

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

 07 a 10 de Dezembro 2009  
 Centro de Convenções do Ceará  
 Fortaleza


 Iracema Guardiã

**Trabalho 227 - 1/16**
**DES-CUIDAR DOS LESADOS MEDULAR NA ATENÇÃO BÁSICA:  
DESAFIOS BIOÉTICOS PARA AS POLÍTICAS DE SAÚDE<sup>1</sup>**
***THE DES-CARE OF SPINAL CORD INJURIES IN PRIMARY CARE:  
BIOETHICAL CHALLENGES FOR HEALTH POLICIES***
***EL DESCUIDO CON LAS PERSONAS COM LESIÓN SPINAL EN LA ATENCIÓN BÁSICA:  
DESAFÍOS BIOÉTICOS PARA LAS POLÍTICAS DE SALUD***

 Inacia Sátiro Xavier de França<sup>2</sup>; Lorita Marlena Freitag Pagliuca<sup>3</sup>; Rosilene Santos Baptista<sup>4</sup>;  
 Fatima Maria da Silva Abrão<sup>5</sup> Alexsandro Silva Coura<sup>6</sup>; Eurípedes Gil de França<sup>7</sup>

**RESUMO:** objetivou-se investigar quais as ações realizadas nas Unidade Básicas de Saúde da Família-UBSF para atender as demandas dos adultos com lesão medular pós-reabilitados, enumerar facilidades/dificuldades para atender às demandas desses usuários. Estudo qualitativo realizado em 20 UBSF. Participaram, aleatoriamente, 20 médicos e 20 enfermeiros. Utilizou-se entrevista semi-estruturada e análise de conteúdo. A análise das categorias baseou-se nos princípios integralidade, universalidade, beneficência, justiça. Detectaram-se: desqualificação profissional para assistir o LM, assistência fragmentada, dificuldades para agendar consultas e exames, dificuldades na referência e contra-referência, inexistência de ações contínuas para cuidar do LM. As UBSF não asseguram a proteção de todos os cidadãos, pois existe desafios à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas para o LM.

**Descritores:** Enfermagem em Saúde Pública; Pessoas com Deficiência; Políticas Públicas de Saúde; Bioética

**ABSTRACT:** It was aimed to investigate what actions taken in Basic Health Units of the Family-UBSF to meet the demands of adults with spinal cord injury post-rehabilitation, list facilities / difficulties to meet the demands of users. Descriptive study conducted in 20 UBSF. Participants

<sup>1</sup> Artigo derivado da pesquisa "Perfil socioeconômico e condições de saúde de adultos com lesão medular ou deficiência visual. CNPq - Auxílio a pesquisa Processo N° 480627/2008-8.

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Docente do Mestrado em Saúde Pública-UEPB e Mestrado em Enfermagem UPE/UEPB. Bolsista de produtividade do CNPq. Campina Grande, Paraíba. Brasil. E-mail: isxf@oi.com.br

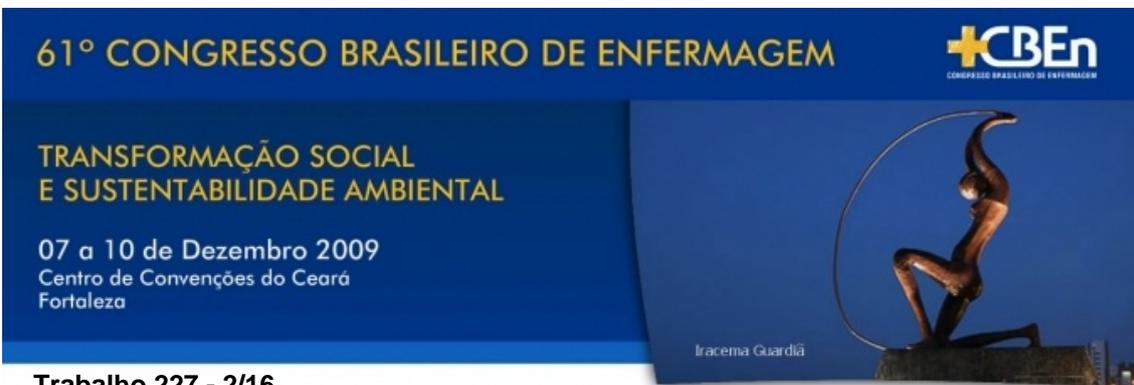
<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará-UFC. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFC. Bolsista de produtividade do CNPq. Fortaleza, Ceará. Brasil. E-mail: pagliuca@ufc.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará/Brasil. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Campina Grande, Paraíba. Brasil. E-mail: rosilene@uepb.edu.br

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto da Universidade de Pernambuco/Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (UPE/FENSG). Coordenadora do Mestrado em Enfermagem do Programa Associado de Pós Graduação em Enfermagem UPE-UEPB. Recife, Pernambuco. Brasil. E-mail: fatimabrao@terra.com.br

<sup>6</sup> Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Campina Grande. Paraíba. Brasil. E-mail: alex@uepb.edu.br

<sup>7</sup> Enfermeiro. Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Campina Grande. Paraíba. Brasil. E-mail: euripedes@uepb.edu.br



### Trabalho 227 - 2/16

randomly, 20 doctors and 20 nurses. It was used semi-structured interviews and analysis of content.

