

# Percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um ambulatório multiprofissional

## RESUMO

**Objetivo:** analisar a percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um Ambulatório Multiprofissional Vascular. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 17 trabalhadores. Os dados foram coletados por meio de um questionário com perguntas abertas. **Resultados:** 29% dos trabalhadores não realizam encaminhamentos aos usuários após a alta hospitalar, 76% nunca encaminharam para o referido ambulatório e 59% desconheciam o trabalho realizado no ambulatório. Os trabalhadores consideram importante para o cuidado integral, relacionaram o cuidado multiprofissional ao sucesso do tratamento, na promoção da saúde, prevenção de doenças, complicações e melhora da qualidade de vida. **Conclusão:** Acredita-se que o conhecimento produzido provocará reflexões de trabalhadores e gestores da saúde; auxiliará no desenvolvimento de ações que reorientem as suas práticas profissionais, visando qualificar os serviços de saúde, em busca da integralidade da assistência, o que poderá contribuir para a construção do conhecimento sobre a temática.

**DESCRITORES:** Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze the perception of health workers about the integral care in a Multiprofessional Vascular Outpatient Clinic. **Method:** a descriptive, qualitative study with 17 workers. Data were collected through a questionnaire with open questions. **Results:** 29% of the workers did not send referrals to patients after hospital discharge, 76% never referred to the outpatient clinic, and 59% were unaware of the work performed at the outpatient clinic. Workers consider it important for comprehensive care, related multiprofessional care to treatment success, health promotion, disease prevention, complications and improved quality of life. **Conclusion:** It is believed that the knowledge produced will provoke reflections of workers and health managers; Will assist in the development of actions that reorient their professional practices, aiming to qualify the health services, in search of integral care, which may contribute to the construction of knowledge on the subject.

**DESCRIPTORS:** Patient Care Team; Comprehensive Health Care; Health Services.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar la percepción de trabajadores de la salud sobre la integralidad del cuidado en un Ambulatorio Multiprofesional Vascular. **Método:** estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, realizado con 17 trabajadores. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario con preguntas abiertas. **Resultados:** 29% de los trabajadores no realizan encaminhamientos a los usuarios después del alta hospitalaria, el 76% nunca encaminó para el referido ambulatorio y el 59% desconocía el trabajo realizado en el ambulatorio. Los trabajadores consideran importante para el cuidado integral, relacionaron el cuidado multiprofesional al éxito del tratamiento, en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, complicaciones y mejora de la calidad de vida. **Conclusión:** Se cree que el conocimiento producido provocará reflexiones de trabajadores y gestores de la salud; En el desarrollo de acciones que reorienten sus prácticas profesionales, buscando calificar los servicios de salud, en busca de la integralidad de la asistencia, lo que podrá contribuir a la construcción del conocimiento sobre la temática.

**DESCRIPTORES:** Grupo de Atención al Paciente; Atención Integral de Salud; Servicios de Salud.

### Bruna Hirano Imbriani

Fisioterapeuta. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

### Fabianne Banderó Hoffling

Assistente Social. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM.

## **Pâmela Guimarães Siqueira**

Enfermeira. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM.

## **Sofia Hardman Côrtes Quintela**

Fonoaudióloga. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – UFSM.

## **Aline Balbinot**

Fisioterapeuta. Hospital Universitário de Santa Maria/EBSERH.

## **Rosângela Marion da Silva**

Enfermeira. Professora Doutora em Ciências, Tutora de Campo da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde do Centro de Ciências da Saúde - UFSM, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se constituem como o problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes mellitus (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda<sup>(1)</sup>.

Apesar da magnitude das DCNT e do aumento de sua incidência com o avanço da idade, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. As principais DCNT, como doença cardiovascular, diabetes e câncer, compartilham diversos fatores de risco, sendo recomendável uma abordagem integradora de prevenção e controle, para todas as idades e com foco na redução da hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, uso de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia<sup>(2)</sup>. Entretanto, apesar da prevenção ser possível, o controle das DCNT é um dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde atualmente e que, se não forem adequadamente gerenciadas, poderão constituir a primeira causa de incapacidade em todo o mundo até o ano 2020 e se tornarão o problema mais oneroso para os nossos sistemas de saúde<sup>(3)</sup>.

