ser preservada.

CONSIDERAÇÕES

Diante de tudo o que foi apresentado, os achados desse estudo corroboram com o que é apresentado na literatura estudada. Visto que os homens são a maioria quando o tema envolve a amputação e os mesmos podem ter menos idade em relação às mulheres. Constatou-se que as mulheres também sofrem amputação, no entanto, nesse caso, as amputações envolvem as que possuem maior idade.

As causas externas são um grande problema epidemiológico no Brasil, assim como em países em desenvolvimento. Ações que promovam a conscientização da população visam os riscos que toda população corre em ser vítima das causas externas. É importante considerar que a população jovem é a que mais se envolve em acidentes condizentes às causas externas, levando a uma grande perda

socioeconômica, ressaltando que tal população encontra-se economicamente ativa.

A principal causa de amputação, no estudo apresentado, envolve as doenças vasculares. Estudos mostram que tal causa possui como doença de base a Diabetes Mellitus, a mesma é considerada um grande problema de saúde pública. Visto que ações de educação em saúde são essenciais para que a população atingida tenha os conhecimentos necessários sobre os hábitos saudáveis. Nesta perspectiva, acredita-se que ações de cuidados específicos influenciam diretamente na diminuição dos riscos de amputação.

Neste contexto, os profissionais de saúde são relevantes nas ações que promovam à saúde, para isso a efetivação das políticas públicas envolvidas na diminuição dos índices dos fatores de risco de amputação se faz necessária. Além disso, a atuação dos profissionais de saúde deve acontecer de maneira interdisciplinar, todos com único objetivo: a recuperação das pessoas a serem cuidadas.

Estudos estatísticos são importantes para o real conhecimento da população envolvida, tornando-se possível traçar um perfil da população envolvida no estudo além de inspirar o surgimento de outras pesquisas que visam buscar as necessidades desta população. Nesta perspectiva, novos estudos se fazem necessários para a consolidação da real população envolvida com a amputação, levando em consideração as suas causas bases e quais as medidas preventivas que devem ser estabelecidas para a diminuição índice de amputação.

Nesta perspectiva, apresenta-se como potencialidades o fato do estudo ser desenvolvido a partir da população absoluta relacionada ao quantitativo dos hospitais públicos da Grande Florianópolis de referência. E, como limitação do estudo, evidencia-se a impossibilidade de acesso integral aos prontuários das pessoas submetidas à amputação, impedindo de traçar o perfil epidemiológico da mesma.

REFERÊNCIAS

ANDREWS, K.L. The at-risk foot: what to do before and after amputation. **J Vasc Nurs**, v. 29, n. 3, p. 120-3, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030311001142> #> Acesso em: 15 jul. 2013.

ALVARSSON, A. et al. A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented? **Cardiovasc Diabetol**, v. 11, n. 18, p.1-11, 2012. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362773/pdf/1475-2840-11-18.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

ASSUMPCAO, E. C. et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. **J. vasc. bras.**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492009000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2013.

BUCKLEY, C.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**, v.12, n.7, 2012. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0041492>> Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Decreto Lei nº 3.298, 20 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>> Acesso em: 01 maio 2012.

BRASIL. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. 2007. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CEsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D424%26Itemid&ei=VN6_T5PHKIPk9ATkodiOCw&usq=AFQjCNHPsoQtsVCb4e_gszjyeDswzefTVg&sig2=oxdG8GQlF8wvc1qd> Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BREWER, P. et al. Perioperative mortality following above-knee amputations indicated for bone and soft tissue tumours. **Eur J Surg Oncol**, v. 38, n. 8, p. 706-10, 2012. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0748798312002466>> Acesso em: 20 jul. 2013

CALIL, A.M. et al. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2013.

CHINI, G.C.O; BROEMER, M.R. A Amputação na Percepção de quem vivencia: Um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev Latino – am de Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21> Acesso em: 10 maio 2012.

DRIESSNACK, M; SOUSA, V.D; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-am de Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 179-82, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf >. Acesso em: 04 mai 2012.

FENG, Y; SCHLÖSSER, F.J; SUMPIO, B.E. The Semmes Weinstein monofilament examination is a significant predictor of the risk of foot ulceration and amputation in patients with diabetes mellitus. **J Vasc Surg**, v. 53, n. 1, p. 220-26, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521410014953>> Acesso em: 15 jul. 2013.

FARJADO, C. A importância do cuidado com o pé diabético: ações de prevenção e abordagem clínica. **Rev Bras Med Fam e Com**, v.2, n.5, 2006. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/25/336>. Acesso em: 20 ago 2013.

FONTES, W.D. et al . Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2013.

GUARINO, P; CHAMLIAN, T.R; MASIERO, D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. **Act Fisiatr**, v. 14, n. 2, p. 100-103, 2011. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/BCC0D400288793E8BDCD7C19A8AC0C2B/acta_14_02_pg_s_100-103.pdf> Acesso em: 14 maio 2012.

GALVÁN, G.B; AMIRALIAN, M.L.T.M. Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. **Estud. Psicol**, v. 26, n. 3, p. 391-98, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a12.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? **Cad. Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> Acesso em: 12 Ago. 2013

HENRY A.J. et al. Socioeconomic and Hospital-Related Predictors of Amputation for Critical Limb Ischemia. **J Vasc Surg**, v.53, n. 2, p. 330-9, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521410021634>> Acesso em: 10 jul. 2013.

HOLMAN N; YOUNG RJ; JEFFCOATE W.J. Variation in the recorded incidence of amputation of the lower limb in England. **J Vasc Surg**, v. 55, n. 7, p. 1919-25, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-012-2468-6/fulltext.html>> Acesso em: 20 jul. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm> Acesso em: 14 ago. 2013.

LOPES, F.A.S et al. Abordagem multidisciplinar do paciente diabético com infecção nos pés: prevenção de amputações maiores. **Moreira Jr**, v. 67 – Especial Ortopedia, p.13-18, 2010. Disponível em:

<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4489
> Acesso em: 23 ago 2013.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; p. 205-24, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf
Acesso em 30 ago. 2013.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MORAIS, G.F.C et al. Conhecimento e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. **Revista Baiana**, v.33, n.3, p. 361-71, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a005.pdf>> Acesso em: 30 ago 2013.

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 abril 2012.

OMOKE, N.I. et al. Traumatic extremity amputation in a Nigerian setting: patterns and challenges of care. **Int Orthop**, v. 36, n. 3, p. 613-8, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00264-011-1322-7/fulltext.html>> Acesso em: 25 jul. 2013.

PAYNE, K.F.B. et al. Lower Limb Amputation Wound Care: Is There A Consensus On Wound Management? Are Post-Operative Instructions Clear? **The Internet Journal of Surgery**. v. 25, n. 1, 2010. Disponível em: <http://archive.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-surgery/volume-25-number-1/lower-limb-amputation-wound-care-is-there-a-consensus-on-wound-management-are-post-operative-instructions-clear.html#sthash.aAdKzrcV.dpuf> Acesso em: 25 jul.2013.

SCHOELLER, S. D. et al. Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 2, p.445-51, 2013. [internet] Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3351/5326>> Acesso em: 30 Ago 2013

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Sistema de Informações em Mortalidade**. Santa Catarina. Disponível em: <<http://200.19.222.8/cgi/tabcgi.exe?sim96.def>> Acesso em 03 julho 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Wild, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**. v. 27, n. 5, p.1047-53, 2004. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=15111519>> Acesso em: 15 ago 2013.

5.2 Manuscrito II - O Cuidado à Saúde à Pessoa com Amputação: análise na perspectiva da Bioética

O Cuidado à Saúde à Pessoa com Amputação: análise na perspectiva da Bioética⁵

The Health Care for People with Amputation: analysis from the perspective of Bioethics

El Atención de Salud para personas con amputación: análisis en la perspectiva de la Bioética

Ana Maria Fernandes Borges⁶

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas⁷

Soraia Dornelles Schoeller⁸

Resumo: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório realizado por entrevista com 18 pessoas submetidas à amputação no período de 2008 a 2010 em hospitais públicos de referência em ortopedia/traumatologia e vascular da Grande Florianópolis. Os objetivos são analisar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em todo o processo de amputação na perspectiva da pessoa com amputação e articular o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação à análise bioética. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo. Das entrevistas emergiram quatro categorias temáticas: o processo de amputação; atuação da equipe; reabilitação e aquisição e o uso da prótese. 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

⁵Manuscrito apresentado como parte do resultado da dissertação sob o título “O Cuidado à Saúde da Pessoa com Amputação à Luz da Bioética”, vinculado ao Grupo de Pesquisa Práxis – Trabalho, Educação, Saúde e Cidadania da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), desenvolvido em 2013.

⁶Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Bolsista CNPq Membro do Grupo de Pesquisa Práxis.

⁷Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Vice-líder Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC.

⁸Enfermeira. Doutora em Enfermagem UFSC. Docente Graduação e Pós-Graduação Departamento Enfermagem UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis-UFSC. Coordenadora do Grupo (Re)Habilitar-UFSC.

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.

***Abstract:** Qualitative, descriptive study conducted by interviewing 18 people who underwent amputation in the period 2008-2010 in public reference hospitals in orthopedics/traumatology and vascular Florianópolis. The objectives were to analyze the care provided by health professionals throughout the process of amputation in the perspective of the person with amputation and articulate the process of health care to the person with amputation for bioethical analysis. Data were analyzed based on content analysis. Interviews four thematic categories emerged: the process of amputation; performance of the team; rehabilitation and acquisition and use of the prosthesis. Bioethics enables reflection on the care provided to people with amputation and refers to problematize the relationship process of health care with subsidies available through the public health policies. The professionals involved in this process need to be responsible for the effectiveness of this process and interdisciplinarity is essential for the recovery of people with amputation.*

Descriptors: Amputation; Health Personnel; Bioethics; Delivery of Health Care; Health Public Policy.

***Resumen:** Estudio cualitativo, descriptivo realizado mediante entrevistas a 18 personas que se sometieron a la amputación en el período de referencia 2008-2010 en los hospitales públicos en ortopedia / traumatología y vascular Florianópolis. Los objetivos fueron analizar la atención recibida por profesionales de la salud en todo el proceso de la amputación en la perspectiva de la persona con amputación y articular el proceso de atención de salud a la persona con la amputación de análisis bioético. Los datos se analizaron en base a los análisis contenido . Entrevistas cuatro categorías temáticas surgieron : el proceso de la amputación, el rendimiento del equipo, la rehabilitación y la adquisición y el uso de la prótesis. Bioética permite hacer una reflexión sobre la atención brindada a las personas con amputaciones y problematiza Se refiere al proceso de relación asistencial con subsidios disponibles a través de las políticas de salud*

pública. Los profesionales que intervienen en este proceso deben ser responsables de la eficacia de este proceso y la interdisciplinariedad es esencial para la recuperación de las personas con amputación.

Descriptor: *Amputación; Personal de Salud; Bioética; Prestación de Atención da 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 (BRASIL, 1999). Por muito tempo, foi considerada como a única possibilidade terapêutica ao homem (CHINI; BOEMER, 2007).

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 (IBGE, 2013).

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. No artigo 23 da Constituição Federal, o capítulo II 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*” (BRASIL, 2010, p. 3).