The analysis of categories based on the integrality, universality, charity and justice principles. It was found: disqualification professional to assist the injured spinal cord (SCI), fragmented assistance, difficult to schedule consultations and examinations, difficulties in the reference and counter reference, lack of ongoing actions to take care of SCI. The UBSF not ensure the protection of all citizens, there are challenges to the construction practices of health solidarity, warm and consequently more effective and decisive for the SCI.

**Descriptors: Public Health Nursing; Disabled Persons; Health Public Policy; Bioethics**

**RESUMEN:** El estudio objetivó averiguar cuáles las acciones realizadas en las Unidades Básicas de Salud de la Familia-UBSF para atender demandas de los adultos con lesión *espinal* después de la rehabilitación, enumerar facilidades/dificultades para atender demandas de esos usuarios. Estudio cualitativo realizado en 20 UBSF. Participaron, de forma aleatorio, 20 médico y 20 enfermeros. Fueron utilizadas entrevista semiestructurada y análisis de contenido. La análisis de las categorías se basaron en los principios integralidad, universalidad, beneficencia, justicia. Se verificó: descalificación profesional para asistir el LM, fragmentación de la asistencia, dificultades en marcar consultas y examens, dificultades en la referencia y contra referencia, inexistencia de acciones constantes para cuidar de lo LM. Las UBSF non aseguran la protección de todos los ciudadanos, pues existe desafíos para la construcción de prácticas de salud que sean solidarias, acogedoras, más efectivas y resolutivas para el LM.

**Descritores: Enfermería en Salud Pública; Personas con Discapacidad; Políticas Públicas de Salud; Bioética**

## INTRODUÇÃO

A instituição das bases do Sistema Único de Saúde-SUS é tributária das propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB formalizadas na VIII Conferência Nacional da Saúde realizada em 1986, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade. Essa Conferência, também, motivou que a Constituição Federal de 1988 reconhecesse a saúde como um direito universal, concebesse a assistência como integral e a gestão nos moldes participativos. Graças a esses fatos, o Estado sancionou as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que, respectivamente, deliberam sobre as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde, e acerca da participação comunitária nas instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas em cada esfera de governo<sup>(1)</sup>.

Pode-se afirmar que, hoje, o SUS é um sistema em franco processo de consolidação, apoiado em princípios básicos: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade,

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 227 - 3/16**

regionalização, descentralização e participação popular e prima por assegurar o acesso de todos os cidadãos excluídos dos bens e serviços disponíveis. Para substituir o modelo tradicional de saúde centrado na assistência curativista, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família-ESF, centrada na promoção da saúde e prevenção de agravos ao usuário e famílias adscritas a essas unidades.

Malgrado o desenvolvimento das diretrizes do SUS, as pessoas com lesão medular-LM se destacam como cidadãos expostos às iniquidades em saúde em decorrência dos determinantes sociais que atuam sobre eles e as dificuldades de acesso aos bens e serviços de saúde.

Em relato da literatura detectamos que as condições materiais de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, bem como a sua vulnerabilidade aos impactos ambientais sofrem intensa influência da posição social que ocupam por força das variáveis renda, escolaridade, gênero, dentre outras, repercutindo sobre a sua situação de saúde<sup>(3)</sup>.

Ao remetermos essas idéias para a vivência dos LM, também, constatamos em relato de autores que esses indivíduos são, majoritariamente, pobres, de pouca instrução, desempregados e sem qualificação profissional<sup>(4)</sup>. Que a essas variáveis somam-se a dificuldade de locomoção — em decorrência da carência de veículos adaptados para transportá-los e dos impactos ambientais, representados pelas barreiras arquitetônicas e atitudinais<sup>(5)</sup>.

Convém destacarmos que o Estado brasileiro promulgou capital jurídico, a exemplo do Decreto 3.289/99<sup>(6)</sup> e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência<sup>(7)</sup>, cujas diretrizes primam pela sistematização da política nacional da saúde das pessoas com deficiência-PcD, com vista a garantir a equidade na atenção à saúde para esse segmento populacional. Entretanto, o nosso relacionamento com as PcD tem dado conta que esses indivíduos se ressentem de necessidades em saúde que não são atendidas na atenção básica, e reclamam dos desafios que se colocam no acesso a bens e serviços desse setor, bem como das representações e significações que lhes são atribuídas socialmente em decorrência do protótipo social vigente, aspectos esses que contribuem com a estigmatização e a patologização da deficiência como determinantes das condições de sofrimento e de agravos à saúde desses indivíduos.