Dentre os fatores de risco da população brasileira, pode-se apontar que os níveis de atividade física no lazer na população adulta são relativamente baixos, em torno

de 15%. Cerca de 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem, respectivamente, 48% e 14% dos adultos<sup>(1)</sup>. Nessa perspectiva, para aperfeiçoar os sistemas de saúde, faz-se necessária a reorientação dos modelos, que antes eram voltados para problemas agudos no atendimento das condições crônicas, com ações que integram a promoção da saúde e a prevenção primária dos fatores de risco<sup>(4)</sup>.

A partir disso, justifica-se a realização deste estudo tendo como referência dados epidemiológicos do município, contidos no Plano Municipal de Saúde 2012-2016, que apontam as Doenças do Aparelho Circulatório como a maior causa de óbitos por doenças cerebrovasculares em ambos os sexos e na faixa etária de 80 anos e mais no período de 2007 a 2010<sup>(5)</sup>. Somam-se a isso os dados do setor de estatística da instituição hospitalar localizada no município cenário desta investigação, que mostram que de janeiro a novembro de 2016 foram realizadas 280 cirurgias vasculares, sendo que no mesmo período mencionado, foram registrados 119 atendimentos no Ambulatório Multiprofissional Vascular (AMV).

Esse ambulatório traz como proposta a integralidade do cuidado por meio de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde. Tem como objetivo atender usuários que realizaram algum procedimento cirúrgico na instituição ou que estejam

vinculados ao ambulatório médico de Angiologia e Cirurgia Vascular, que trata doenças das veias, artérias e de vasos linfáticos, podendo ser um tratamento clínico ambulatorial ou cirúrgico. A equipe que realiza o atendimento é multiprofissional, entendida por um grupo composto por diferentes núcleos profissionais, cada qual com sua especificidade. As distintas áreas e saberes estão “organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço”<sup>(6,60)</sup>.

Sob o entendimento de que os profissionais da saúde e as instituições devem encontrar maneiras criativas para atender a complexidade das demandas de saúde na perspectiva das diferentes especialidades e áreas do saber e de acordo o princípio da integralidade<sup>(7)</sup>, foi evidenciado por um grupo de residentes multiprofissionais, durante a vivência em campo prático hospitalar, que havia desconhecimento da equipe de saúde que presta assistência aos usuários com alterações vasculares sobre o trabalho desenvolvido no referido ambulatório. Diante disso, questionou-se: Qual o conhecimento dos trabalhadores da saúde sobre o atendimento realizado no Ambulatório Multiprofissional Vascular vinculado à instituição hospitalar?

O trabalho em equipe é uma ferramenta que pode promover aproximações entre os atores envolvidos no processo saúde e doença, facilitar a realização da tarefa profissional e contribuir para a satisfação no ambiente de trabalho<sup>(8)</sup>. É bom para médicos, por diminuir a sobrecarga de atenção e redirecionar algumas demandas que sejam de competência de outros pro-

fissionais; para a equipe multiprofissional, porque os incluem no cuidado ao usuário, com distribuição das demandas; e para os próprios usuários, porque mantém uma atenção contínua, com integração de ações preventivas, curativas e incentivando o autocuidado<sup>(9)</sup>.

Essas ações constituem práticas educativas. Favorecem o diálogo e proporcionam o encontro e trocas de experiência entre as pessoas e, em consequência disso, a compreensão de elementos que promovem a saúde e previnem complicações<sup>(10)</sup>.

A partir do exposto, delineou-se como objetivo analisar a percepção de trabalhadores da saúde sobre a integralidade do cuidado em um Ambulatório Multiprofissional Vascular.

## METODOLOGIA

A presente pesquisa é um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi o Ambulatório Multiprofissional Vascular de uma instituição hospitalar localizada no estado do Rio Grande do Sul (RS). O AMV é um dos 100 ambulatórios da instituição.

O encaminhamento dos usuários para este ambulatório pode ser realizado pelos profissionais de nível superior atuantes na instituição. O atendimento acontece nas terças-feiras, no turno da tarde com agendamento de marcação de até cinco atendimentos por dia. Esse quantitativo está relacionado ao tempo médio de atendimento interdisciplinar, que é de aproximadamente 50 minutos. Atuam no AMV residentes do primeiro e segundo anos da Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar (assistente social, enfermeira, farmacêutica, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e psicóloga). A dinâmica de funcionamento é desenvolvida em dois momentos: avaliação do prontuário, com o objetivo de conhecer a história clínica prévia, motivo de encaminhamento do usuário ao ambulatório e possíveis demandas para a equipe, e acolhimento ao usuário e acompanhante, com o objetivo de planejar conjuntamente a continuidade do cuidado no domicílio.