Cotidianamente, a ética insere-se como temática no processo de atuação/assistência prestada pelos profissionais de saúde, os quais enfrentam dilemas éticos, como as desigualdades de condições de vida, o acesso aos serviços pelos usuários do sistema e também a falta de preparo/qualificação dos recursos humanos em saúde (SCHNEIDER, 2010). Nesta direção, acredita-se que a discussão pelo contexto da bioética da proteção e de intervenção, contribui nas reflexões acerca do processo de assistência às pessoas com deficiência. Isto é, na medida em que é ponto de pauta a questão de diminuir a fragilidade daqueles que são considerados “diferentes”, a bioética de proteção e de intervenção se fazem [ou deveriam se fazer] presentes na efetividade das políticas públicas (BERNARDES, et al, 2009).

A bioética permite refletir a respeito da responsabilidade do Estado diante da saúde da população. Assim, a relação de cuidado e proteção da bioética visa promover a competência moral de indivíduos e populações frente aos conflitos inerentes às relações humanas (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009). Logo, a bioética de intervenção apoiada na bioética de proteção é considerada como alicerce no que diz respeito à proteção à vida, possibilidade de convivência social (VARGAS, 2013a).

A bioética de intervenção foi estabelecida diante dos contrastes e necessidades presentes nos países em desenvolvimento da América Latina, na qual as questões éticas são levantadas juntamente com o desenvolvimento biotecnológico e científico, a disparidade da relação cuidador e pessoa a ser cuidada, além das políticas de saúde e às desigualdades sociais. Nesta perspectiva, a bioética de intervenção fundamenta sua discussão justiça sanitária, a inclusão social e a cidadania (VARGAS, 2013a).

Já a bioética de proteção mostra-se junto ao coletivo, apontando a necessidade da conscientização e ação para grandes mudanças sociais (HELMANN, 2009). A relevância da saúde pública na América Latina incorpora o ato de “proteger” aqueles que necessitam de assistência, sendo nomeados de vulnerados. Em distinção aos vulneráveis, qualquer ser humano em sua condição genérica e potencial, os vulnerados são aqueles que, por situações de fato, encontram-se com problemas que afetam suas condições de vida ou estado de saúde. Ressalta-se que os vulneráveis englobam a sociedade, visto que todos que podem adquirir algo que interfira na condição de vida ou estado de saúde (SCHRAMM, 2009). Consequentemente, a bioética de proteção busca proteger o vulnerado diante de situações de risco, promovendo a autonomia e a qualidade de vida daqueles que são afetados (SCHRAMM, 2005).

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 (GARRAFA, 2005). Assim, a assistência à pessoa amputada necessita que o profissional e o sistema de saúde disponibilizem ações que potencializem a qualidade da assistência e que a mesma seja capaz de repercutir positivamente no bem-estar biopsicossocial da pessoa com amputação.

Cada pessoa apresenta condições específicas para um modo de viver na sociedade, condições que se alteram, sempre, nessa mesma sociedade. Tais condições possibilitam determinar se essa pessoa está na posição de vulnerável ou vulnerada. Espera-se, então, que a sociedade possa desenvolver estratégias/técnicas no intuito de minimizar ou até

eliminar as incapacidades que atingem uma pessoa que sofreu amputação.

Ainda, a assistência fornecida à pessoa com amputação, ou que sofrerá a mesma, deve ser realizada de maneira a torná-la capaz de detectar e compreender seus direitos diante das ações em saúde, visando, também, a sua autonomia. De outro modo, acredita-se que as bioéticas de intervenção e proteção, na medida em que procuram visibilizar as situações de igualdade/desigualdade ou a equidade/inequidade entre os seres humanos podem fornecer subsídios competentes para fazer o ser humano compreender quais são seus direitos e reivindicar por eles (GARRAFA; PORTO, 2007, GARRAFA, 2012). “*O direito à saúde precisa conjugar a proteção da autonomia individual e a prestação coletiva de meios para efetivação desse direito*” (JUNGES, 2009, p.288). Assim, idealiza-se que o profissional no momento da assistência consiga contextualizar todas as condições sociais e estruturais relacionadas àquela pessoa, em especial, a submetida à amputação potencializando resultados ainda melhores.

Conhecer as pessoas com amputação é primordial, visto que pode potencializar a formação e o fortalecimento de ações de políticas públicas. Logo, 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. Como objetivos do estudo elencam-se: analisar a assistência prestada pelos profissionais de saúde em todo o processo de amputação na perspectiva da pessoa com amputação e articular o processo de assistência à saúde à pessoa com amputação à análise bioética.

MÉTODOS

Esse estudo integra o Macroprojeto intitulado “Pessoas Deficientes Físicas Submetidas à Amputação Clínica ou Traumática: uma análise sob a perspectiva da Bio/Ética”, no qual se utilizou o método de pesquisa misto. (MINAYO, 2010). O Macro projeto tem bolsa de financiamento iniciativa à pesquisa pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e foi realizado nos hospitais públicos da Grande Florianópolis, que são referências em cirurgia ortopédica/traumatologia e vascular.

Este manuscrito apresenta resultados oriundos da pesquisa qualitativa exploratória e descritiva. Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa

Catarina, por meio da pesquisa na Plataforma Brasil, sob o parecer nº 95.521, buscou-se a autorização da direção de cada hospital a ser pesquisado, para entrada no campo e obtenção dos dados necessários para o estudo. Os registros das cirurgias realizadas foram fornecidos através do setor de estatística de cada hospital pesquisado, foram eles: HGCR (Hospitais Governador Celso Ramos – Florianópolis); HU (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina) – Florianópolis; HRSJ (Hospital Regional Homero de Miranda Gomes – São José) e ICSC (Instituto de Cardiologia de Santa Catarina – São José).

Para obtenção do número de amputações de membros inferiores e/ou superiores, exceto extremidades, realizadas nos hospitais pesquisados, buscou-se nos registros arquivados no setor de estatística de cada hospital, através do banco de dados correspondente os termos: amputação; amputação de membros inferiores; amputação de membros superiores; desarticulação. 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).

A partir dos dados apresentados de cada setor de estatística, para a seleção dos participantes desse estudo foi realizado um sorteio por meio do número de registros de cirurgias de residentes da Grande Florianópolis, o qual foram 146. 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; aceitar participar da pesquisa; ter capacidade de comunicação. Já os critérios de exclusão foram: ter idade acima de 85 anos; óbito.

Após a aplicação dos critérios de exclusão, restaram 124 registros. Contudo, 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. Foram pré-selecionados 24 participantes, no entanto os participantes do estudo totalizaram 18 pessoas a partir da saturação dos dados coletados.

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual autorizava a pesquisa aos prontuários das pessoas sorteadas e também a realização da entrevista. As entrevistas foram organizadas de forma semiestruturada, e as mesmas gravadas em gravador digital e posteriormente transcritas, mediante a autorização. A duração das entrevistas foi em média 40

minutos. O local de realização das entrevistas foi escolhido pelos participantes do estudo, que foi a residência dos mesmos, exceto uma entrevista 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 identificação 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).

A análise das entrevistas realizadas foi feita com base na análise de conteúdo temática. A qual condiz à afirmação do assunto, ao tema da pesquisa, articulando-se às diversas relações que o tema apresenta e as mesmas são apresentadas a partir de uma frase, resumo ou palavra (MINAYO, 2010). Foram seguidos os critérios metodológicos previstos nesta análise: pré-análise, categorização, inferência, descrição e interpretação (GOMES, 2012). Para a organização dos dados foi utilizado o software ATLAS-Ti, assim foi realizada uma leitura a fundo das entrevistas, dela emergiram pré-categorias de análise, as quais se uniram pela semelhança temática. A partir desse momento, houve a descrição das falas selecionadas com a análise das mesmas.

Foi garantida a confidencialidade das informações, o anonimato dos participantes, a possibilidade de desistência de participação a qualquer momento sem prejuízo de sua assistência. O estudo respeitou a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

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 (66%) são do sexo masculino. Aproximadamente 80% das pessoas entrevistadas possuíam mais de 50 anos no momento da amputação. E, as principais causas estão relacionadas à doença vascular, gangrena, complicações diabéticas e processos infecciosos; todos têm como doenças de base Diabetes Mellitus e apenas uma pessoa não possui hipertensão arterial sistêmica. Dos entrevistados, oito (44%) já haviam sofrido amputações anteriores. Ressalta-se que dos 18 entrevistados, três tiveram a amputação relacionada a acidente de trânsito e estes, no momento da amputação, possuíam entre 19 a 35 anos.

Ao analisar a escolaridade detecta-se que: seis (33%) possuem ensino fundamental incompleto, sete (38%) possuem ensino fundamental, quatro (22%) possuem ensino médio e um (5,55%) está cursando o ensino superior. Quanto ao estado civil: 11 (61%) são casados, três (16%) são viúvos, dois (11%) são divorciados e dois são solteiros (11%). E, quanto à atual ocupação dos entrevistados: 14 (80%) são aposentados/pensionistas, cinco destes possuem aposentadoria por invalidez relacionada à amputação, três (17%) estão na perícia e um (5,55%) é atleta e professor de natação.

Após processo de transcrição e análise do material coletado, advindo das entrevistas com as pessoas amputadas, emergiram quatro categorias temáticas relacionadas aos objetivos do estudo: O processo de amputação; Atuação da equipe; Reabilitação e Aquisição e o uso da prótese.

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:

“Eu comecei amputando o dedo primeiro, isso foi em 98 [...] bati o carro e quebrei o dedo, ai não curou mais e eles tiveram que amputar o dedo. Depois comecei a sentir dor na perna quando andava [...] ai eu fui lá e eles falaram que era problema de circulação [...]. Em 2006, não amputei, eles fizeram só uma cirurgia para desentupir as artérias. Mas em 2008 parou a circulação da perna, ai eu fui pra lá e ai amputaram mesmo. Não teve jeito!” (08MXI)

“Tentaram salvar, tentaram ao máximo. Eu tive dois meses lá com a gaiola né? Mas aí não teve jeito, não sentia mais nada na parte de baixo [...] foi arroxando, já estava escurecendo, deu até necrose, necrosou aqui em casa. Aí em casa, meu primo foi fazer o curativo, a hora que ele tirou a faixa, meu Deus do céu, tinha um monte daqueles bichinhos sabe? [...] ai eles amputaram a perna”. (10MXVIII)

Mesmo sabendo o local ideal da amputação, muitos profissionais

optam, primeiramente, em satisfazer a necessidade da pessoa, apesar de saber que mais tarde outra amputação será necessária:

“Começou a ferida no meio dos dedos, fui fazendo o curativo e começou a apodrecer, [...] fiquei 3 meses dormindo sentado no sofá, [...] se a perna pareasse com o corpo, eu ficava doido. Minha perna era gelada, [...] quando resolvi ir ao hospital, consultei com o médico, ele olhou e disse: ‘É, a saída é [...] amputar a sua perna.’ Ai fui a loucura, daí pra me contentar eles cortaram a metade do pé assim, mas aí eu sofri. Começou a apodrecer o pé, não sarava, [...], eles fizeram angioplastia, senti ferver sangue aqui na virilha. Aquele sofrimento no pé, fiquei 23 dias internado, me chamaram para amputar 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:

“[...] tinham que cuidar do meu pulmão, eu 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 a primeira vez [...] voltei a consciência e a minha perna ainda estava lá, eles tinham reconstituído toda a perna, deixaram para ver o que ia dar, mas daí deu a parada respiratória, foi onde necrosou, eles não cuidaram mais da perna, a perna 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, manter a pessoa informada de todos os procedimentos que irão acontecer ou que aconteceram, assim como mostrar que ela é essencial nesse processo, potencializa a sua recuperação:

“[...]Passei por uma junta médica, eles conversaram e disseram que tinha que cortar aqui

(coxa), porque se cortasse antes eu ia sofrer de novo. [...] Ai eu concordei, e na hora que fui para mesa disse para cortar onde fosse para sarar, porque o sofrimento era grande. Fiquei 15 dias no hospital sem colocar nada na boca, [...]. O médico [...] chegou e disse que eu tinha que ajudá-los, porque se eu não voltasse a comer ia morrer, não tinha mais saída. [...]Fiquei mais 10 dias, voltei a comer.”(10MX)

“Todos me trataram muito bem, uma maravilha! No hospital não faltou nada. Os médicos, os enfermeiros eram muito bons. Os médicos sentavam na cabeceira da minha cama e diziam: ‘A senhora não vai andar, cuida muito bem 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 me explicou dizendo que o osso do tornozelo não existia mais, nenhum dos outros médicos me deu uma explicação exata.” (08MXVI)

“A psicóloga também que me ajudou muito na hora da amputação.” (10MXVIII)

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

“Eles falaram bem radical: ‘A gente vai ter que tirar a tua perna porque não tem mais como recuperar a perna..”(10MXVIII)

“Eu tive até no hospital duas vezes, a moça vinha, olhava minha perna, fazia curativo, ai no final vinha o médico, olhava, e mandava embora. [...] não explicavam nada. Não diziam 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 que podem ser tensionados nas falas a seguir:

“[...] tirando alguns médicos que eram meio grosso, foi bom sim, [...] a perna que estava machucada, eles pegavam como eles queriam, o cara falava que estava doendo e eles não estavam nem aí. [...] eles eram bem educado, 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 falado: ‘Vou fazer uma limpeza e quem sabe eu retire mais um pouco’. Podia ter me preparado, mas não, voltei de lá tranquilo com o pé enfaixado [...] passou a anestesia e eu fui mexer o pé [...] ‘Ué, até parece que o meu pé não tá ali’! Foi uma agressividade fora do comum.”
(10MIV)

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

“Teve uma situação que foi quando fui fazer a segunda cirurgia. A cirurgia estava marcada para as oito/dez horas da manhã e fui fazer a cirurgia só às quatro horas da tarde, isso porque começaram a mexer nos pauzinhos, porque se não eu não ia fazer. Sempre chegava uma emergência. [...] Quando meus pais perceberam que essa cirurgia não ia acontecer, eles começaram a ligar para algum conhecido para ver se eles conseguiam fazer alguma coisa e aí eu fui fazer a cirurgia, eu tinha ficado o dia inteiro sem comer”. (08FXVII)

“Na época o diretor do hospital não autorizou o médico operar com o material melhor que não era do SUS, [...]ele alegou que o material do SUS é 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 e tudo. Não faltou boa vontade do médico.” (10MXVIII)

Reabilitação

A reabilitação é potencializada se a mesma ocorre com a atuação de uma equipe multidisciplinar e que realiza o trabalho interdisciplinar. No entanto as falas não caracterizam tal assistência:

“É, eles informavam pra mim, elas ensinavam a enrolar a minha, elas ensinavam tudo direitinho, se fosse lá e não estivesse certo, elas já me chamavam a atenção (risos) [...] para você poder tirar a medida da prótese se deixar ficar grossa não vai dar, porque se não depois você não vai aguentar calçá-la [...]” (09MXIII)

“Só pela enfermagem, eles faziam o curativo e na prótese.” (08MI)

“Só com o fisioterapeuta e tinha o técnico em prótese.” (08FXVII)

Por sua vez, a fala a seguir evidencia a necessidade dessas pessoas aprimorarem sua capacidade crítica com relação aos seu próprio processo de reabilitação:

“Se eu tivesse fisioterapeuta desde o início, do momento que ganhei alta e fui para o leito, se tivesse um acompanhamento com o fisioterapeuta dizendo para eu fazer assim para o fortalecimento, acho que tinha me ajudado mais. Porque logo em seguida que vim para casa, que ganhei alta e conversei com esse amigo nosso que é fisioterapeuta e ele veio, em poucas semanas eu já estava de pé. Então se eu tivesse isso eu já teria saído lá de pé, fortalecido.” (10MIX)

As pessoas amputadas demandam cuidados específicos dos profissionais em processo de reabilitação. Nesta direção, os profissionais devem estar preparados para fornecer a assistência de qualidade a quem dela necessita:

“O pessoal do postinho foi lá em casa para fazer curativo, se não me engano foram duas vezes, mas na segunda vez a menina ficou tão apavorada,

porque não era nada bonito, percebi que ela ficou bem insegura e assustada, eu não quis mais.” (08FXVII)

Reabilitar exige informar e orientar. No entanto, a fala a seguir sinaliza o contrário:

“Fui a Palhoça, lá tinha um médico de osso, ortopedista, ele disse: ‘Esses papéis de vocês não quero, quero outros exames’. Fui fazer os exames tudo, quando cheguei outra vez ele disse: ‘A senhora não pode botar perna. Vai apodrecer tudo dentro da perna. A senhora tem diabetes’.” (08FV)

Aquisição e o uso da prótese

Para a aquisição da prótese necessita-se de encaminhamento, no entanto não há um padrão no atendimento e no caminho percorrido:

“Primeiro foi feito por uma médica, ela me encaminhou pra fazer uma perimetria, ou seja, eu colocava uma meia elástica pra ela ir afinando, e com isso eu ia arrumando a prótese. [...] fiz fisioterapia até eles me deram alta para colocar a prótese e entrar na fila, eu acredito que uns seis meses.” (08MXVI)

“Foi rápido até. Recebi pelo SUS encaminhamento para o centro de reabilitação, fui atendido por médico, fiz fisioterapia, fui bastante lá até receber a prótese, fui uns 4 meses. [...] do hospital já fui encaminhado para o centro de reabilitação. Dentro de 8 meses recebi a prótese.”(08MXI)

“Foi tudo pelo hospital, tudo começou com o Dr. Y., ele conhecia o Dr. X., do Centro de Reabilitação, ele fez encaminhamento, até então ninguém tinha conseguido nada. Ele fez um documento, marcamos uma consulta [...] só que a prótese demorou 2 anos para vir. Antes nós compramos uma prótese, só que [ela] não deu certo [...] Ai fiquei 1 ano sem prótese”. (10MIX)

“Até dei entrada na reabilitação. Foi um rapaz que tinha problema, paraplégico, e já tinha feito a

perna lá. A gente foi lá e faltava ortopedista, mas o cara que fazia a reabilitação, o fisioterapeuta deu o pedido e foi dada a entrada. É, já faz um ano e pouco, que eu fui a primeira vez, mas por causa da burocracia não deu para encaminhar. [...] no hospital, eles disseram que eu tinha que fazer. Mas não disseram o lugar. Disseram que eu tinha que pegar reabilitação e isso aí, dar a entrada, falaram que o governo dá a prótese. Só que era pra eu dar a entrada e fazer a reabilitação.”(10MIV)

Após a aquisição da prótese o desuso também ocorre, e este é por diversos motivos:

“Eu poderia usar a prótese, depois me deu derrame.”(08MVI)

“Tenho prótese, não estou usando por que estou cego. Mas a fisioterapeuta tem vindo fazer fisioterapia, mas também fiquei muito fraco. Eu peguei a prótese dia 5 de março desse ano, foi rápido o processo.”(10MX)

“Eu não me adaptei porque ela é pesada, também não sei se é o coto se murchou, eu sei que ela cai. É muita mão de obra de novo, para ir pra lá, voltar, aí eu não tenho condições, tenho que ir de ônibus. E aí, vou deixar por isso mesmo.”(08MXI)

“Uma foi feita e não prestou, daí fiz outra, paguei a outra também e depois não usei também. Não prestou porque começou a me machucar, o material machucava o que sobrou da perna.”(10MIV)

“Não me acostumei muito bem ainda. Porque tenho que levar lá, quando subo o morro, desço o morro, ela dobra para trás.” (08MI)

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 era 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)

No entanto, ainda há aqueles que ainda não conseguiram a prótese:

“Um ano e meio estava lutando com essa perna pra ganhar, tem que arrumar o cardiologista para ver como está o coração, rim, pulmão, tudo. Pegar uma folha a ordem do cardiologista para depois ele ver se consegue a perna. [...] Fui lá e ia ganhar uma provisória para afinar a perna e depois de ficar dois/três meses com a provisória, ia ganhar uma de verdade para encaixar e ficar firme, acabou que me enrolaram, disseram que está uma crise, o governo primeiro tem que pagar a prótese para depois eu ganhar.” (09MVIII)

Dos 18 participantes deste estudo, apenas 10 possuem prótese. Cinco dessas pessoas receberam a prótese fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em menos de 1 ano; dois participantes aguardaram 2 anos e um aguardou 3 anos. Dentre os que possuem prótese, dois compraram a prótese e depois adquiriram a prótese fornecida pelo SUS, todos que compraram a prótese adquiriram-na em menos de um ano. Há três que não utilizam a prótese por problemas de saúde adquiridos posteriormente a aquisição da prótese, como acidente vascular cerebral (AVC) e déficit visual; dois participantes alegaram não utilizar a prótese por não adaptar-se a mesma.

Ressalta-se que três participantes não tiveram indicação de prótese, uma pessoa alegou que devido a DM, o profissional responsável pelo encaminhamento para a aquisição de prótese não recomendou o uso da mesma, os demais já haviam sofrido AVC e conseqüentemente possuem um déficit de força considerável.

Há ainda cinco participantes que não receberam prótese e o tempo de espera está entre 1 ano e meio a 4 anos. O problema que envolve a não aquisição da prótese é a burocracia que envolve todo o processo de encaminhamento para o recebimento da mesma. Somente uma pessoa abandonou o tratamento alegando não adaptar-se ao processo de preparação do coto para a prótese. Os demais necessitam de cirurgia de reparação para possibilitar a utilização da prótese.

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 é maioria quando o tema é amputação e as principais causas da amputação estão relacionadas como doença de base a *Diabetes Mellitus* (DM). A DM torna-se um fator de risco a amputação a partir do momento que não há o cuidado adequado e falta uma assistência de qualidade (HENRY, et al, 2011; ALVARSSON, et al, 2012; HOLMAN, YOUNG, JEFFCOATE, 2012).

Quando há uma equipe multidisciplinar responsável pelo desenvolvimento de ações educativas em saúde, nas quais as causas bases são tratadas precocemente, supõe-se que o risco de amputação diminui. (ALVARSSON, et al, 2012). Logo, por meio do diagnóstico precoce, e também com o controle efetivo dos fatores de riscos, as possibilidades de amputação ficam diminuídas (ANDREWS, 2011; ALVARSSON, et al, 2012). Assim, a prevenção, as ações que promovam a saúde, uma assistência de qualidade, podem resultar na qualidade de vida da pessoa a ser cuidada (ASSUMPCÃO, et al, 2009).

