

**Atenção pública ao portador de necessidades
especiais e a bioética da proteção**

*Public attention to the special needs patient and the
protection's bioethic*

Luiz Gustavo Bergamo

Fisioterapeuta formado pela Universidade Católica Dom Bosco,
Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Faculdade
Salesiana de Lins, atualmente docente do SENAC/SC.

RESUMO

O presente trabalho busca conhecer a realidade apresentada pela Portaria 818/GM de 2001, que elabora uma rede de assistência aos portadores de deficiências físicas. Contudo, a realidade apresentada pelo Estado instiga o interesse em conhecer suas entrelinhas, no caso, uma análise através da ótica da bioética. Ao estender o conhecimento para a bioética, torna-se necessário delimitar um foco de pesquisa. Para tanto foi definida a bioética da proteção como a mais apropriada, já que leva em consideração todas as relações entre o Estado e seus cidadãos. Esta análise não questiona a proposta da Portaria, mas propõe sim desvitrificar as adjacências advindas de uma política pública de assistência.

PALAVRAS-CHAVE

bioética da proteção
rede de assistência pública
portadores de necessidades especiais

ABSTRACT

The present work search to know the reality presented by the Decree 818/GM of 2001, that elaborates a service of attendance to the physical needs patient. However the reality presented by the State provokes the interest in knowing the interlineations, in the case, an analysis through the optics of bioethic. When extending the knowledge for the bioethic, becomes necessary to delimit a focus research. Then, the protection's bioethic was defined as the most appropriate, since considerates all the relationships between the State and your citizens. This analysis doesn't question the proposal of the Decree, but it proposes shows the adjacencies from a public politics of attendance.

KEY WORDS

*protection's bioethic
public attendance service
special needs patient*

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde pública no Brasil sofre constantes mudanças. Desde a sanção da lei n. 8080/90, o Estado brasileiro outorga sua responsabilidade quanto às condições necessárias de assistência aos seus cidadãos através do Sistema Único de Saúde (SUS). O Estado, neste momento, formula e executa políticas responsáveis pelo acesso universal e igualitário, promovendo, protegendo e recuperando a saúde. A lei ressalta também a relação entre a saúde e fatores que a norteiam, entre eles o acesso aos bens e serviços essenciais. O acesso à saúde é proposto em princípios da universalidade juntamente com a integralidade, entendido assim como igualdade e conjunto inter-relacionado de ações, em qualquer complexidade, destinadas a uma assistência de qualidade (BRASIL, 1990).

Essa caracterização de atendimento evoluiu para um processo de descentralização e organização do sistema, decorrente de dispositivos normativos que se sucederam nestes últimos anos de construção e consolidação do SUS, iniciado com a Norma Operacional Básica de 1993/NOB-93 até a atual Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-2001. De acordo com o primeiro capítulo da NOAS/2001, a descentralização fomenta a lógica do acesso como otimização dos recursos disponíveis, ou seja, facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde necessários. Nesta mesma norma as Unidades da Federação dispõem de responsabilidades à atenção da saúde de acordo com o tipo de cuidado cogente (BRASIL, 1997; BRASIL, 2001).

A Portaria n. 818/GM de 2001 surge como uma proposta pública estadual de atenção aos portadores de deficiências físicas (necessidades especiais), considerando os dispositivos da Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001. Esta portaria preenche a lacuna referente à atenção dada aos portadores de deficiências físicas. A preocupação existente é na potencialização da independência nas atividades da vida diária dos indivíduos. Não há limitação quanto à estrutura necessária para a implementação das atividades nem o uso de serviços auxiliares de suporte como a necessidade de próteses e órteses, podendo se estender a uma assistência privada complementar. Cabe analisar

a proposta no momento que se considera a saúde como direito e o Estado como legítimo responsável por ela (PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA, 2001).

A REDE DE ASSISTÊNCIA

Segundo a Procuradoria Geral de Justiça (2001), através da Portaria n. 818/GM, a rede pública oferece assistência com equipe multiprofissional e multidisciplinar. Esta portaria propõe a integração de atendimento em quatro níveis de complexidade.