Foi optado por esta abordagem uma vez que o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que diz que essa ação não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo e que deve fazer parte de todos os encontros do serviço de saúde. É uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde<sup>(6)</sup>.

Concomitante, realizava-se um levantamento de demandas do usuário e avaliações pertinentes às principais necessidades apresentadas por ele. A dinâmica do atendimento contempla uma avaliação inicial, com: aferição de pressão arterial sistêmica, verificação da glicemia capilar (em usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus), antropometria nutricional (peso, altura e Índice de Massa Corporal), identificação de queixas algícas, alterações anatômicas e na pele decorrentes de procedimentos cirúrgicos. São realizadas também avaliação psicossocial, nutricional, farmacêutica, fisioterapêutica e fonoaudiológica, de acordo com a demanda apresentada. São realizados curativos quando necessário, orientações para o cuidado e higiene, sobre alimentação, uso de medicamentos e dicas de exercícios que estimulam a mobilidade.

Como recurso de auxílio nesse processo de autonomia e autocuidado, após orientações, são entregues cartilhas educativas com conteúdo sobre cuidados alimentares e com pé diabético, além de uma tabela em que os usuários podem registrar os valores de glicemia capilar e de pressão arterial. Salienta-se que na identificação da necessidade de acompanhamento mais frequente de algum profissional da saúde, o usuário é contrarreferenciado para os profissionais da rede de atenção à saúde do município de origem. Além disso, todos os usuários são incentivados a acessarem a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de

Saúde da Família (ESF) de referência para acompanhamento e continuidade de cuidado.

Destaca-se que os usuários com alterações vasculares internados na instituição hospitalar têm a possibilidade de alta diretamente das unidades de Pronto Socorro (PS), Recuperação Pós-Anestésica (RPA), Clínica Cirúrgica, Clínica Médica I e II, Unidade Cardiológica Intensiva (UCI) e no ambulatório médico de Angiologia e Cirurgia Vascular, sendo esses os locais escolhidos para a realização da pesquisa, sendo importante a continuidade do cuidado, especialmente o referenciamento ao AMV.

Participaram do estudo trabalhadores da saúde segundo os seguintes critérios de inclusão: atuar na instituição independente do vínculo profissional e prestar assistência aos usuários com alterações vasculares. Foram excluídos os trabalhadores em licença de qualquer natureza. Para a seleção dos trabalhadores, optou-se por realizar uma amostra não probabilística por conveniência, para que todos os núcleos profissionais envolvidos no cuidado do usuário participassem da pesquisa. Adotou-se como critério de finalização da coleta de dados a saturação amostral.

A amostra foi constituída por 17 trabalhadores, sendo 2 assistentes sociais, 7 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 fonoaudiólogo, 3 médicos, 2 nutricionistas e 1 psicólogo.

O instrumento para coleta de dados foi um questionário com perguntas abertas, que foi entregue aos participantes durante o turno de trabalho e acordado um dia e horário conveniente para a devolução. Foi realizada nos meses de setembro a dezembro de 2016.

A fim de verificar possíveis dúvidas quanto ao preenchimento do questionário, foi realizado um pré-teste com três trabalhadores, que se dispuseram voluntariamente a colaborar com a pesquisa, objetivando adequar as perguntas do questionário. Após a realização do pré-teste, cujos dados não foram incluídos na análise, o questionário ficou composto, em sua primeira parte, de questões de ca-

racterização sociolaboral dos participantes com informações referentes a sexo, idade, núcleo profissional, tempo de formado, tempo de trabalho na instituição, unidade de trabalho e se o profissional é preceptor (a) de núcleo e/ou campo dos programas de residência multiprofissional e médica. A segunda parte foi composta por cinco questões: 1) Você trabalha com pacientes com alterações vasculares? 2) Que encaminhamento (s) você faz ao usuário com alteração vascular? 3) Você conhece o trabalho realizado no Ambulatório Multiprofissional Vascular? 4) Você já encaminhou algum paciente para o Ambulatório Multiprofissional Vascular? 5) Como você avalia o encaminhamento do usuário com alteração vascular para o Ambulatório Multiprofissional Vascular?