Concordamos com o pensamento de alguns bioeticistas para quem a proteção à saúde e o acesso justo e eficiente a cuidados de saúde devem acontecer em toda parte e para todos. E que a superação do paradigma clínico-assistencial que permeia a assistência no processo saúde-doença em nossa sociedade carece da compreensão de que a saúde é uma consequência do usufruto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos<sup>(8)</sup>.

A bioética é uma disciplina cujos princípios orientam a tomada de decisão e a ação moral dos sujeitos, além de sustentar a formação de juízos morais na prática profissional. Dessa forma, nas últimas décadas, as atividades científicas, médicas, biológicas e ambientais passaram a ser pensadas

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 227 - 4/16**

Executadas de modo diferente do fazer cego tradicional, pois, esse paradigma orienta a conduta humana à luz dos valores e princípios morais, e não simplesmente econômicos, políticos, técnicos ou cientificamente viáveis<sup>(9)</sup>.

Atentos ao movimento da sociedade, os profissionais de Enfermagem inseriram em seu código de ética, dentre outros possíveis, os princípios bioéticos: beneficência — obrigação de fazer o bem, maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos; não-maleficência — obrigação de não causar danos ou prejuízos a outrem intencionalmente; autonomia — atuação com conhecimento de causa e efeito e isenta de coação externa; justiça — imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios. Cada um desses princípios se configura como um dever *prima facie*, ou seja: é uma obrigação que se deve cumprir, a não ser que entre em conflito, numa situação particular, com um outro dever de igual ou maior porte<sup>(10)</sup>.

Ao tomarmos por base o dever *prima facie*, cabe-nos indagar: se o SUS prima pela equidade, universalidade e integralidade da assistência e, apesar desses princípios, os LM reclamam do acesso a saúde após o processo de reabilitação, que atividades têm sido desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família-UBSF para atender as necessidades básicas dessas pessoas?

Buscar resposta para essa indagação se constituiu relevante porque os profissionais atuantes na atenção básica tiveram oportunidade de relatar como a assistência em saúde ao LM vem sendo implementada em sua unidade. Nessa perspectiva, os resultados do estudo, quando socializados com os diversos atores sociais possibilitará a reflexão acerca da qualidade da assistência dispensada ao LM e a formulação de opinião acerca das possíveis dificuldades enfrentadas pelos profissionais para atender as demandas específicas desses indivíduos nas unidades básicas de saúde.

Assim, elaboramos a seguinte hipótese: o acesso dos LM às UBSF é conflituoso e entremeado por ações/reações que, ao serem expressas pelos trabalhadores dessa estratégia, possibilitam a elaboração de um projeto de intervenção exequível na área da Saúde dos LM. E elegemos os seguintes objetivos: investigar quais as ações realizadas nas Unidade Básicas de Saúde da Família-UBSF para atender as demandas dos adultos com lesão medular pós-reabilitados e enumerar as facilidades ou dificuldades para atender às demandas desses usuários.

**METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em 20 Unidade Básicas de Saúde da Família-UBSF, localizadas em um município do interior da Paraíba-Brasil. O projeto de pesquisa foi submetido a um Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o nº de Protocolo 0228.0.133.000-07. Destacamos que o objeto da investigação foi a assistência de saúde ao LM adulto no âmbito das UBSF após a reabilitação em instituição especializada. Os

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 227 - 5/16**

participantes do estudo foram vinte médicos e 20 enfermeiros, todos profissionais atuantes na atenção básica. E tiveram respeitados os seus direitos de consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações coletadas, privacidade e autonomia.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2009 por meio de entrevista semi-estruturada. Cada entrevista durou, em média, 15 minutos. Foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Na seqüência das gravações, cada fita foi identificada com a expressão “Médico” ou “Enfermeiro”, conforme o sujeito falante de cada gravação. Para destacar cada um dos entrevistados, essas expressões foram submetidas a associação crescente de um numeral: Médico 1... Médico 20; e Enfermeiro 1... Enfermeiro 20.

Os dados obtidos foram organizados a partir do método de análise de conteúdo em sua versão temática<sup>(11)</sup>. Após leitura superficial e profunda, os dados foram padronizados, agrupados e categorizados. Dessa forma, emergiram as categorias de análise: a) composição da equipe UBSF; b) desenvolvimento da assistência ao adulto com LM; c) parcerias mantidas pela equipe para assegurar a assistência ao LM; d) facilidades ou dificuldades para o desenvolvimento da assistência ao LM.