Inicialmente há o serviço de **reabilitação física**. O primeiro nível é de referência intermunicipal, articulado diretamente ao programa de saúde da família e subordinado a outros dois níveis de complexidade (nível intermediário e serviço de referência em medicina física e reabilitação). Este primeiro nível de atenção concretiza-se através de unidades ambulatoriais que atendem pacientes provenientes de outros serviços. É a primeira forma de atenção prestada aos portadores de deficiências físicas, sendo supridas suas defasagens pela integração que há entre esta rede regionalizada e hierarquizada. É evidente a flexibilidade deste primeiro nível, já que o espaço físico para seu funcionamento adapta-se a ambulatorios, policlínicas e hospitais. Compõe-se de uma equipe mínima de profissionais, entre eles: médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais. Os pacientes atendidos neste contexto são garantidos de meios diagnósticos específicos, além de acesso físico adequado em relação às limitações motoras conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas de 1990. Mesmo sendo o primeiro nível, torna-se referência para o Programa de Saúde da Família pois dá suporte e presta orientações em relação à continuidade do processo de reabilitação.

O segundo nível de atenção é **intermediário**, sendo de média complexidade e ambulatorial. Agrega, além da estrutura física e equipamentos, recursos humanos especializados composto por profissionais do primeiro nível e também por fonoaudiólogos e/ou terapeutas ocupacionais. Está presente nesta atenção o suporte ao nível intermunicipal e ao programa de saúde da família quando for necessária a garantia de continuidade do processo de reabilitação e

apresenta a especificidade de funcionar diariamente, em um turno de quatro horas.

Torna-se evidente a caracterização de um nível de atenção especializado, que apresente o maior número de recursos possíveis para o tratamento de pacientes com limitações motoras. Desta forma, a portaria apresenta o **serviço de referência em medicina física e reabilitação**, uma unidade ambulatorial que avalia, faz diagnóstico e trata pessoas portadoras de deficiências físicas, representa o serviço de maior complexidade, dando enfoque intensivo ao processo de reabilitação física dos pacientes encaminhados de outras esferas de atuação da saúde. Para responsabilizar-se como serviço intensivo de reabilitação, deve manter suas atividades em dois turnos de oito horas e apresentar uma estrutura mínima para a execução das tarefas. Por ser o nível de atenção com maior complexidade, deve obrigatoriamente dispor de serviços de suporte diagnóstico e terapêutico, sendo eles: laboratório de patologia clínica, setor de avaliação funcional, serviços de medicina de imagem, medicina nuclear, eletroneuromiografia, potenciais evocados e urodinâmica. Convém ressaltar que este é um serviço de importância estadual e, na ausência de um serviço que cumpra as normas para sua existência, um serviço intermediário suprirá a demanda temporariamente.

Por fim, de atenção aos portadores de deficiências físicas não se limita ao âmbito ambulatorial, abrange também a unidade hospitalar com leitos especialmente designados para essa finalidade. É definido como leito de reabilitação em hospital geral ou especializado, com atendimento integral quando há necessidade de restrição do paciente ao leito hospitalar. Assim como o serviço de referência, a **atenção hospitalar** é integrada a rede estadual, regionalizada e hierarquizada. Constitui a assistência hospitalar, atividades de avaliação, atendimento clínico e cirúrgico, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, orientações e ações que envolvem o uso de próteses ou órteses. Por se tratar de atendimento hospitalar, o serviço deve funcionar em regime de plantão de vinte e quatro horas diárias pelo risco de apresentação de intercorrências clínicas.

Após a composição dos quatro níveis de atendimento, é justo verificar os critérios envolvidos no estabelecimento de quantitativos

dos serviços nas redes estaduais. Os critérios são apresentados sem a especificação do grau de importância, sendo eles: a população envolvida, a necessidade de cobertura assistencial, o nível de complexidade dos serviços e a distribuição geográfica dos serviços. São colocadas em discussão as necessidades epidemiológicas e de cobertura populacional de cada Unidade da Federação. É explícito que, para o nível intermunicipal, o quantitativo máximo tem como base o Plano Diretor de Regionalização de cada estado e do Distrito Federal, com base na Norma Operacional de Assistência à Saúde (2001) que recomenda pelo menos um serviço para cada módulo assistencial. Nos níveis intermediário e de referência, os quantitativos são baseados nas definições apresentadas pela Unidade da Federação, segundo o anexo II da Portaria. A atenção hospitalar é dimensionada de forma a atender às necessidades estaduais e regionais, mostrando assim, em todos os níveis, o enfoque presente da regionalização.