Para garantir o sigilo dos participantes, os dados dos questionários foram organizados de acordo com o código alfanumérico de acordo com a entrega: Trabalhador 1 (T1), Trabalhador 2 (T2), e assim sucessivamente.

Para organização e análise dos dados, a partir deste questionário adotou-se como referencial metodológico a Análise de Conteúdo Temática<sup>(11)</sup>, que considera, essencialmente, as falas dos sujeitos. Esta técnica é composta de três fases: pré-análise (organização dos dados, leitura inicial de todo o conteúdo, escolha dos documentos ou registros e determinação de critérios); exploração do material (codificação em temas, que permite atingir a representação temática do conteúdo, compondo as categorias), e interpretação (os dados são tratados de maneira a serem significativos e válidos).

Todos os dados foram coletados após a autorização da instituição e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob Parecer n.º 1.663.461, CAAE 57048216.8.0000.53.46, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 17 trabalhadores, sen-

do 82% do sexo feminino. 30% possuía faixa etária entre 25 e 30 anos, 12% com idade acima de 40 anos, 12% com tempo de atuação profissional acima de 14 anos; 53% eram preceptores de núcleo e 12% preceptores de campo da residência multiprofissional.

Identificou-se que 29% dos trabalhadores não realizavam nenhum tipo de encaminhamento e que 76% nunca realizaram encaminhamento para o AMV. Esses dados sugerem a inexistência, ineficiência ou desconhecimento do sistema de referência e contrarreferência por parte destes trabalhadores de saúde. Este sistema consiste no encaminhamento de usuários conforme o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde<sup>(12)</sup>.

A referência é um ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade; a contrarreferência é também um ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência<sup>(13)</sup>. Estudo<sup>(14)</sup> refere que investir na atenção multiprofissional é uma das formas de qualificar os processos de referência e contrarreferência, o que desencadeará uma ação integrada, resolutiva e humanizada para a continuidade da assistência em saúde.

Os vínculos estabelecidos entre os serviços e usuários do SUS devem permanecer mesmo na ocorrência de encaminhamentos, com a preservação da integralidade, garantia dos registros e incentivo a comunicação entre profissionais de diferentes níveis de complexidade<sup>(15)</sup>. Porém, sabe-se que ainda persistem importantes problemas organizacionais para acesso, como fluxos pouco ordenados e a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a rede, que ainda é incipiente, com várias fragilidades entre elas, como a troca de informações entre profissionais e serviços de saúde<sup>(15,16)</sup>, o que repercute na satisfação dos usuários.

Pesquisa<sup>(17)</sup> identificou que usuários hospitalizados percebem que o atendimento nos serviços de saúde anterior à

internação é precário, pois há falta de estrutura nos serviços, comunicação deficiente ou inexistente e à falta de humanização na assistência. Assim, para que uma rede coordenada seja estabelecida, é de fundamental importância uma ação comunicativa, o que implica em relações interpessoais de interdependência, com acesso e continuidade do cuidado, evitando procedimentos desnecessários ou até mesmo em duplicidade e agilidade no atendimento<sup>(15)</sup>.

Em relação ao conhecimento dos trabalhadores sobre o trabalho realizado do AMV, 59% dos participantes desconheciam, percentual preocupante, uma vez que o serviço é ofertado na instituição de trabalho dos participantes. Assim, considerando que houve o ingresso de inúmeros trabalhadores nos últimos três anos devido a adesão da instituição à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, entende-se que esses deveriam ter sido sensibilizados para a transferência do cuidado pós alta hospitalar, como o encaminhamento do usuário para o AMV por exemplo.

Importante nesse processo de sensibilização é a educação permanente em saúde, ferramenta necessária para divulgação do trabalho realizado no ambulatório em questão. A educação permanente parte da hipótese da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e propõe que a transformação das práticas profissionais esteja fundamentada na reflexão crítica sobre práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços, sendo realizada no encontro entre o universo de formação e do trabalho, em que o aprender e o ensinar se integram ao cotidiano das instituições e ao trabalho<sup>(18)</sup>.

Assim, planejar a alta hospitalar juntamente com os usuários é buscar a integralidade do cuidado. Entendendo que o cuidado não se encerra com a alta do usuário da instituição, é primordial que o encaminhamento para o AMV seja realizado e, assim, quanto mais pessoas estiverem esclarecidas sobre processo de trabalho neste setor, maior será o quantitativo de usuários com garantia da continuidade do cuidado.