A análise dessas categorias baseou-se nos princípios integralidade e universalidade, recomendados pela Política Nacional de Atenção Básica, e nos princípios bioéticos beneficência e justiça.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nas UBSF investigadas a composição da equipe UBSF é da seguinte ordem:

*(...) os profissionais da equipe são o médico, enfermeiro, ACS e, em grande parte das vezes, o fisioterapeuta (Médico 1).*

*(...) É como eu disse (...) o agente comunitário de saúde, o médico, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem,. A gente tem um apoio bom que é da fisioterapeuta (Médico 3).*

*(...) A assistência que nós temos é a médica, a de enfermagem e auxiliar de enfermagem e da fisioterapeuta. E se tiver alguma coisa em relação a assistente social, ela vem uma vez na semana (Enfermeiro 9).*

*(...) tem médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS e um acompanhamento fisioterápico (Enfermeiro 6).*

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 227 - 6/16**

A composição das equipes investigadas atende às diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica que preconiza a implantação de uma Equipe de Saúde da Família por meio de uma composição mínima, multiprofissional, representada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS. Esses últimos devem ser em número de 12 para cada UBS, com um máximo de 750 pessoas para cada ACS, de modo a cobrir 100% da população adscrita. Cada membro da equipe deve ter uma carga horária semanal de 40 horas e dar assistência a, no máximo, 4000 habitantes<sup>(12)</sup>.

Ao serem indagados sobre como se desenvolve a assistência ao adulto com lesão medular na UBSF, após o processo de reabilitação em instituição específica, os médicos e enfermeiros assim se posicionaram:

*(...) aqui na UBS nós fazemos a visita domiciliar a esses pacientes que realmente a maioria não consegue vir. A gente faz o exame clínico, a história do paciente, do trauma e, dependendo do caso, se ele não estiver fazendo acompanhamento, nós o encaminhamos para um serviço de neurologia (...) como nós não temos uma estrutura aqui no posto, não temos fisioterapeuta, realmente, é a visita domiciliar periódica, ele vem quando pode aqui ao posto. Aí é mais o acompanhamento clínico, analgesia, solicitação de exames periódicos e o intercâmbio com o neurologista e o fisioterapeuta do serviço municipal (Médico 10).*

*(...) nessa Unidade a gente só tem um paciente com lesão raquimedular. A gente acompanha ele através de consultas em visitas domiciliares e a assistência é feita tanto pelo médico como pela enfermeira, auxiliar de enfermagem e uma fisioterapeuta (...) não se vai uma vez por mês porque a gente tem uma população bem carente e que precisa, né? De mês em mês, de dois em dois meses (...) porque ele sempre está precisando trocar a sonda. Ele tá no momento com uma sonda vesical (...) fica trocando, sabe? Ele tá fazendo fisioterapia, se eu não me engano, duas vezes por semana (Médico 7).*

*(...) a gente sabe que aquele quadro ali é irreversível. Na minha opinião não é boa a qualidade de vida dele. Porque é uma pessoa que está ali naquela cama, ele não sai, ele tem escaras provocadas pelo contato eterno da pele naquela cama. Não existe um programa pra esse paciente não. A gente faz aqui é um acompanhamento clínico até para tratar outras patologias. É a seqüência normal da visita e a fisioterapia, né? (...) nenhuma atividade especial. Nada, nada. Logo a gente só tem um paciente, né? Eu acredito que se tivesse assim (...) um número maior, mas não tem nenhuma atividade (Médico 4).*

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

Iracema Gardã

**Trabalho 227 - 7/16**

*(...) até agora não teve nenhum atendimento. Ele já é acompanhado (...) assim (...) secundário e terciário, né? Porque na atenção primária não tem como a gente dar essa assistência (...) se é para reabilitá-lo, tem a fisioterapeuta, agora, se for na questão da qualidade de vida, aí eu acho que é necessário outros apoios que a gente ainda não consegue fazer esse tipo de trabalho (Enfermeiro 11).*

*A gente faz apenas a visita domiciliar, quando é solicitado pelo ACS (...) porque como no caderno do programa preconizado pela assistência de enfermagem no PSF, a gente faz apenas a visita quando é solicitada pra ver se tem alguma necessidade de encaminhamento, entendeu? Fisioterapia pra fisioterapia ou mesmo para ter uma avaliação da parte médica (Enfermeiro 6).*

O processo de trabalho nas UBSF é regulamentado pela PNAB que recomenda que a equipe trabalhe de forma interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações. E que se mantenha a atualização contínua do cadastramento das famílias e dos indivíduos objetivando a sistematização da análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território<sup>(12)</sup>. Esse cuidado possibilita o diagnóstico clínico, a programação e implementação das atividades em consonância com os determinantes sociais de risco à saúde, priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes.

A PNAB também delega atribuições específicas aos membros de uma UBSF e, dentre elas, destacamos aquelas que consideramos relevantes para o cuidar do LM: ao enfermeiro, compete a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde aos indivíduos e famílias adscritas a UBSF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano — infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Ao médico, além de ter essas mesmas competências do enfermeiro, cabe o encaminhamento necessário dos usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, responsabilizando-se pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência<sup>(12)</sup>.