Além da criação desses serviços, a avaliação anual é realizada por meio da vistoria de gestores estaduais e municipais. A fim de tornar essa avaliação mais efetiva, também será considerado o acompanhamento da assistência, identificando deficiências, causas, incapacidades e restrições funcionais dos serviços. Dados referentes aos atendimentos estarão disponíveis para o grupo profissional envolvidos, respeitado e preservados os aspectos éticos. Tais preocupações visam estabelecer e aprimorar políticas públicas eficientes.

Nesse contexto, as Unidades da Federação dão forma a uma rede de assistência, por meio de um planejamento que respeite as exigências estabelecidas na Portaria 818/GM. Inevitavelmente, não há a possibilidade de criação de um atendimento, especializado ou não, com importância pública, sem uma avaliação dos possíveis impactos. Desta forma o presente trabalho visa analisar, com o uso das ferramentas da bioética da proteção, fatores que norteiam a estabilidade e possível instabilidade da atenção prestada aos portadores de deficiências físicas. Cabe salientar que os pacientes envolvidos são, não só minoria, como também limitados, vulneráveis e potenciais dependentes na realização de atividades da vida diária.

BIOÉTICA DA PROTEÇÃO COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE

Sinteticamente, a bioética da proteção está fundamentada no papel do Estado como responsável, cuidando e resguardando as necessidades essenciais aos seus cidadãos. A origem da bioética da proteção deriva da beneficência principialista e, de certa forma, do paternalismo. Beneficência, no momento em que as decisões tomadas são respaldadas na finalidade de melhor atender aos afetados, e paternalismo, quando um agente moral, representante do Estado, toma as decisões para o âmbito coletivo. Mesmo procedendo de um paternalismo-beneficente, a bioética da proteção não se limita à junção desses dois. É necessário descrever seu conceito e observações adjacentes ao seu significado de uma forma pormenorizada, para posteriormente limitar-se ao enfoque da pesquisa (KOTTOW e SCHRAMM, 2001).

Ao buscar um conhecimento aplicado ao mundo da bioética, evita-se uma análise genérica para não atingir o destino errado. Escolher a forma correta de estudo torna-se tão fundamental quanto delimitar o tema. Na realidade proposta, de um atendimento público aos portadores de deficiências físicas, a bioética da proteção germina como ferramenta própria de análise. Neste contexto, a proteção mostra-se focada na população envolvida e responsabiliza-se, como qualquer outra bioética, na solução concreta de conflitos morais ao conhecer, refletir e justificar a crítica acerca do tema proposto (SCHRAMM, 2003; BUSS e FERREIRA, 2002).

Devido à amplitude pública da problemática, há, envolvida nesta realidade, uma responsabilidade social amparada, neste momento, pelo Estado. Na consciência do papel do Estado, existe a legitimação deste enquanto agente fundamentalmente moral na atuação em busca da condição de um bem-estar contemporâneo. Porém, o papel da responsabilidade esbarra na limitação de transcender da atenção individual para o coletivo. Neste ponto fica evidente a justa causa de abstenção da teoria principialista baseada na beneficência, na não-maleficência, na autonomia e na justiça que, mesmo sendo um meio útil de avaliação, limita-se à realidade individual dos problemas. Transcender do singular para o coletivo não se baseia apenas na metaforização de um princípio, como o da Suprema Moralidade explanada

por Kant em que verifica se a ação humana é tal a ponto de tornar-se regra universal. “Coletivizar” seria então se ater à interação envolvida entre os agentes: ativo (Estado) e passivo (cidadãos). Sendo o Estado ativo, enquanto responsável, e seus cidadãos passivos, no momento que detêm direitos. Convém explicar que, em tratando da autonomia do cidadão, chega a ser contraditório uma vez que esta é revogada na defesa do bem-estar coletivo (SCHRAMM, 2003; BERLINGUER e GARRAFA, 2001).