Ao analisar as respostas da questão -

Como você avalia o encaminhamento do usuário com alteração vascular para o Ambulatório Multiprofissional Vascular? Emergiram as seguintes categorias temáticas: Integralidade do cuidado como eixo norteador da prática profissional e Ações multiprofissionais e interdisciplinares em saúde.

Pensar integralmente no usuário requer trabalhadores envolvidos, motivados e exige mudança de atitude para atuar de forma sistematizada e em equipe multiprofissional<sup>(14)</sup>.

Analisando as respostas dos trabalhadores, observa-se a importância atribuída por eles ao cuidado integral:

*“Considero de extrema importância o acompanhamento pelo Ambulatório Multiprofissional Vascular, pois, durante a internação, muitas vezes não é possível equacionar todas as questões relacionadas ao usuário e a seu tratamento. Dependendo do encaminhamento e da demanda apresentada, é necessário um tempo maior para que as questões sejam resolvidas, tempo que excede ao período da internação. Também acredito que seja fundamental que o usuário seja atendido e acompanhado por profissionais de áreas diversas e não apenas pelo médico. O médico é apenas um dos integrantes da equipe de saúde e para que o usuário seja atendido em sua integralidade, como previsto nas diretrizes do SUS, é fundamental que outros profissionais possam ter um olhar sobre o mesmo e contribuir com seus saberes para as internações necessárias.” (T6)*

*“Muito importante, pois o paciente com doença vascular precisa de atenção integral. A equipe médica só consegue realizar o tratamento parcial e o paciente precisa de orientação de reabilitação, nutrição, curativos, além de orientações gerais, que muitas vezes a equipe médica não tem condições de fornecer.” (T8)*

Para os usuários portadores de doença crônica ou alterações vasculares que internam e reinternam nos serviços hospitalares, a integralidade assume um papel integrador dos fluxos assistenciais, organizados entre as instituições e RAS do SUS. São casos em que a doença progride por meio de alterações estruturais e funcionais, cujas disfunções ou sequelas traduzem um caráter de dependência nos cuidados e que não deixam de existir após a alta hospitalar<sup>(19)</sup>.

Dessa forma, a integralidade do cuidado ao usuário com alteração vascular exige ações conjuntas da equipe multiprofissional e interdisciplinar, pois as DCNT, dentre elas as doenças vasculares, são as principais causas de morte no mundo, de perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral e, assim, aumentando a pobreza<sup>(20)</sup>.

A atenção às pessoas com doenças crônicas envolve, indispensavelmente, a atenção multiprofissional e interdisciplinar, constituída por uma equipe, entendida como um grupo de profissionais que assiste uma determinada população e que se reúne regularmente e discute os problemas de saúde dos indivíduos<sup>(20)</sup>. Nesta perspectiva, o trabalho se torna satisfatório na articulação de diferentes núcleos profissionais, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para produção de estratégias conjuntas de intervenção. A atenção multiprofissional deve fornecer nova organização do cuidado, a partir de reorganizações do trabalho em equipe, como reuniões, discussões de caso, atendimentos compartilhados, entre outros, de acordo com as realidades locais<sup>(19)</sup>.

Assim, na categoria ações multiprofissionais e interdisciplinares em saúde, os participantes relacionaram o cuidado multiprofissional ao sucesso do tratamento:

*“Acredito que o encaminhamento para o AMV é de grande importância, pois assim o paciente vai ser assistido por vários profissionais, o*

*que fará diferenças no sucesso do tratamento.” (T5)*

*“Todo ambulatório multiprofissional é benéfico para o andamento do serviço e principalmente pelo benefício do paciente.” (T3)*

*“Considero que seja importante, pois todo o paciente deve ter o seu caso acompanhado por equipe multidisciplinar a fim de aumentar a resolutividade e reduzir as complicações.” (T12)*

*“Acredito que seja importante, devido a especificidade das lesões, complexidade envolvida no cuidado, em que, envolvendo a equipe multiprofissional, há mais resolutividade, à medida que muitos casos envolvem além da fisiologia vascular, também sentimentos, medos, reorganização do cotidiano da vida (ex. amputação de membros inferiores).” (T14)*