Em menor proporção nesta investigação, mas com grande relevância, as causas externas foram um dos motivos relacionados à amputação, representada pela a população mais jovem. Os acidentes de trânsito são uma parcela importante das causas externas e acidente de moto é o mais prevalente (OMOKE, et al, 2012).

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 de dizem respeito ao autocuidado (FONTES, et al, 2011) e na sua “competência” de contextualizar os seus direitos quanto ao processo de assistência à saúde. Quanto ao estado civil, viu-se que a maioria dos participantes são casados (61%), e quando não, moram com a família. Acredita-se que as ações de autocuidado envolvem muito a rede de apoio e a família é um alicerce importante na promoção de saúde e prevenção dos agravos.

É relevante destacar que apenas um participante possui um trabalho regular, os demais estão aposentados ou recebendo o auxílio doença, tal fator suscita refletir: onde está a inclusão social dessas pessoas que sofreram amputação? Garantir a aposentaria é permitir a inclusão social ou excluí-la da sociedade?

Ao analisar o processo de amputação a partir dos relatos dos participantes do estudo, constatou-se que as causas que levam a amputação podem ser desencadeadas por doença de base, caracterizando-a como crônica, e também como 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.

Ainda, 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 (GABARRA; CREPALDI, 2009). 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. Vê-se o quanto o ser humano é vulnerável aos acontecimentos que os acometem e por vezes não estão preparados para discernir o que é o ideal para o estabelecimento de melhores condições de vida. O não saber o que pode ser determinado como o ideal para a sua saúde está relacionado ao desconhecimento que as pessoas possuem a respeito das suas reais condições de saúde, assim como os seus direitos garantidos em lei. Nesta perspectiva, a pessoa torna-se vulnerada para as situações desencadeadas a respeito da sua nova condição e gera-se a necessidade de protegê-la diante das dificuldades que a mesma pode se deparar.

Em suma, para priorizar a opinião da pessoa com indicação de amputação deve ser considerado, previamente, se a pessoa a ser cuidada tem conhecimento das suas condições e de que determinadas condutas influenciarão diretamente na sua recuperação. Assim, a assistência prestada à pessoa a ser submetida à amputação deve ser direcionada a uma intervenção efetiva, visando a proteção de quem sofre de tal agravo. Neste caso, a proteção relaciona-se com uma conduta que atende à “vontade” da pessoa a ser cuidada, ainda que se tenha plena ciência de que haverá mais sofrimento posteriormente? 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. É perguntar e responder: quais as consequências se tomarmos e seguirmos tal decisão? Quais impactos podem resultar se utilizarmos outra ou outras opções?

Fornecer o poder de escolha ao ser vulnerado é permitir a ele o exercício da autonomia, no entanto é essencial assegurar que o mesmo

adquirir conhecimento da sua condição. A pessoa a ser cuidada deve possuir subsídios “teóricos” que possibilitem a mesma desenvolver a autonomia, assim como qualificá-la.

Para que isso ocorra, o profissional que cuida precisa atuar de modo a desenvolver, na pessoa amputada, competência para decidir com autonomia. Permitir o exercício da autonomia é interpretar o que a pessoa a ser cuidada diz e por que a mesma mantém tal discurso. Ministrando a autonomia, neste aspecto, 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, a pessoa autônoma é aquela que possui o discernimento para decidir em consonância às suas concepções e princípios. Neste sentido, o respeito à autonomia relaciona-se com em habilitar a pessoa para ultrapassar seu conceito de dependência (VARGAS, *et al*, 2013b). 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 a assistência prestada evita qualquer entrave diante da conduta tomada. É imprescindível à pessoa a ser cuidada ter conhecimento dos prós e contras diante de um cuidado realizado, para que a mesma não crie uma expectativa errônea diante da assistência prestada (VIRGINI-MAGALHÃES; FERREIRA, 2013).

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. Nesse contexto, a bioética apresenta-se como um modo de ampliar argumentos condizentes à ciência, à vida e às responsabilidades da atuação profissional (RAMOS; DO Ó, 2009).

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 com amputação verbalizou sentir-se fragilizado diante de tal situação sendo incapaz de participar inteiramente do processo de assistência. Nessa situação específica, emerge um paradoxo: salvar a vida e ao mesmo tempo preservar o membro afetado é algo possível

para aquele que é um ser vulnerado e que requer cuidados. Vive-se em mundo que a cada momento surgem novas tecnologias que visam melhores condições de vida àqueles que necessitam. Então, por que não pensar na possibilidade conjunta e concomitante de garantir a vida, salvar o membro e possibilitar uma melhor qualidade de vida?

Nesse sentido, acredita-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 todo o aparato tecnológico disponível são considerações importantes diante das estratégias de cuidados que uma complexidade de lesão pode gerar (VIRGINI-MAGALHÃES; FERREIRA, 2013).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem reconhecer as reais necessidades das pessoas submetidas à amputação, sobre as quais as orientações fornecidas repercutem na recuperação a curto, médio e longo prazo, logo, na prevenção de problemas de saúde associados com a amputação. Sabe-se que a atenção prestada pela equipe deve ir além do foco físico e protético, afinal no decorrer de todo o processo de amputação as intervenções psicológicas e sociais são essenciais para a eficácia dos cuidados prestados à pessoa submetida à amputação (LIU, et al, 2010).

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 pode evidenciar o desconhecimento da pessoa acerca de seu direito a uma assistência de modo ampliado, a qual requer as melhores estratégias melhores, para a garantia de uma assistência de qualidade.

A bioética da proteção é, pois, 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 (GARRAFA, 2012) e de fornecer/desenvolver técnicas que visem diminuir as incapacidades presentes nos envolvidos (BERNARDES, et al, 2009). Assim, o estado tem o dever de promover condições de saúde às pessoas com deficiência e de garantir os seus respectivos direitos.

Vale ressaltar a partir dos relatos apresentados pelos participantes do estudo, que a atuação interdisciplinar é problemática. Haja vista que 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, da qual atua de maneira interdisciplinar, a comunicação torna-se mais efetiva e por consequência, a recuperação da pessoa a ser cuidada pode ser mais satisfatória (LATLIEF, et al, 2010).

Saber ouvir é essencial; uma concepção, também, articulada às atitudes dos profissionais e às condições de trabalho (BERNARDES, et al, 2009). Neste sentido, 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 (BRASIL, 2004).

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 não deixa de ser um educador que tem como meta promover saúde e prevenir doenças e complicações, possibilitando a diminuição dos agravos que acometem a sociedade vulnerável (LUCAS, et al, 2010). 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.

Na análise dos dados apresentados na temática reabilitação no processo de amputação, volta-se a ressaltar a importância do trabalho interdisciplinar e o quanto ele é eficaz quando se pensa em reabilitação. Afinal, a avaliação de equipe multidisciplinar e sua gestão em todas as fases do atendimento geram resultados melhores e mais seguros. Mais uma vez a comunicação mostra-se essencial para a efetivação da interdisciplinaridade através da abordagem de equipe (LATLIEF, et al, 2012).

A partir dos relatos, viu-se que quando a assistência é efetuada de maneira isolada o resultado esperado pode não ser evidenciado. Julga-se, então, que um plano de tratamento centrado no paciente deve ser abrangente e desenvolvido desde o início do processo de reabilitação (LATLIEF, et al, 2012; SENRA, et al, 2012). E, esse processo de reabilitação deve ser pensado antes mesmo de ocorrer a amputação. Faz-

se necessário que a equipe tenha compreensão da importância da instituição precoce da reabilitação. Os profissionais envolvidos na assistência à saúde das pessoas submetidas à amputação devem estar munidos de saberes técnico-científicos e de atitudes responsáveis (SCNHEIDER, 2010), visto que cada ação desencadeada pela assistência influenciam diretamente, de modo positivo ou de modo negativo, na assistência fornecida àqueles que requerem cuidados.

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 (BAENA; SOARES, 2012). 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 (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, acredita-se que a equipe de saúde deve estar munida de conhecimento que a possibilite planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que proporcionem melhores condições de vida às pessoas vulneradas (BRASIL, 2006). Contudo, evidencia-se o despreparo do profissional em fornecer uma assistência de qualidade àquele que necessita. E tal despreparo pode exacerbar situações que poderiam ser evitadas, tornando o processo de recuperação ainda mais moroso que o esperado (BAENA; SOARES, 2012).

O estudo ainda evidencia o despreparo da equipe diante da importância da atenção integral à pessoa com amputação, pois a mesma envolve a pessoa submetida à amputação e seus familiares diante do trauma vivenciado. O que gera consequências multifatoriais advindas da nova condição de vida e que por si torna-se um desafio para os profissionais que prestam a assistência (BARAUNA, et al, 2006, BAENA; SOARES, 2012).

No que diz respeito à aquisição de prótese, vê-se que o tempo de recebimento da mesma se diferencia, apesar dos participantes do estudo pertencerem à mesma mesorregião (Grande Florianópolis). Ressalta que 72% dos entrevistados tiveram o encaminhamento para a aquisição da prótese feito pelo SUS e 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 paciente, sendo desenvolvido no início do curso de processo de reabilitação (LATLIEF, et al, 2012).

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 (BRASIL, 2012).

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 artigo 23, capítulo II, da Constituição Federal discorre que cabe à União, Estados e Municípios fornecerem condições de saúde e assistência pública às pessoas portadoras de deficiências (BRASIL, 2010). Nesta direção, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, surge para possibilitar a execução de tal direito garantido na Constituição Federal.

Ressalta-se que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência envolve todas as redes de atenção, mostrando que o cuidado à pessoa com deficiência não é somente responsabilidade dos profissionais envolvidos com os centros de reabilitação, mas com todos os profissionais que fornecem assistência a essas pessoas na atenção primária, secundária e terciária (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, a participação do Estado é importante na apresentação de políticas públicas que garantam os direitos das pessoas com amputação, assim como proporcionar meios que viabilizem a efetivação das mesmas.

Ao se tratar do motivo de desuso da prótese quando este diz respeito a não adaptação, considera-se que houve falha na assistência prestada. É compreendido que quando a pessoa não se sente inserida no seu processo de assistência sua total recuperação fica comprometida. Como já citado, as orientações influenciam nos resultados da recuperação a curto, médio e longo prazo, a fim de prevenir problemas de saúde associados com a amputação. E, a assistência prestada deve sofrer intervenções psicológicas e sociais, que são essenciais para a eficácia dos cuidados prestados à pessoa submetida à amputação (LIU, et al, 2010).

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 (BRASIL, 2012).

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. Afinal, a falta de recursos que possibilitem a recuperação eficaz daqueles que necessitam é um dos problemas apresentados pelos participantes do estudo. Novamente, a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência surge para eliminar as dificuldades de acessos aos serviços de reabilitação, além dos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). No entanto, por ser algo inovador, os resultados dessa rede serão evidenciados no futuro, que se espera não ser muito longe, visto que a sociedade necessita sentir-se segura diante dos serviços de assistência disponíveis.

Ressalta-se então, que a bioética se faz presente nessas situações, pois a mesma nos leva a refletir sobre assuntos sociopolíticos, dos quais se podem citar as responsabilidades sanitárias; a formação de profissionais qualificados; as condições socioeconômicas da sociedade; a responsabilidade do Estado diante da sociedade (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010).