A derivação ocorrida do princípio da responsabilidade gerou a proteção, utilizado como o mais adequado modo de análise moral das políticas públicas. Sua pertinência exige não só a identificação dos objetivos e sujeitos envolvidos, como também o meio mais adequado de execução das políticas públicas. Porém, surge então a indagação de saber qual o motivo que deixou de ser utilizada a responsabilidade e prevalecer a proteção (SCHRAMM, 2003).

A gênese lexical da responsabilidade promove ações em situações críticas e implicitamente caracterizadas voluntariamente. Sendo assim, há dois modos de responsabilidade: ôntica e diacônica. Primeiramente existe uma responsabilidade com o “ser” – ôntica, que assume um caráter paternalista devido à atenção singular. Opostamente é a responsabilidade com o “outro” – diacônica, que generaliza a totalidade do coletivo. Assume uma responsabilidade incondicional, não levando em conta a pluralidade social envolvida. Neste último caso, fica evidente a solidariedade como objeto final de atenção. Tanto a responsabilidade ôntica quanto a diacônica, enquanto paternalismo e solidariedade respectivamente, mantêm os sujeitos envolvidos em diferentes patamares. Sendo assim, as decisões tomadas pelo responsável não levarão em consideração a percepção do agente passivo. Admitirá, principalmente, a decisão das necessidades baseadas na própria percepção do “outro”. Enfim, o princípio da responsabilidade não assume compromissos que se refiram à proteção (SCHRAMM, 2003).

Proteção teria então o seu papel de responsabilidade, porém agregando três características peculiares. Primeiro, a gratuidade como serviço espontâneo, podendo ou não ser aceita pelo sujeito,

diferente do caráter paternalista. Em seguida, a vinculação ao serviço apresentaria intrinsecamente ao ser assumido livremente pelo indivíduo, um caráter irrenunciável. E, por último, a existência das coberturas assistenciais caracterizadas pela assistência realmente necessária dos agentes protegidos. A bioética da proteção resgata o sentido humano em oferecer voluntariamente o cuidado ao outro, tornando-se engajada, comprometida e moralmente irrevogável, pois o agente e as consequências dos atos estão a princípio definidos e identificados. A atuação da proteção adquire a responsabilidade na eficácia dos seus atos em dever com o cidadão, chegando a ser contraditório ao limitar a autonomia pessoal em exigências do bem comum. Mesmo o indivíduo sendo um sujeito passivo de prejuízo quando sua autonomia é revogada, a proteção compromete-se em defender a capacidade do sujeito em não se consentir com ela¹. Em saúde pública, a proteção importa-se em contextualizar a natureza, sociedade e cultura em que a população encontra-se inserida. Além disso, proteger deverá ser então estendido ao conjunto de direitos humanos vinculados aos deveres do Estado para com o bem-estar de seus cidadãos. Na prática, o princípio da proteção aplicado ao tema da pesquisa indica indagações sobre o que deve ser protegido, quem protegerá o quê e para quem a proteção deverá estar empregada (SCHRAMM, 2003; PONTE e SCHRAMM, 2004).

RELAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO E A PROTEÇÃO

Após ser apresentada a proposta da portaria n. 818/GM, de atenção ao portador de deficiência física e o mundo acerca da bioética da proteção, inicia-se então a busca pela construção do saber entre a relação desses dois conhecimentos. Do enfoque protecionista, está claro que os portadores de deficiências físicas são sujeitos passivos da intervenção do Estado. Mesmo na construção das redes de assistência estar evidente a descentralização do poder, é questionável a participação dos usuários do serviço. Uma observação que se apresenta claramente é o serviço de referência, que é utilizado pelos indivíduos mais vulneráveis e acometidos. Ao mesmo tempo, atende o menor número de pacientes, chegando, em alguns casos, a um serviço por unidade

da federação. Analisando mais sistematicamente, este serviço pode apresentar dois grandes riscos. O primeiro de limitação ao acesso pela amplitude geográfica e o segundo, pelo número de pacientes atendidos em um único local. Cabe não desmerecer o enfoque epidemiológico dado nesta construção, porém é pertinente acomodar este conhecimento a outros. Nesta linha de raciocínio, o Estado, como protetor, tem o caráter inerente da vinculação, não se apresentando preparado para um aumento da quantidade dos sujeitos envolvidos. Sendo assim, indivíduos que buscam atenção não podem depender da cobertura de assistência, ou seja, de fatores como o tempo de espera, serviços e profissionais limitados.