*“Devido às limitações físicas que muitas vezes acontecem após a cirurgia vascular, essas alterações também provocam alterações no convívio social, afetam a vida laboral, então é essencial que o paciente receba uma assistência adequada para proporcionar uma melhor qualidade de vida e minimizar os efeitos de suas limitações.” (T16)*

Houve destaque para o cuidado com o usuário pós cirurgia de amputação de membros inferiores, cirurgia definida como retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças. É importante reforçar que a amputação deve ser sempre considerada dentro de um contexto geral de tratamento e não como a sua única parte, cujo intuito é prover uma melhora da qualidade de vida do paciente. Assim, o cirurgião deve ter em mente que, ao amputar um segmento corporal do paciente, estará criando um novo órgão de contato com o meio externo, o coto de amputação, e deverá planejar a estratégia cirúrgica considerando um determinado processo de reabilitação<sup>(21)</sup>.

Sobre isso, as Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada demonstra diversos estudos, em que se presume que as amputações de membros inferiores correspondam a 85% de todas as amputações de membros, apesar de não haver informações precisas sobre este assunto no Brasil. As indicações mais frequentes para amputação do membro inferior são decorrentes das complicações das doenças crônicas degenerativas e ocorrem mais frequentemente em idosos, sendo encontrado na literatura que aproximadamente 80% das amputações de membros inferiores são realizadas em usuários com doença vascular periférica e/ou diabetes<sup>(21)</sup>.

Essa diretriz também cita como fundamental o acompanhamento da equipe na reabilitação, que deverá contar com uma equipe multiprofissional que pode ser composta, por exemplo, por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogo. O projeto terapêutico deve ser estabelecido por uma equipe multiprofissional, sempre objetivando uma atenção integral e evitando a existência de condutas conflituosas<sup>(21)</sup>.

Dessa forma, com a elaboração de estratégias de continuidade do cuidado pautadas nas necessidades do usuário, pode-se favorecer a promoção da saúde e prevenção de doenças. A prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco são de extrema importância para conter um crescimento epidêmico dessas doenças e suas infelizes consequências para a qualidade de vida e para o SUS<sup>(20)</sup>.

Sobre isso, os trabalhadores relataram a importância da orientação multiprofissional na promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações e melhora na qualidade de vida.

*“Sim (referindo-se a importância do encaminhamento), por diversos motivos, prevenir complicações, prevenir possíveis alterações, melhorar a qualidade de vida do paciente e até mesmo proporcionar maior entendimento da sua condição da sua saúde.” (T15)*

*“O ambulatório seria um recurso a mais para a promoção/recuperação das demandas específicas de saúde do paciente, uma vez que este contaria com acompanhamentos/monitoramento e suporte a equalização de suas demandas em relação aos diversos determinantes da saúde.” (T6)*

*“Este ambulatório complementa a assistência em saúde em relação ao tratamento e também é um local adequado para realizar a prevenção das doenças vasculares.” (T10)*

Os fatores de risco para DCNT estão difundidos na sociedade, pois eles têm início precoce e se estendem ao longo da vida. Evidências de países onde ocorreram grandes quedas em certas DCNT, o que indica que as intervenções de prevenção e tratamento são necessárias<sup>(22)</sup>. Por esse motivo, para reverter a epidemia dessas doenças, exige-se uma ampla abordagem da população, incluindo intervenções preventivas e assistenciais<sup>(1)</sup>.

A abordagem integral das DCNT engloba todos os níveis de atenção (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações em linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica, a integralidade compõe ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, a integralidade tem atuação em linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário<sup>(23)</sup>.

As ações de promoção da saúde são custo-efetivas na prevenção de DCNT. Portanto, constituem-se ações que reduzem o risco de DCNT a prevenção ao tabagismo e ao uso nocivo do álcool, além do incentivo aos hábitos saudáveis, como alimentação saudável e atividade física<sup>(1)</sup>. Portanto, a partir da integralidade do cuidado, com ações de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, contando com uma equipe multiprofissional, o usuário se beneficiará, o que sugere qualidade de vida.

## CONCLUSÃO

Considerando que o objetivo deste estudo foi analisar a compreensão de trabalhadores da saúde que prestam assistência aos usuários com alterações vasculares sobre o atendimento realizado em um Ambulatório Multiprofissional Vascular, percebe-se que ainda é um grande desafio a comunicação entre os serviços de saúde para a continuidade do cuidado.