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 por meio da caracterização dos envolvidos, nos cuidados dos profissionais e na vivência dessas pessoas com a amputação. Logo, 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. E, outra potencialidade dessa investigação, foi a disponibilidade de deslocamento da pesquisadora ao percorrer a

extensão da mesorregião envolvida no estudo para a coleta de dados.

Além disso, nessa investigação pôde-se analisar o quanto cada profissional envolvido no processo de assistência prestada à pessoa com amputação é responsável pela mesma. Neste sentido, refletiu-se, que o cuidado deve ser viabilizado através de um trabalho multiprofissional, visto que nesse contexto a interdisciplinaridade é essencial para a recuperação da pessoa com amputação. É fato que a atenção torna-se viável quando a assistência é realizada de forma a respeitar a individualidade que cada um possui.

Ressalta-se que a bioética de proteção envolve-se com o direito de acessibilidade e a bioética de intervenção condiz, também, com a autonomia que cada pessoa possui. Nessa perspectiva, mostrou-se que a maioria dos entrevistados são aposentados ou estão na perícia, cabe então refletir sobre a inclusão social. Esta existe? 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 permitem questionar: 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?

Logo, vê-se a necessidade de estudos que priorizem a atuação concreta às pessoas com amputação, evidenciando se acontece ou não sua readaptação à nova condição de vida e o desenvolvimento de uma vida com qualidade. Além disso, visto que a atuação do profissional no decorrer do processo de assistência à pessoa com deficiência é relevante para sua reabilitação à “nova vida”, 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

ANDREWS, K.L. The at-risk foot: what to do before and after amputation. **J Vasc Nurs**, v. 29, n. 3, p. 120-3, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030311001142>> Acesso em: 15 jul. 2013.

ALVARSSON, A. et al. A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented? **Cardiovasc Diabetol**, v. 11, n. 18, p.1-11, 2012. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362773/pdf/1475-2840-11-18.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

ASSUMPCAO, E. C. et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. **J. vasc. bras.**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492009000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2013.

BAENA, C. P; SOARES, M.C.F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na estratégia Saúde da Família. **Fisioter. mov.**, v. 25, n. 2, 2012 . Dispon[ível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 ago 2013.

BARAUNA, M.A. et al. Avaliação do equilíbrio estático em indivíduos amputados de membros inferiores através da biofotogrametria computadorizada. **Rev Bras Fisioter.**v. 10, v. 1, p. 83-90, 2006.

BERNARDES, L. C. G.; MAIOR, I. M. M. L.; SPEZIA, C. H. ARAÚJO, T. C. C. F. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 31-38, 2009. [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf>> Acesso em: 23 ago 2013.

BRASIL. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Decreto Lei nº 3.298, 20 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>> Acesso em: 01 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizusus_2004.pdf> Acesso em 19 ago 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível

em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>>
Acesso em: 19 ago 2013.

CHINI, G.C.O; BROEMER, M.R. A Amputação na Percepção de quem vivencia: Um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev Latino – am de Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21> Acesso em: 10 maio 2012.

FONTES, W.D. et al . Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2013.

GABARRA, L. M.; CREPALDI, M.A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, n. 30, p. 59-72, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06.pdf>> Acesso em: 10 maio 2012.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética de intervención. In: TEALDI, J.C. **Diccionario latino-americano de bioética**. Bogotá, Unibiblios/UNESCO, 2007.

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: DIOESC, 2012.

_____. Inclusão Social no contexto Político da Bioética. **Rev. Brasileira de Bioética**, v.1, n. 5, p. 122-132, 2005.

HELLMANN, F. **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.

HENRY A. J. et al. Socioeconomic and Hospital-Related Predictors of Amputation for Critical Limb Ischemia. **J Vasc Surg**, v.53, n. 2, p. 330-9, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521410021634>> Acesso em: 10 jul. 2013.

HOLMAN N; YOUNG R. J; JEFFCOATE W. J. Variation in the recorded incidence of amputation of the lower limb in England. **J Vasc Surg**, v. 55, n. 7, p. 1919-25, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-012-2468-6/fulltext.html>> Acesso em: 20 jul. 2013.

JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 29, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 ago 2013

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm> Acesso em: 14 ago. 2013.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

OMOKE, N.I. et al. Traumatic extremity amputation in a Nigerian setting: patterns and challenges of care. **Int Orthop**, v. 36, n. 3, p. 613-8, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00264-011-1322-7/fulltext.html>> Acesso em: 25 jul. 2013.

RAMOS, F.R.S; DO O, J.R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 29, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Ago 2013.

SCHNEIDER, D.G. **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.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A Bioética da Proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; v.14, n.4: 1241-1250.

VARGAS, M.A.O, et al. Ética, Bioética e Biopolítica: Conceitos Implicados na Assistência à Saúde. In: GUERREIRO, D. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Módulo V: Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, 2013a. Disponível em: < https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf> Acesso em 30 ago 2013.

_____. Ética em Saúde: Autonomia do Usuário com DCNT. In: GUERREIRO, D. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Módulo VII: Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, 2013b. Disponível em: < https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12091/mod_resource/content/3/Modulo7_DoencasCronicas.pdf> Acesso em 30 ago 2013.

VIRGINI-MAGALHÃES, C.E; FERREIRA, E. Doença vascular periférica acima e abaixo do diafragma: a equipe médica e intervencionista devem atuar juntos? **Revista HUPE**, v. 12 (Supl 1), p. 81-92. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7086/5078>> Acesso em: 30 ago 2013

LATLIEF, G. et al. Patient Safety in the Rehabilitation of the adult with an amputation. **Phys Med Rehabil Clin N Am**, v. 23, n. 2, p. 377-92, 2012. Disponível em: < http://ac.els-cdn.com/S1047965112000198/1-s2.0-S1047965112000198-main.pdf?_tid=610b35f8-20d3-11e3-bebb-00000aab0f01&acdnat=1379557979_ad029fdcc5c7610c2aee39416b097de9> Acesso em: 15 ago 2013.

LIU, F. et al. The lived experience of persons with lower extremity amputation. **J Clin Nurs**, v. 19, n. 15-16, p. 2152-61, 2010. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03256.x/pdf> Acesso em: 15 ago 2013.

LUCAS, L.P.P. et al. A percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em relação à amputação. **Rev eletrônica enferm**, v. 12, n. 3, p. 535-8, 2010. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a17.htm>> Acesso em: 17 ago 2013.

SCHRAMM, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55>. Acesso em: 7 abr. 2011.

SENRA, H. et al Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. **Clin Rehabil**, v. 26, n. 2, p. 180-191, 2012. Disponível em: <<http://cre.sagepub.com/content/26/2/180.full.pdf+html>> Acesso em: 17 ago 2012.

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GONÇALVES, E.P; RAMOS, F.R.S; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de

Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética**, v. 10, n. 1, p. 225-239, 2010.

Disponível em: <

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/547/533> Acesso em: 20 ago 2013.

**CAPÍTULO 6:
CONSIDERAÇÕES FINAIS**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desse estudo permitiu a pesquisadora agregar conhecimento diante da temática, vinculando a amputação a uma pertinente e necessária reflexão bioética.

Observou-se que os homens são a maioria quando o tema envolve a amputação e os mesmos podem ter menos idade em relação às mulheres. As mulheres também sofrem amputação, no entanto, o processo envolve as que possuem maior idade. As causas externas podem ser consideradas um problema epidemiológico no Brasil, assim como em países em desenvolvimento. Faz-se importante a construção de ações que promovam a conscientização da população e visam os riscos que toda população corre em ser vítima das causas externas. É importante considerar que a população jovem é a que mais se envolve com acidentes condizentes às causas externas, levando a uma grande perda socioeconômica, ressaltando que tal população encontra-se economicamente ativa.

A principal causa de amputação de acordo com o estudo realizado envolve as doenças vasculares. Outros estudos mostram que tal causa possui como doença de base a Diabetes Mellitus, a mesma é considerada um grande problema de saúde pública. Neste sentido, ações de educação em saúde são essenciais para que a população atingida obtenha os conhecimentos necessários quanto aos hábitos saudáveis e fatores de prevenção. Acredita-se que com ações de cuidados específicos, os riscos de amputação influenciam diretamente em sua diminuição.

Os profissionais de saúde são relevantes nas ações que promovam à saúde, para isso a efetivação das políticas públicas envolvidas na diminuição dos índices dos fatores de risco de amputação se faz necessária. Além disso, a atuação dos profissionais de saúde deve ser de maneira interdisciplinar, todos com único objetivo: a recuperação das pessoas a serem cuidadas.

Logo, observou-se que a bioética é uma possibilidade de análise produtiva no processo de reflexão da assistência prestada à pessoa com amputação. As argumentações esmiuçadas acerca dos vários e diferentes subsídios oriundos das políticas públicas de saúde possibilitam intervir na qualidade da assistência prestada e transformar ou não as pessoas submetidas à amputação competentes para almejavarem a sua reabilitação e a sua nova condição de vida.

Foi também, possível analisar o quanto cada profissional envolvido no cuidado à pessoa com amputação é responsável pela mesma. No entanto, a partir dos relatos dos participantes, foi possível

perceber que essa assistência deve ser aprimorada. Há a necessidade de comunicação, informar sobre os procedimentos a serem realizados. A pessoa a ser cuidada muitas vezes desconhece seus direitos e com isso entende que o cuidado que recebem foi o melhor que poderia ser disponibilizado. E com isso, vê-se a figura do profissional que presta assistência como o elo importante para garantir uma assistência de qualidade àqueles que necessitam.

Constatou-se que a autonomia deve ser desenvolvida por aquele que é submetido à assistência. No entanto, tal autonomia está na capacidade de discernir entre o que pode auxiliá-lo ou não no processo de recuperação. Neste contexto, os profissionais envolvidos no processo de assistência devem garantir às pessoas a serem cuidadas informações a respeito da sua condição de saúde, além de mostrar e orientar qual a melhor conduta para melhoria da condição de saúde.

O cuidado deve ser viabilizado através de um trabalho multiprofissional, visto que nesse contexto a interdisciplinaridade é essencial para a recuperação da pessoa com amputação. É fato que a atenção torna-se viável quando a assistência é realizada de forma a respeitar a individualidade que cada um possui.

Com esse estudo, acredita-se que os estudos estatísticos são importantes para o real conhecimento da população envolvida, tornando-se possível traçar um perfil da população envolvida no estudo além de inspirar o surgimento de outras pesquisas que visam buscar as necessidades dessa população. Assim, percebe-se a importância da caracterização das pessoas submetidas à amputação para possibilitar o surgimento de medidas preventivas a fim de proporcionar a diminuição do índice de amputação.

Nesta perspectiva, a atuação do profissional no decorrer do processo de assistência à pessoa com deficiência é relevante para sua reabilitação à nova condição, na qual o mesmo deve reconhecer a rede de atenção estabelecida diante da assistência prestada à pessoa com deficiência.

Diante de tudo o que já foi apresentado, pode-se elencar como uma importante consideração desse estudo a importância de novos estudos ainda relacionados com esta temática. Faz-se necessário, também, conhecer a percepção dos profissionais de saúde no que diz respeito à assistência às pessoas com amputação. Acredita-se ainda que a reflexão de todo o contexto da assistência prestada à pessoa com amputação por meio da bioética de proteção e da bioética de intervenção possibilita o fortalecimento de uma assistência de qualidade.