Consoante relato de outro estudo<sup>(13)</sup>, os profissionais das equipes dessa investigação desenvolvem funções consideradas exclusivas de sua categoria profissional a exemplo de consultas e encaminhamentos, tal como preconizado pela PNAB. Entretanto, a prática em relação ao LM se caracteriza por uma atuação multidisciplinar, que se traduz em isolamento do trabalho especializado, no campo restrito de cada categoria profissional. Pratica-se uma assistência

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Gardã

**Trabalho 227 - 8/16**

Uti<sup>1</sup>logista, fisi<sup>2</sup>logista, nutricionista, focada na detecção de sinais, sintomas e tratamento das doenças. Inexiste a prevenção de agravos, educação para o autocuidado e a conseqüente promoção da saúde do LM, de modo que o cuidado não é integral.

As limitações da assistência no âmbito das UBSF também consta em relato de outro estudo em que o autor aponta: atuação fragmentada, dissociada do coletivo de trabalho e interação ineficaz entre as categorias profissionais<sup>(14)</sup>. Em outro relato, o autor afirma que a atuação dos profissionais está em desacordo com o princípio da integralidade no qual os processos de produção de saúde diz respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, por meio de uma rede de relações que exige interação e diálogo permanentes<sup>(15)</sup>.

A integralidade precisa ser um movimento para além da doença e do sofrimento a fim de apreender as necessidades mais abrangentes dos sujeitos, defender a vida de todos, especialmente a dos mais vulneráveis. Assim o dizemos porque a integralidade impescinde da estruturação das ações e serviços de saúde. Da priorização das atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Ela requer uma prática em que o indivíduo ou o coletivo alvo do cuidado seja compreendido conforme a sua singularidade, complexidade e inserção sócio-cultural. Exige que o cuidado integral seja defendido como proposta ética, como uma atitude cuja essência seja a compreensão do emaranhado de inter-relações que sustentam a vida. Daí porque concordamos com aqueles autores para quem a integralidade continua sendo um problema na prestação da assistência promovida pelo PSF dada a persistência da necessidade de reorientação do trabalho em saúde<sup>(16)</sup> e da garantia da referência e contra-referência, da alocação de recursos necessários, como pressupostos impescindíveis para o acesso universal.

Entendemos que a universalidade é tributária da integralidade. Uma não existe sem a outra. Ambas precisam se constituir um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, em todos os níveis de complexidade do sistema, destinado a indivíduos e coletividade, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Entretanto, essa articulação, tão necessária, ressalvadas as exceções, é um dos conflitos que permeiam as ações no âmbito das UBSF.

Perguntamos aos investigados quais as parcerias mantidas pela equipe para assegurar a assistência àquele LM cuja demanda não pode ser atendida na UBSF e como se processa esse encaminhamento:

*(...) a fisioterapeuta só vem uma vez por semana, mas, alguns pacientes ela encaminha. Se precisar encaminhar (...) o serviço municipal de saúde, né? O encaminhamento é através da central de marcação. Só que muitas vezes, assim (...) um paciente desses que tem uma necessidade que a gente vê que é (...) como é que um paciente desse vai se deslocar? A gente tem uma dificuldade enorme na marcação de exames, de marcação de encaminhamento.*

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza


**Trabalho 227 - 9/16**

*Muita coisa funciona aqui porque a gente tem que fazer isso por conta própria em relação a esses pacientes. A gente não fala a mesma língua. Parece que ninguém sabe o que é prevenção, o que a rede hospitalar deve fazer. A questão da referencia e da contra-referencia, não existe. Você encaminha um paciente para um cardiologista (...) as vezes o paciente nem sabe ler aquela receita do cardiologista, a gente não sabe se está tomando certo a medicação. Não existe o feed-back. Quando você tem acesso (...) algumas pessoas em alguns setores aí você tenta encaminhar, mas porque você conhece aquela pessoa. Existe essa ajuda, entendeu? (Médico 4).*

*Eu não sei te dizer. Como é um assunto que não existe na área, que não tem na nossa área, assim (...) mas acredito que são os hospitais, né? Que dão esse tipo de assistência secundário e terciário (Enfermeiro 8).*

*(...) é assim que a médica que trabalha comigo ela é clínica (...) é mais um contato com um colega, que quando ela precisa do que diretamente pela instituição por conta das dificuldades que a gente tem de ter acesso a outros serviços especializados. Então, é feita uma conversa informal com colegas e daí se consegue outros atendimentos de acordo com a necessidade do paciente (Enfermeiro 14).*

*Pois é isso que eu estou dizendo pra você. Eu não tenho conhecimento de quais são essas instituições de apoio em relação ao portador de trauma medular. Pode até ser ignorância da minha parte. Eu nunca fui instruída em relação a questão dessa parte assistencial. Eu não vou dizer o que eu não conheço (Enfermeiro 3).*