A educação permanente em saúde é uma ferramenta necessária para divulgação do trabalho realizado no ambulatório na busca pelo cuidado integral a estes usuários, visto que existem trabalhadores na instituição que não realizam nenhum tipo de encaminhamento aos usuários, sugerindo a inexistência, ineficiência ou desconhecimento do sistema de referência e contrarreferência por parte destes trabalhadores de saúde.

Para uma rede coordenada, é fundamental a comunicação entre profissionais de saúde, para garantia o acesso e continuidade do cuidado. O planejamento da alta hospitalar juntamente com os usuários traz para a realidade da instituição as demandas dos mesmos na busca pelo cuidado integral.

O cuidado não se encerra com a alta do usuário da instituição, sendo importante o encaminhamento para o AMV e, assim, quanto mais pessoas estiverem esclarecidas sobre processo de trabalho neste setor, maior será a probabilidade de reinternações, tendo em vista ações conjuntas da equipe multiprofissional e interdisciplinar visando a integralidade do cuidado ao usuário. Menciona-se, como possível limitação, o fato de o estudo retratar uma realidade local/regional. Portanto, tal limitação remete à necessidade de se investigar a temática em outros cenários.

Assim, acredita-se que o conhecimento produzido poderá provocar reflexões de trabalhadores e gestores da saúde que atuam nos espaços das Redes de Atenção à Saúde e auxiliar no desenvolvimento

de ações que reorientem as suas práticas profissionais, visando sempre qualificar os serviços de saúde em busca da integralidade da assistência, além de contribuir para a construção do conhecimento sobre a temática. ■

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde (BR). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 20 mar. 2017]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)
2. Pan American Health Organization. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. [Internet]. Washington: PAHO; 2007 [citado em 20 de mar. 2017]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/textcom/nutricion/reg-strat-cnccdspt.pdf>
3. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. [Internet]. Organização Mundial da Saúde: Brasília; 2003 [citado em 20 mar. 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>
4. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013 Nov [citado em 21 mar. 2017]; 34( 5 ): 343-350. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892013001100007&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001100007&lng=en).
5. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (BR). Plano Municipal de Saúde 2013- 2016. [Internet]. 2012 [citado em 20 mar. 2017] Disponível em: <http://sites.mutiweb.ufsm.br/residencia/images/Disciplinas/PLANO%202013%20PRONTO.pdf>
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (BR). HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 70p.
7. Feriotti ML. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*, São Paulo, dez. 2009, 6(2):179-190.
8. Thofehrn MB, et al. Trabalho em equipe: visão de enfermeiros de um hospital de Murcia/Espanha. *Enfermeria Global*. 2014 Oct.; 36:238-252.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. Ago. 2010. [citado em 21 mar. 2017]; 15(5):2297-2305. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
10. Nery VAS. Contribuições das práticas educativas para a qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial [dissertação de mestrado]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Curso de Enfermagem e Saúde; 2012.
11. Bardin L. Análise de conteúdo - edição revista e ampliada. Lisboa: Edições 70; 2016.
12. Dias CF. O sistema de referência e contrarreferência na estratégia saúde da família no município de Bauru: perspectivas dos gestores [Dissertação mestrado] Botucatu: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2010.
13. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde (BR). Resolução CIPLAN n.º 3, de 25 de março de 1981. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de Saúde. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p 173-33
14. Brondani JE, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(1):1-8.
15. Reichert APS. Coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFPI*. 2016; 5(1): 1-3.
16. Fausto MCR, Giovanela L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. Out. 2014 [citado em 21 mar. 2017]; 38( esp.): 13-33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en)
17. Siqueira, PG, Silva RM, Beck CLC, Prestes FC, Vedootto DO, Pasa TS. Percepção de usuários hospitalizados sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Revista de Enfermagem da UFSM* [Internet]. Dez. 2016 [citado em 20 mar. 2017] 6(4):471-81. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22355>
18. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
19. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, 28p.
20. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. Dez. 2014 [citado em 21 mar. 2017]; 23(4):599-608. Disponível em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=pt)
21. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Diretrizes de atenção à pessoa amputada. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 36 p.
22. World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva, 2014.
23. Malta DC, Merhy E E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* [Internet]. Set. 2010 [citado 21 mar. 2017]; 14(34): 593-606. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en).