**CAPÍTULO 7:
REFERÊNCIAS**

8 REFERÊNCIAS

ANDREWS, K.L. The at-risk foot: what to do before and after amputation. **J Vasc Nurs**, v. 29, n. 3, p. 120-3, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1062030311001142> #> Acesso em: 15 jul. 2013.

ALVARSSON, A. et al. A retrospective analysis of amputation rates in diabetic patients: can lower extremity amputations be further prevented? **Cardiovasc Diabetol**, v. 11, n. 18, p.1-11, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3362773/pdf/1475-2840-11-18.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2013.

ASSUMPCAO, E. C. et al. Comparação dos fatores de risco para amputações maiores e menores em pacientes diabéticos de um Programa de Saúde da Família. **J. vasc. bras.**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492009000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2013.

BAENA, C. P; SOARES, M.C.F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na estratégia Saúde da Família. **Fisioter. mov.**, v. 25, n. 2, 2012 . Dispon[ível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 ago 2013.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev Bras Enferm**, 2009, v. 62, n. 3, p. 381-386. [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/08.pdf>> Acesso em: 21 maio 2012.

BARAUNA, M.A. et al. Avaliação do equilíbrio estático em indivíduos amputados de membros inferiores através da biofotogrametria computadorizada. **Rev Bras Fisioter**.v. 10, v. 1, p. 83-90, 2006.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BERNARDES, L. C. G.; MAIOR, I. M. M. L.; SPEZIA, C. H. ARAÚJO, T. C. C. F. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no

Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 31-38, 2009. [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a08v14n1.pdf>> Acesso em: 23 ago 2013.

BORGNETH, Livia. Considerações sobre o processo de Reabilitação. **Acta Fisiatr**, 2004, v. 11, n. 2, p. 55-59. [Internet]. Disponível em: <http://www.actafisiatr.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/Anexo%20Artigos/C74D97B01EAE257E44AA9D5BADE97BAF/acta_vol_11_num_02_55-59.pdf> Acesso em: 11 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html> Acesso em: 24 mai 2013.

_____. Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Decreto Lei nº 3.298, 20 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec3298.pdf>> Acesso em: 01 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf> Acesso em 19 ago 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>> Acesso em: 19 ago 2013.

_____. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. 2007. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CEsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Findex.php%3Fopcion%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download>

d%26gid%3D424%26Itemid&ei=VN6_T5PHKIPk9ATkodiOCw&usg=AFQjCNHPsoQtsVCb4e_gszjyeDswezFTVg&sig2=oxdG8GQIF8wvc1qD> Acesso em: 15 maio 2013.

_____. **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. 2008. Disponível em:

<<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.governoeletronico.gov.br%2Fbiblioteca%2Farquivos%2Fa-convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-comentada&ei=KVygUNLMO4Hs8gSz2oGgCQ&usg=AFQjCNG50EhnEAoLKkbnUUzZhAb4Ix1IhA&sig2=6m7UxoA0rO6Ks0v74ExbKw>> Acesso em: 01 nov 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010.

[Internet]. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf> Acesso em: 01 maio 2013

_____. Portaria n° 793 – 24/04/2012. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acesso em: 20 ago 2013

BREWER, P. et al. Perioperative mortality following above-knee amputations indicated for bone and soft tissue tumours. **Eur J Surg Oncol**, v. 38, n. 8, p. 706-10, 2012. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0748798312002466>> Acesso em: 20 jul. 2013

BUCKLEY, C.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**, v.12, n.7, 2012.

Disponível em:

<<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0041492>> Acesso em: 15 jul. 2013.

CALIL, A.M. et al. Mapeamento das lesões em vítimas de acidentes de trânsito: revisão sistemática da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2013.

CARVALHO, J. A. **Amputações de membros inferiores**: em busca da plena reabilitação. 2. ed. São Paulo: Manole, 2003.

CDPD. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. 2006 Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/disabilities-convention.pdf>> Acesso em: 15 maio 2012.

CHAN, A. C. R. V.; Lima, P. F.; CHAVES, J. B. C.; Raymundo, C. S. Incidência de amputação em membros inferiores associada a diabetes mellitus. **Saúde coletiva**, 2009, v. 33, n. 6, p. 222-226. [Internet]. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84212107007.pdf>> Acesso em: 15 maio 2012.

CHINI, G. C. O.; BOEMER, M. R. As facetas da amputação: uma primeira aproximação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 2002, v. 55, n. 2, p. 217-22.

_____. A Amputação na Percepção de quem vivencia: Um estudo sob a ótica fenomenológica. **Rev Latino – am de Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2007. Disponível: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a21> Acesso em: 10 maio 2012.

CNESNet. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relatórios: Tipos de Estabelecimentos. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp Acesso em: 23 set 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498 de 1986, 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html> Acesso em: 01 nov 2012.

CORDEIRO, A. M. et al . Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, 2007, v. 34, n. 6. [Internet] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>

CORTELLA, Mário S. **Qual é a tua obra?:** Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. Petrópolis: Vozes, 2011.

DENZIN, N.K; LINCOLN, Y.S; A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N.K. et al. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino-am de Enfermagem**, 2007, v. 15, n. 5, p. 179-82. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf >. Acesso em: 04 mai 2012.

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. 2008, vol.13, n.3, p. 1041-50. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/27.pdf>> Acesso em: 20 maio 2012.

FARJADO, C. A importância do cuidado com o pé diabético: ações de prevenção e abordagem clínica. **Rev Bras Med Fam e Com**, v.2, n.5, 2006. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/25/336>. Acesso em: 20 ago 2013.

FENG, Y; SCHLÖSSER, F.J; SUMPIO, B.E. The Semmes Weinstein monofilament examination is a significant predictor of the risk of foot ulceration and amputation in patients with diabetes mellitus. **J Vasc Surg**, v. 53, n. 1, p. 220-26, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521410014953>> Acesso em: 15 jul. 2013.

FERNANDES, J. D.; ROSA, D. O. S.; VIEIRA, T. T. V.; SADIGURSKY, D. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, 2008, v. 42, n. 2, p. 396-403. [Internet]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a25.pdf>> Acesso em: 23 maio 2012.

FONTES, W.D. et al . Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2013.

GABARRA, Letícia M.; CREPALDI, Maria A. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, n. 30, p. 59-72, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06.pdf>> Acesso em: 10 maio 2013.

GALVÁN, G. B; AMIRALIAN, M. L. T. M. Corpo e identidade: reflexões acerca da vivência de amputação. **Estud. Psicol.** Campinas, 2009, v. 26, n. 3, p. 391-98. [Internet] Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n3/v26n3a12.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, 2003; v.17, n. 5-6: 399-416.

_____. Bioética de intervención. In: TEALDI, J.C. **Diccionario latino-americano de bioética**. Bogotá, Unibiblios/ UNESCO, 2007.

GARRAFA, V. Inclusão Social no contexto Político da Bioética. **Rev. Brasileira de Bioética**, v.1, n. 5, p. 122-132, 2005.

_____. 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: DIOESC, 2012.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? **Cad. Saude**

Publica, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> Acesso em: 12 Ago. 2013

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GUARINO, P; CHAMLIAN, T.R; MASIERO, D. Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores. **Act Fisiatr**, v. 14, n. 2, p. 100-103, 2011. Disponível em: <
[http://www.actafisiatr.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/Anexo sArtigos/BCC0D400288793E8BDCD7C19A8AC0C2B/acta_14_02_pg s_100-103.pdf](http://www.actafisiatr.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/Anexo%5CArtigos/BCC0D400288793E8BDCD7C19A8AC0C2B/acta_14_02_pg_s_100-103.pdf)> Acesso em: 14 maio 2013.

GOMES, R. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GONÇALVES, E.P; RAMOS, F.R.S; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Bioética**, v. 10, n. 1, p. 225-239, 2010. Disponível em: <
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/547/533> Acesso em: 20 ago 2013.

HELLMANN, F. **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.

HENRY A.J. et al. Socioeconomic and Hospital-Related Predictors of Amputation for Critical Limb Ischemia. **J Vasc Surg**, v.53, n. 2, p. 330-9, 2011. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741521410021634>> Acesso em: 10 jul. 2013.

HOLMAN N; YOUNG RJ; JEFFCOATE W.J. Variation in the recorded incidence of amputation of the lower limb in England. **J Vasc Surg**, v. 55, n. 7, p. 1919-25, 2012. Disponível em:

<<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00125-012-2468-6/fulltext.html>> Acesso em: 20 jul. 2013.

HU. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Disponível em: http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13
Acessom em: 23 set 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. 2013. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_gregioes_xls.shtm> Acesso em: 14 ago. 2013.

ICSC. Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Disponível em:
http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/hospitais/hc.htm
Acesso em: 23 set 2013

JUNGES, J. R.; ZOBOLI, E. L. C. P. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2012, v. 17, n. 4. [Internet] Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set 2012.

KOTTOW, M. Bioética de protección. In: TEALDI, J.C. **Diccionario latino-americano de bioética**. Bogotá, Unibiblios/ UNESCO, 2007.

_____. 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.

LATLIEF, G. et al. Patient Safety in the Rehabilitation of the adult with an amputation. **Phys Med Rehabil Clin N Am**, v. 23, n. 2, p. 377-92, 2012. Disponível em: < http://ac.els-cdn.com/S1047965112000198/1-s2.0-S1047965112000198-main.pdf?_tid=610b35f8-20d3-11e3-bebb-00000aab0f01&acdnat=1379557979_ad029fdcc5c7610c2aee39416b097de9> Acesso em: 15 ago 2013.

LIU, F. et al. The lived experience of persons with lower extremity amputation. **J Clin Nurs**, v. 19, n. 15-16, p. 2152-61, 2010. Disponível

em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03256.x/pdf> Acesso em: 15 ago 2013.

LOPES, F.A.S et al. Abordagem multidisciplinar do paciente diabético com infecção nos pés: prevenção de amputações maiores. **Moreira Jr**, v. 67 – Especial Ortopedia, p.13-18, 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4489> Acesso em: 23 ago 2013.

LOPES, S. , et al. A Bibliometria e a Avaliação da Produção Científica: indicadores e ferramentas. Actas do Congresso Nacional de Bibliotecários, Arquivistas e Documentalistas. n 11, 2012. Disponível em: <http://www.bad.pt/publicacoes/index.php/congressosbad/article/view/429> Acesso em: 20 ago 2013.

LUCAS, L.P.P. et al. A percepção dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 em relação à amputação . **Rev eletrônica enferm**, v. 12, n. 3, p. 535-8, 2010. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a17.htm>> Acesso em: 17 ago 2013.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; p. 205-24, 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf Acesso em 30 ago. 2013.

MARTINS, P. A. F.; SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Tipologia de cuidados de enfermagem segundo clientes hospitalizados: encontro das dimensões técnico-científica e expressiva. **Rev Gaúcha Enferm**, 2010, v. 31, n. 1, p. 143-150. [Internet] Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10073/8447>> Acesso em: 21 maio 2012.