*(...) a gente faz isso mais através de amizade, entre colegas que se consegue a parceria do que propriamente no serviço, exceto na questão da fisioterapia que já tem o serviço montado no próprio município, com profissionais do município (Enfermeiro 2).*

O acesso universal às ações e serviços de saúde, garantido na Constituição de 1988, constituiu-se um princípio do Estado democrático de direitos, que garante a cobertura dos riscos sociais de sua população<sup>(17)</sup>. Mas, nesse estudo, destacamos a necessidade de garantia do fluxo de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar por meio da participação em projetos sociais voltados para a promoção da saúde, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética e compromisso entre os diversos atores

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza**Trabalho 227 - 10/16**

SOCIAIS DO SETOR SAÚDE DE modo a promover abordagem integral e resolutiva dos problemas dos usuários.

Detectamos que as situações intervenientes que limitam a atuação profissional nas UBSF, a permanência da pobreza decorrente da alta desigualdade de renda e das regiões brasileiras se constituem obstáculos para a plena universalização. Dessa forma, a constatação dos conflitos inerentes a assistência ao LM no âmbito das UBSF foi obtida por meio da indagação: Fale das facilidades ou dificuldades em relação ao desenvolvimento da assistência ao LM.

*Olhe é muito complicado mesmo. Primeiro a dificuldade no encaminhamento, que uma consulta com o neurologista, quando a gente está numa fase boa, a gente consegue com um mês. Então esses pacientes passam pela avaliação do neurologista, alguns casos pela avaliação do ortopedista para órteses e próteses e, quando tem a indicação, o paciente tem que ir na Secretaria de Saúde com a solicitação do ortopedista. É bem complicadinho, demora bastante. A nossa maior dificuldade é o seguimento desse paciente, a referência. Quando nós conseguimos fazer a referência, nós não temos a contra-referência desses pacientes. O profissional para o qual a gente encaminha não manda a conduta, não manda para a gente o que foi feito. Algumas vezes manda o exame solicitado mas não manda o seguimento mesmo de como a gente deve fazer com esses pacientes. Ai temos a dificuldade de transporte que nem toda vez a gente consegue carro. Aqui na comunidade eles são muito carentes, então, é difícil. Algumas vezes falta medicação, na maioria das vezes, assim, anti-inflamatório, algum analgésico mais forte. Esses pacientes fazem muito uso de opióides, tylex... (Médico 1).*

*(...) eles também não tem transporte para ir fazer fisioterapia, fazer exames. E os exames, eu só passo para quem realmente está precisando porque está uma fila enorme, mais de 100 pacientes esperando. Não marca, e também encaminhamento está bem difícil de encaminhar para o neurologista. O neurologista só está marcando com mais de seis meses (Médica 2).*

*Eu acho que facilidade não tem nenhuma porque já começa assim numa simples marcação de um raio-X que tem dificuldade de ter vaga (...) se demora muito para conseguir marcar esse raio-X (...) e muitas vezes esse raio-X não é de boa qualidade técnica (Médico 5).*

*A dificuldade maior que a gente ta enfrentando é captar esses pacientes, que a gente sabe que deve existir, com certeza, mas devido a falta de agentes comunitários a gente não tem essa captação. Como eu te falei, geralmente sofre o trauma, vai pro hospital, é atendido pelo*

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 227 - 11/16**

*especialista e fica sendo acompanhado no ambulatório desse especialista, mas não vem comunicar, notificar isso a UBSF (Médico 6).*

*A dificuldade (...) pelo próprio desconhecimento do profissional, assim como eu porque tem muitas coisas que eu desconheço. Eu só conheço essa parte estrutural. Se tem uma coisa mais específica, mais direcionada, eu desconheço. Imagine numa área tão específica como é essa da pesquisa de vocês. Então é assim uma coisa que deixa muito a desejar. Na verdade, não temos nenhuma programação (Enfermeiro 7).*

*Não me inteirei a respeito desse paciente. Na verdade, eu tomei conhecimento da existência dele praticamente no dia em que vocês estiveram aqui, pela série de atribuições que a gente tem, o acúmulo de serviço, nem sempre dá para a gente conversar tudo a respeito (...) a gente se sente culpada não de relegar, mas de não ter tido conhecimento antes. Então, eu não sei se a equipe é (...) no caso da médica (...) o serviço social que é o que a gente dispõe aqui, mesmo de uma forma precária porque ela só tá aqui uma vez na semana, mas não sei se eles já conseguiram fazer algum trabalho de ajuda (Enfermeiro 12).*

Para além da função da equipe UBSF de manter a regularidade do estoque de insumos necessários às atividades assistenciais, a vulnerabilidade interna da atenção básica, dessa em relação ao sistema e desse com os outros setores da sociedade também é relatada na literatura quando se enfoca a desintegração entre as equipes da atenção básica, a inexistência de uma política de referência e contra-referência — o acesso é conseguido, também, pela via da informalidade e/ou amizade entre pares —; a baixa capacidade das equipes da atenção básica/PSF em elaborarem planos, programas, projetos e/ou ações contínuas que potencializem suas relações e integrações com outros setores do governo e da sociedade<sup>(18)</sup>.