MATHEUS, M. C. C.; PINHO, F. S. Buscando mobilizar-se para a vida apesar da dor ou da amputação. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 49-55, 2006. [Internet] Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a08v19n1.pdf>>. Acesso em 15 maio 2010.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

MORAIS, G.F.C et al. Conhecimento e práticas dos diabéticos acerca das medidas preventivas para lesões de membros inferiores. **Revista Baiana**, v.33, n.3, p. 361-71, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a005.pdf>> Acesso em: 30 ago 2013.

MORAIS, J. M. G. et al. Fatores que interferem na reabilitação protética de idoso com amputação de membro inferior. **Fisioter. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2006.

NASSAR, S.M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>> Acesso em: 30 jul 2013.

NERI, M et al. **Retratos da Deficiência no Brasil (PPD)**. Rio de Janeiro: FGV/EBRE, CPS, 2003.

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: A teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2009, v. 17, n. 2. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_12.pdf> Acesso em: 21 maio 2012.

OMOKE, N.I. et al. Traumatic extremity amputation in a Nigerian setting: patterns and challenges of care. **Int Orthop**, v. 36, n. 3, p. 613-8, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00264-011-1322-7/fulltext.html>> Acesso em: 25 jul. 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Rumo a uma Linguagem Comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF**. Genebra, 2002.

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 abril 2012.

O'KEEFFE, B. Prosthetic rehabilitation of the upper limb amputee. **Indian Journal of Plastic Surgery**, 2011, v. 44, n. 2, p. 246-252. [Internet]. Disponível em: <<http://www.ijps.org/article.asp?issn=0970-0358;year=2011;volume=44;issue=2;spage=246;epage=252;aulast=O%27Keeffe>> Acesso em: 17 maio 2012.

PAYNE, K.F.B. et al. Lower Limb Amputation Wound Care: Is There A Consensus On Wound Management? Are Post-Operative Instructions Clear? **The Internet Journal of Surgery**. v. 25, n. 1, 2010. Disponível em: <http://archive.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-surgery/volume-25-number-1/lower-limb-amputation-wound-care-is-there-a-consensus-on-wound-management-are-post-operative-instructions-clear.html#sthash.aAdKzrcV.dpuf> Acesso em: 25 jul.2013.

PAIVA, L. L.; GOELLNER, S. V. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 484-97, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n26/a03.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2010.

PERKINS, Z.B.; De' ATH, H. D.; SHARP, G.; TAI, N. R. M. Factors affecting outcome after traumatic limb amputation. **British Journal of Surgery**, 2012, n. 99 (Suppl 1), p. 75-86. [Internet]. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.7766/pdf>> Acesso em: 15 maio 2012.

RAMOS, F.R.S. DO O, J.R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 29, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Ago 2013.

RAMOS, F. R. S.; SCHOELLER, S. D.; BREHMER, L. C. F.; AMARAL, R. F. C.; MELO, T. A. P. Motivações e experiências do

ensino da ética/bioética em enfermagem. **av.enferm.**, Bogotá, 2010, v. 28, n. 2. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 mai 2012.

REINHARDT, J.D.; LI, J.; GOSNEY, J. RATHORE, F.A.; HAIG, A.J.; MARX, M.; DeLISA, J.A. Disability and health-related rehabilitation in internacional disaster relief. Citation: Global Health Action, 2011, v. 4, n. 7191. [Internet\ Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160807/pdf/GHA-4-7191.pdf> Acesso em: 05 mai 2012

ROSSBACH, P. Points to Know and Consider when Preparing for and Undergoing Amputation. **Amputee Coalition of America**, 2008. [Internet]. Disponível em: <http://www.amputee-coalition.org/fact_sheets/undergoingamp.pdf > Acesso em: 16 maio 2112.

SCHNEIDER, D.G. **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.

SCHRAMM, F. R. 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.

_____. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55>. Acesso em: 7 abr. 2011.

SCHOELLER, S. D. et al. Características das pessoas amputadas atendidas em um centro de reabilitação. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 2, p.445-51, 2013. [internet] Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3351/5326>> Acesso em: 30 Ago 2013

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Sistema de Informações em Mortalidade**. Santa Catarina. Disponível em: <<http://200.19.222.8/cgi/tabcgi.exe?sim96.def>> Acesso em 03 julho 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SC. Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

Disponível em: <

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2516&Itemid=82> Acesso em: 20 ago 2013.

SENA, H. et al Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. **Clin Rehabil**, v. 26, n. 2, p. 180-191, 2012. Disponível em: <<http://cre.sagepub.com/content/26/2/180.full.pdf+html>> Acesso em: 17 ago 2012.

SES. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Regional de São José – Dr. Homero Miranda Gomes. Disponível em:

http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3359&Itemid=529 Acesso em: 23 set 2013.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A Bioética da Proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009; v.14, n.4: 1241-1250.

SILVA, J. B.; GAZZALLE, A.; ALVAREZ, G.; SIQUEIRA, E. Amputação X Reimplante. **Revista da AMRIGS**, 2011, v. 55, n (4), p. 375-379.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1p102-106.pdf>> Acesso em: 28 ago 2013

VARGAS, M.A.O. Ética, Bioética e Biopolítica: Conceitos Implicados na Assistência à Saúde. In: GUERREIRO, D. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Módulo V: Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, 2013a. Disponível em: <https://unաս2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11071/mod_resource/content/3/Modulo5_DoencasCronicas.pdf> Acesso em 30 ago 2013.

_____. Ética em Saúde: Autonomia do Usuário com DCNT. In: GUERREIRO, D. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Módulo VII: Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, 2013b. Disponível em: <https://unաս2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12091/mod_resource/content/3/Modulo7_DoencasCronicas.pdf> Acesso em 30 ago 2013.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. **Rev Escola Enferm USP** 2011 agosto; v. 45, n 4, p.876-83.

VIRGINI-MAGALHÃES, C.E; FERREIRA, E. Doença vascular periférica acima e abaixo do diafragma: a equipe médica e intervencionista devem atuar juntos? **Revista HUPE**, v. 12 (Supl 1), p. 81-92. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7086/5078>> Acesso em: 30 ago 2013

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**. v. 27, n. 5, p.1047-53, 2004. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=15111519>> Acesso em: 15 ago 2013.

**CAPÍTULO 8:
APÊNDICES**

9 APÊNDICES

9.1 Apêndice A – Protocolo da utilizado para Bibliometria

PROTOCOLO PARA BIBLIOMETRIA
<p>I. RECURSOS HUMANOS:</p> <p>1. Pesquisador: Ana Borges, Daniella, Thayse, Erika. 2. Pesquisador orientador: Mara, Soraia.</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES*:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 - Revisão do protocolo: 2 - Busca e seleção dos estudos (resumos): 1 - Pré-análise crítica dos estudos (resumos) definição dos trabalhos completos: 1 - Busca dos estudos (trabalho completo): 1 - Leitura fluutuante e coleta de dados dos estudos selecionados em matriz específica: 1 - Revisão dos trabalhos completos e dados coletados (matriz): 2 - Análise e síntese dos dados: 1 - Revisão da análise e síntese dos dados: 2 <p>* Os números condizem ao nome dos pesquisadores apresentados no item anterior.</p>
<p>III. VALIDAÇÃO EXTERNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliador sobre o tema: Dra Flávia Regina de Souza Ramos - Avaliador sobre o método empregado: Dra Flávia Regina de Souza Ramos
<p>IV. PERGUNTA:</p> <p>Qual a produção científica sobre o tema amputação, entre os anos de 2000 a 2012, nas bases de dados disponibilizadas pela CAPES, nas línguas inglês, português e espanhol?</p>
<p>V. OBJETIVOS:</p> <p>GERAL: Analisar a produção científica sobre o tema amputação, entre os anos de 2000 a 2012, nas bases de dados disponibilizadas pela CAPES, nas línguas inglês, português e espanhol.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionar os estudos segundo o tipo de estudo, tema central, país de origem, equipe pesquisadora.

VI. DESENHO DO ESTUDO: :

1. Identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa;
2. Definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos;
3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados;
4. Seleção da amostra;
5. Inclusão dos estudos selecionados em formato de tabela construída a partir do Microsoft Word, organizados por ano;
6. Avaliação dos estudos incluídos;
7. Apresentação e Análise dos resultados;
8. Elaboração da Revisão;

VII. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- a) trabalhos publicados no formato de artigos científicos completos (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões);
- d) idiomas: português, inglês, espanhol
- e) período: janeiro de 2000 a setembro de 2012

VIII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- a) artigos científicos definidos nos critérios de inclusão que estejam publicados em outros meios de comunicação que não sejam periódicos científicos;
- b) artigos do tipo: revisões bibliográficas não sistematizadas, cartas, resenhas, editoriais;
- c) publicações do tipo: livros, capítulos de livros, documentos governamentais, boletins informativos;
- e) estudos que não estão disponibilizados on-line para análise.
- f) Estudos duplicados.

IX. ESTRATÉGIAS DE BUSCA:

- a) **Descritores:** Upper Extremity x Amputation; Lower extremity x Amputation
- b) **Bases de Dados:** Periódicos Capes
- c) **Período de:** novembro de 2012 a fevereiro de 2013

X. BUSCA, SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS:

- A **1ª seleção** dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:
 - 1) busca do quantitativo de trabalhos apresentados na base de Dados CAPES.
 - 2) leitura individual dos títulos e resumos de todos os trabalhos gerados

nos buscadores a partir da seleção pelos critérios de inclusão e exclusão;
3) todos os estudos que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão serão coletados e salvos em pasta específica do Windows, denominando o arquivo pelo sobrenome do primeiro autor + ano de publicação + modalidade do trabalho;
4) revisão por pares dos estudos pré-selecionados.

- A **2ª seleção** dos estudos ocorrerá a partir dos seguintes momentos:

a) os pesquisadores (orientador e alunos) farão uma leitura flutuante dos trabalhos completos, que ocorrerá de modo independente, os trabalhos excluídos por ambos, serão retirados da análise, os trabalhos em que apenas 1 excluiu será analisado pelos autores em grupo que definirão a inclusão ou exclusão do estudo.

b) os trabalhos incluídos passarão por uma análise na qual serão extraídos os itens que alimentarão três **MATRIZES** construídas para organização e análise dos dados.

XI. ANÁLISE DOS DADOS:

Para análise dos estudos será realizada a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados serão organizados em matrizes no Microsoft Word e analisados a partir dos itens relacionados. Dentro de cada item as idéias serão agrupadas por similaridade, de modo a se desenvolver uma síntese de forma narrativa. Esta avaliação segue o modelo analítico de Ganong (1987), que viabiliza a Revisão Integrativa da Literatura.

XII. REFERÊNCIAS:

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **DECS - Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <http://decs.bvs.br/> .

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

9.2 Apêndice B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa de cunho acadêmico, intitulada: **O PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA COM AMPUTAÇÃO** que têm como objetivos:

- Caracterizar as pessoas submetidas à amputação, no período de 2008 a 2010, residentes e atendidas pelos hospitais públicos da Grande Florianópolis quanto ao sexo, faixa etária, procedência, causa do agravo;
- Descrever a assistência prestada pelos profissionais de saúde destas instituições, da internação, do momento da amputação até a reabilitação na ótica da pessoa amputada;
- Identificar o tempo decorrido entre a amputação e a protetização/ortetização, assim como os motivos de uso e desuso de prótese/órtese na ótica da pessoa amputada;
- Avaliar a qualidade de vida das pessoas de membros superiores e inferiores, através da aplicação do instrumento WHOQOL-Bref.

O tema escolhido se justifica pela relevância da problemática e sua articulação com a repercussão social. Além disso, consideramos que há necessidade dos profissionais da saúde aprimorarem sua inserção e atuação no cuidado ao sujeito amputado. O trabalho é realizado sob a coordenação da Professora Dra. Mara Ambrosina Vargas, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de aproximadamente 60 minutos, na qual você irá responder perguntas preestabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados e tudo que for dito/exposto na entrevista terá total sigilo e os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução nº 196/96.

Eu, _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízos ao meu atendimento e cuidados de saúde;
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- Da garantia de que houver algum desconforto emocional, poderei ser acompanhado pelo serviço de psicologia desta instituição.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora Ana Maria Fernandes Borges. Endereço e mail: a.fborges@yahoo.com.br; telefone celular: (48) 96174994.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Florianópolis, __, de _____ de 20__.

Nome do(a) participante: _____ Assinatura: _____

Nome do(a) pesquisador: _____ Assinatura: _____

9.3 Apêndice C – Roteiro para realização da entrevista



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

ENTREVISTA COM SUJEITO SUBMETIDO À AMPUTAÇÃO

Identificação:

Nome (Iniciais): _____ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: () M () F
Endereço: _____ Cidade: _____
Ano e local das Amputações:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Questionamentos:

1- Fale sobre a amputação que sofreu?

Questões norteadoras:

O que te disseram; Atuação da equipe de saúde; Preparação para a cirurgia.

2- O que mudou em sua vida após a amputação?

Questões norteadoras:

Sentimento sobre a amputação; Recuperação; Adaptação.

3- Fale sobre os cuidados com o membro amputado?

Questões norteadoras:

Como foi o processo de aprendizagem; Atuação da equipe de saúde; Dificuldades para realização do cuidado.

4- Como foi o processo de reabilitação?

Questões norteadoras:

Fez reabilitação? Durante quanto tempo? Onde?; Readaptação as tarefas diárias; Atuação da equipe de saúde; Como a equipe de saúde pode atuar de forma mais significativa.

5- Você utiliza prótese? Em caso afirmativo, como foi o processo de aquisição e adaptação ao uso das próteses. Quanto tempo após a amputação?

Em caso negativo, porque não usa?

6- Quais os serviços de saúde que você utilizou no momento da alta hospitalar? E, atualmente, o que você utiliza?

7- O que você poderia/gostaria de ter tido no atendimento que você não teve?

8- Relate um fato/acometimento positivo ou negativo ocorrido entre o período de internação do momento da amputação até a reabilitação.

9.4 Apêndice D – Formulário para Coleta de Dados no Prontuário

Formulário de pesquisa nos Prontuários – Projeto Amputados

Nº Prontuário: _____ Nome: _____ Ano: _____
 Sexo: () M () F

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____ Telefones: _____

Amputações Realizadas:

1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

Causa do Agravar: _____
 Doença Associada: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Diagnóstico Secundário: _____

Nº Prontuário: _____ Nome: _____ Ano: _____
 Sexo: () M () F

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____ Telefones: _____

Amputações Realizadas:

1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

Causa do Agravar: _____
 Doença Associada: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Diagnóstico Secundário: _____

Nº Prontuário: _____ Nome: _____ Ano: _____
 Sexo: () M () F

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____ Telefones: _____

Amputações Realizadas:

1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

Causa do Agravar: _____
 Doença Associada: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Diagnóstico Secundário: _____

Nº Prontuário: _____ Nome: _____ Ano: _____
 Sexo: () M () F

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____ Telefones: _____

Amputações Realizadas:

1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

Causa do Agravar: _____
 Doença Associada: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Diagnóstico Secundário: _____

**CAPÍTULO 9:
ANEXOS**

10 ANEXOS

10.1 Anexo A – Parecer da Plataforma Brasil

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PROJETO DE PESQUISA

Título: PESSOAS DEFICIENTES FÍSICA SUBMETIDAS À AMPUTAÇÃO CLÍNICA OU TRAUMÁTICA: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01195112.2.0000.0121

Pesquisador: mara ambrosina de oliveira vargas

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 95.521

Data da Relatoria: 10/09/2012

Apresentação do Projeto:

"PESSOAS DEFICIENTES FÍSICA SUBMETIDAS À AMPUTAÇÃO CLÍNICA OU TRAUMÁTICA: UMA ANÁLISE SOB A PERSPECTIVA DA BIOÉTICA". É um estudo exploratório e analítico que se apóia na tipologia do método misto que articula coleta de dados de múltiplas origens, associando quantificações e dados qualitativos, efetivado em duas etapas: 1) pesquisa quantitativa transversal para medições dos aspectos sócio demográficos dos participantes pesquisados; 2) pesquisa quali-quantitativa e exploratória. Aplicar-se-a, também, o instrumento validado WHOQOL-Bref. Os participantes do estudo serão todas as pessoas com idade a partir de 18 anos, submetidas à amputação de membros superiores e/ou inferiores, nos anos de 2008 a 2010. Após levantamento dos dados nos prontuários os pesquisadores farão contato telefônico com cada pessoa, investigando se aceita participar da pesquisa respondendo uma entrevista, que será previamente agendada na sua residência. A amostra será intencional, iniciando-se por sorteio do número do prontuário de cada ano específico, a fim de garantir o mesmo número de participantes amputados em 2008, 2009 e 2010 até a saturação dos dados. A entrevista com os profissionais da equipe de saúde será realizada no próprio local de trabalho com horário e data previamente agendado. A amostra dos profissionais será constituída de, pelo menos um representante de cada profissão envolvida no cuidado direto às pessoas amputadas de cada instituição.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de assistência à saúde da pessoa deficiente física por amputação de membros superiores e inferiores, residente e atendida nos hospitais públicos da Grande Florianópolis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo as pesquisadoras riscos não se aplica e como benefícios o primoramento do processo de cuidado em saúde à pessoa com amputação, desde a prevenção, internação, amputação à reabilitação com qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto do Grupo de Pesquisa Praxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC onde serão desenvolvidos trabalhos de Iniciação Científica que visam estudar o processo de assistência à saúde da pessoa deficiente física por amputação de membros superiores e inferiores, residente e atendida nos hospitais públicos da Grande Florianópolis. A pesquisa dos dados quantitativos será realizada nos prontuários das pessoas amputadas internadas nos Hospitais Governador Celso Ramos e Hospital Universitário e/ou em

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



acompanhamento no Centro Catarinense de Reabilitação (Florianópolis) e no Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (São José) nos anos de 2008 a 2010. O "TERMO DE AUTORIZAÇÃO UTILIZAÇÃO DADOS DE PRONTUÁRIO" foi substituído por um TCLE adequado aos sujeitos da pesquisa, atendendo agora a Resolução nº196/96. Assim, diante do exposto recomendamos a aprovação do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi aprovado "ad referendum".

FLORIANOPOLIS, 12 de Setembro de 2012

Assinado por:
Washington Portela de Souza

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-0206 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

10.2 Anexo B – Autorização de pesquisa dos hospitais pesquisados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIREÇÃO GERAL

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: "**Pessoas Submetidas à Amputação Clínica ou Traumática: Uma análise sob a perspectiva da Bio/Ética**", e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 13/04/2012

Dr Felipe Felício
Diretor Geral
Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

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

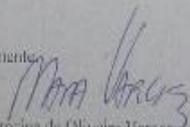
Senhora Diretora Dra. Maria Rêgina Wietnom Rodrigues
Hospital Regional de São José Dr. Homero Miranda Gomes

AUTORIZAÇÃO

Eu, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pesquisadora do Macro Projeto: "Pessoas submetidas à Amputação Clínica ou Traumática: uma análise sob a perspectiva da Bioética" aprovado pela Plataforma Brasil e CEP da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 95521 (conforme anexo), solicito autorização para realizar uma busca nos prontuários das pessoas atendidas nesta instituição, cadastradas através da Classificação Internacional de Doenças (CID) relacionada à amputação conforme lista em anexo.

Florianópolis, 26 novembro de 2012.

Atenciosamente,


Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

*Autenticado
a pedido
de
GTO
FOMMUC*

Maria R. Wietnom Rodrigues
Coordenadora Geral
Rua 2308-1-11



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

Seuor Diretor Dr. Jamil Chereza Schneider
Instituto de Cardiologia do Estado de Santa Catarina

AUTORIZAÇÃO

Eu, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pesquisadora do Macro Projeto: "Pessoas submetidas à Amputação Clínica ou Traumática: uma análise sob a perspectiva da BioÉtica" aprovado pela Plataforma Brasil e CEP da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 95521 (conforme anexo), solicito autorização para realizar uma busca aos prontuários de pessoas atendidas nesta instituição, cadastradas através da Classificação Internacional de Doenças (CID) relacionadas à amputação conforme lista em apêndice. Além disso, conforme autorização CEP UFSC, entrevistar cinco profissionais que atuam diretamente com pacientes que se submeteram a amputação de membros superiores e ou inferiores.

Florianópolis, 05 de dezembro de 2012

Atenciosamente,

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Ciente,

Jamil Chereza Schneider

Diretor do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

PROTOCOLO Nº

2013/0002

DE: COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DATA: 08/04/2013

PARA: PESQUISADORES: Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Soraia Dornelles Schoeller

PROJETO DE PESQUISA: "Pessoas submetidas à amputação clínica ou traumática: uma análise perspectiva da bioética".

ASSUNTO: PARECER CONSUBSTANCIADO

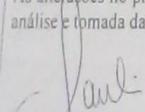
PROJETO DE PESQUISA: "Pessoas submetidas à amputação clínica ou traumática: uma análise sob a perspectiva da bioética."

PARECER: Trata-se de um estudo exploratório e analítico que se apoia na tipologia do método misto que articula a coleta de dados de múltiplas origens, associando quantificações e dados qualitativos, efetivado em duas etapas: 10 pesquisa quantitativa transversal para medições dos aspectos sócio demográficos dos participantes pesquisados; 20 pesquisa quali-quantitativa e exploratória. Tem como objetivo analisar o processo de assistência à saúde da pessoa deficiente física por amputação de membros superiores e inferiores, residente e atendida nos hospitais público da Grande Florianópolis sendo eles Hospital Governador Celso Ramos, Hospital Universitário e/ou em acompanhamento no Centro Catarinense de Reabilitação (Florianópolis) e no Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (São José) nos anos de 2008 à 2010. Não há conflito de interesses. TCLE de acordo com as normas da Lei 196/96. Cronograma e orçamento de acordo.

Diante do exposto: **APROVADO.**

ORIENTAÇÕES GERAIS: Salientamos a necessidade de encaminhar ao Comitê de Ética em Pesquisa relatórios trimestrais sobre o andamento da pesquisa e, ao término do trabalho, **uma cópia impressa e uma em CD com extensão em PDF (Conversor de arquivo Word para PDF)** deverá ser disponibilizada a este Comitê.

As alterações no protocolo devem ser notificadas imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa para análise e tomada das devidas providências.


CARLA PAULI

Coordenadora do CEP/HGCR