Se assim é, entendemos que, no âmbito do sistema de saúde, a assistência ao LM, de forma clara ou velada, sustenta uma colisão de dois princípios bioéticos: o da beneficência e o da não-maleficência. Isso porque o princípio da beneficência corresponde ao fim primário da medicina dado que, em sua visão naturalista, exige que o profissional busque o máximo de benefícios para indivíduos e coletividade por meio da avaliação dos riscos e dos benefícios potenciais, reduzindo ao mínimo os danos e riscos. Implica não só de abster-se de prejudicar, mas, sobretudo o imperativo de fazer ativamente o bem e de prevenir o mal. Por sua vez, o princípio de não-maleficência implica o dever de não causar dano intencional aos usuários, de não colocá-los em risco. O profissional se compromete a avaliar e evitar os danos previsíveis<sup>(8)</sup>.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 227 - 12/16**

A luz dos princípios beneficência e não-maleficência, o profissional de saúde precisa reconhecer o valor moral do outro e ajudar, a indivíduos e coletividade, fazendo ou promovendo o bem, a favor de seus interesses, de modo a minimizar o mal. Significa dizer que, para além da terapêutica medicamentosa, a assistência em saúde precisa se basear nas dimensões: orgânica, psíquica e mental, ecológico-social e na dimensão ética<sup>(19)</sup> como modo de prevenir e tratar as doenças e, principalmente de promover saúde.

No caso desse estudo, os profissionais envolvidos na assistência relatam várias dificuldades para promoverem o bem do LM. O contexto laboral nas UBSF estudadas é marcado por situações intervenientes indesejáveis, a exemplo de: incipiência de práticas de trabalho em equipe, a reprodução e/ou manutenção do modelo centrado no médico e o tratamento e cura das doenças. Por sua vez, o LM desconhecedor do princípio da justiça e acostumado a não exercer o seu direito de cidadania acomoda-se a esse tipo de assistência sem questionar o porque da não equidade no processo assistencial.

Não é possível olvidar que todo ser humano, independente de condição física, precisa ter respeitada a sua dignidade. Esse direito, fundamentado no princípio de socialidade-subsidiariedade, requer que todas as pessoas usufruam igualmente de todos os direitos conquistados. Aquela pessoa que, em virtude de uma deficiência, não puder usufruir sozinha de seus direitos deverá ser ajudada pela sociedade plural. Essa ajuda, fundamentada no princípio da subsidiariedade, implica maior ajuda a quem tem menos recursos físicos e humanos<sup>(20)</sup>. Significa dizer que a sociedade se obriga a dispensar tratamento igualitário a todos os seus associados. E que compete ao Estado executar a justa distribuição das verbas para a saúde e demais demandas sociais.

Vale ressaltar que o princípio da justiça propõe que se evitem discriminações e injustiças nas políticas e nas intervenções sanitárias por meio da repartição equânime dos benefícios e dos ônus. Assim, a detecção de lacunas na assistência ao LM sinalizam a não distribuição igualitária dos benefícios médicos e terapêuticos para aqueles que necessitam mais conforme sua necessidade e critérios diferenciadores. Para o princípio da justiça, centrado na ética da proteção, os mais necessitados precisam de ações sociais prioritárias a seu favor. Significa dizer que aqueles que têm menos recursos deverão receber mais proteção do Estado.

Devido à diversidade humana, é extremamente difícil estabelecer critérios justos para distribuição igualitária de bens primários e de oportunidades às populações. Daí porque, o fator determinante da alocação de recursos públicos assume uma concepção utilitarista segundo a qual busca-se preservar o bem-estar da maioria mesmo que em prejuízo de certas situações individuais. Mas acreditamos que é possível investir na capacitação dos profissionais atuantes nas UBSF na perspectiva da reversão do modelo assistencial vigente pela transformação da produção de procedimentos em produção de cuidados.

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza

**Trabalho 227 - 13/16****CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No local desse estudo, o modo como vem sendo desenvolvida a assistência ao LM pós-reabilitado demonstra que os princípios doutrinários do SUS não estão sendo, amplamente, atendidos de forma que os profissionais de saúde convivem cotidianamente com dilemas éticos, visto que eles não conseguem oferecer serviços de saúde de qualidade a esses usuários.

Os médicos e enfermeiros da equipe básica citaram os percalços da sua atuação: desintegração entre as equipes da atenção básica e aquelas dos serviços de média a alta complexidade, fato que dificulta o encaminhamento e o acompanhamento da evolução do usuário, número insuficiente de ACS para dar cobertura à população adscrita, profissionais sem capacitação para dar assistência ao LM, demanda reprimida, agendamento de consultas em longo prazo, exames complementares morosos e de qualidade duvidosa, inexistência de planos, projetos programas e/ou ações contínuas destinadas ao cuidado do LM pós-reabilitado.

O contexto laboral desses profissionais configuram um desafio para a continuidade da implantação da integralidade, universalidade, beneficência e justiça da saúde pública no país. À luz desses princípios, entendemos que a assistência ao LM na atenção básica nos revela um quadro de complexidade e indefinição.

E concluímos que, no cenário brasileiro, destacam-se os avanços na esfera da legislação vigente, especialmente no concernente a política de saúde para as pessoas com deficiência. A implantação do SUS introduziu normas para a alocação de recursos para a saúde norteando-se pelos conceitos de universalidade, igualdade e justiça e melhorou as condições de saúde da população. Contudo, tais iniciativas não asseguram a proteção de todos os cidadãos, visto que ainda se observam desafios à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas.

Sugerimos a reorganização do processo de trabalho na atenção básica, por meio do deslocamento do foco central no médico para uma equipe interdisciplinar. Qualificação dos profissionais para o exercício de cuidado centrados em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania. Elaboração de planos e projetos de assistência condizentes com as demandas daqueles e grupos específicos excluídos das práticas nas UBSF.

Recomendamos que a academia efetive mudanças curriculares na formação dos profissionais de saúde na perspectiva da transformação daquelas práticas de saúde fragmentadas em uma proposta de produção de cuidados, solidariedade, acolhimento e humanização.

**REFERÊNCIAS**

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 227 - 14/16**

1. Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde 2009 dez; 8(1):13-19.
2. Portal Sisreg. Regulação no SUS. Reorganização da assistência. Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. São Paulo; 2004 [citado em: 06 jul 2009]. Disponível em: [http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/reg\\_reorganiza.htm](http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/reg_reorganiza.htm)
3. Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde. As causas sociais das iniquidades e saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde CNDSS. Rio de Janeiro; 2008 [citado em: 04 jul 2009]. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>
4. Pagliuca LMF, França ISX, Moura ERF, Caetano JA et al. Acessibilidade da pessoa portadora de deficiência física e/ou sensorial aos serviços de saúde: estudo das condições físicas e de comunicação. In: Ceará Secretaria de Saúde do Estado. (Org.). Pesquisa para o SUS no Estado do Ceará: coletânea de artigos do PPSUS-1. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2007. p. 143-70.
5. França ISX de, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. Rev Rene 2008; 9(2):129-137.
6. Ministério da Justiça (BR). Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília; 1999. [citado em: 03 jul]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/principal.asp>
7. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília; 2006. [citado em: 05 jul 2009]. Disponível em: <http://74.125.47.132/search?q=cache:VZYkhHFYdfAJ:portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf+politica+nacional+de+aten%C3%A7%C3%A3o+a+saude+da+pessoa+portadora+de+deficiencia&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



Iracema Guardiã

**Trabalho 227 - 15/16**

- o. PESSINI L, D'Alchomonte C. de. Problemas atuais de Bioética. 7a. ed. São Paulo. Centro Universitário São Camilo/Edições Loyola; 2005.
9. Miranda E, Tenório Filho RD. Da eugenia a algenia e o paradigma bioético. In: Pelizzoli M, organizador. Bioética como novo paradigma: por um novo modelo biomédico e biotecnológico. Petrópolis: Vozes; 2007. p.70-87.
  10. Goldim JR. Dever prima facie. Bioética [online] [citado em: 06 jul 2009]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/primafd.htm> 31/03/2003.
  11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (POR): Edições 70; 1995.
  12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
  13. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras Enferm. 2009 mar/abr; 62(2):265-71.
  14. Silva IZQJ. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Rev Interface-Comun Saúde Educ [on line] 2005 Fev [citado em: 06 Jul 2009]; 9(16). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100003&lng=en).
  15. Martini JG. Mas, do que é mesmo que estamos falando quando abordamos a integralidade? Rev. bras. enferm. 2008 maio/jun; 61(3): 285-285.
  16. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Rev Interface-Comun Saúde Educ 2005; 9(16):39-52.
  17. Bernardes LCG, Maior IMML, Spezia CH, Araujo TCCF de. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. Ciênc. saúde coletiva [on line]. 2009 Fev [citado em: 06Jul 2009 ]; 14(1):31-38. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=en).

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL  
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009  
Centro de Convenções do Ceará  
Fortaleza



**Trabalho 227 - 16/16**

18. Sousa IM<sup>1</sup> et al. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica Rev. bras. enferm. 2008 mar./abr; 61(2): 135-8.

19. Sgreccia E. Manual de bioética I. Fundamentos e ética biomédica. São Paulo: Loyola; 1996.

20. Sgreccia E. Manual de bioética II. Aspectos médico-sociais. São Paulo: Loyola; 1997.