Mas será que o Estado, no papel de protetor, alcançará tais metas? Na proposta da Portaria existe o compartilhamento da responsabilidade, quando necessária, com a rede privada. Seria essa então a alternativa mais adequada? Neste contexto há uma colaboração remunerada aos serviços privados, gerando uma instabilidade conceitual no momento em que a relação Estado-Cidadão passaria para Serviço-Consumidor. Assim, o Estado perderia o seu papel perante a bioética da proteção, tornando-se desvinculado e não mais responsabilizado pela cobertura assistencial.

Outro ponto está em dividir o serviço em quatro níveis de atenção. A princípio, parece ser a melhor escolha, porém pode se tornar um sistema subdividido hierarquicamente. No momento em que um nível de atenção subordina-se a outro, perde sua autonomia e assim, forma-se um caráter equivocado de integralidade. Outra observação neste âmbito ocorre em relação às doenças. Um sistema que atende a todos os portadores de deficiências físicas, sem distinção, não leva em consideração fatores inerentes à grande variedade de patologias. Forma-se então uma dualidade: de um lado, o excesso de divisões com relação diferenciada de poder e, de outro, a carência de atenção específica diante da variedade de acometimentos.

Não cabe ao Estado apenas atingir sua meta de integralidade e universalidade no atendimento. Levar em consideração os fatores de desigualdade envolvidos é aceitar as diferenças e buscar melhores soluções para os problemas. No momento que o Estado foca sua atenção à média das necessidades, fica evidente, indiretamente, que esta

omitindo sua obrigação com a minoria. Desta forma há um regresso ao âmbito da responsabilidade, pois tomar decisões baseadas na percepção que se tem do outro, é aceitar o sentido de solidariedade, existindo uma diferença pragmática entre o Estado e cidadãos. Esta diferença é evocada quando se aceita a ausência de autonomia dos cidadãos e automaticamente torna o Estado uma entidade superior, desvinculando então o caráter da gratuidade.

Como pode ser observado, diversos são os problemas e soluções, porém cabe ao Estado definir primeiramente seu papel e dos demais envolvidos. A construção de políticas públicas adequadas depende não somente de fatores numéricos, mas também de observações acerca do contexto em que a sociedade encontra-se inserida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o transcorrer pelas observações feitas, ficou evidente a ausência do Estado em assumir sua plena obrigação em relação aos seus cidadãos. Isto basicamente por não reconhecer totalmente seu papel e manter-se despreparado diante das desigualdades. As prioridades são fundamentadas basicamente em dados epidemiológicos, correndo o risco de não atender aos casos menos relevantes. Este fato pode causar empecilhos por não cumprir o papel proposto na Portaria, de buscar a potencialização da independência nas atividades da vida diária dos portadores de deficiências físicas.

Deve ser reconhecida, porém, a preocupação do Estado na continuidade do atendimento, disposto na metodologia de orientar o paciente. Esta talvez seja uma tentativa de buscar algum grau de autonomia do indivíduo, ou dependendo do contexto, uma responsabilização da própria vítima.

Por fim, ao desenvolver políticas públicas, deve ser levado em consideração o correto investimento em recursos. Parece óbvio que quanto mais recursos físicos e materiais houver, maior será a assistência. Mas um Estado protetor e consciente investirá em mão de obra qualificada, pois quem faz o atendimento ainda são os profissionais envolvidos e não os recursos físicos existentes.

REFERÊNCIAS

- BERLINGUER, G.; GARrafa, V. *O mercado humano*. Brasília: UnB, 2001.
- BRASIL. *Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990* - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990; 19 set. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2005.
- _____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília: 1997. Disponível em: <<http://www.sespa.pa.gov.br/sus/legislacao/nob96.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2005.
- _____. *Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001*. Brasília 2001; 26 jan. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/sus/legislacao/noas01_pt95.htm>. Acesso em: 7 fev. 2005.
- FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L. (org.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local* – a experiência em Manguinho. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002.
- KOTTOW, M.; SCHRAMM, F.R. Princípios bioéticos em salud pública: Limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*, 17:949-56, 2001.
- PONTE, C.A.A.; SCHRAMM, F.R. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5): 1319-1327, set./out. 2004.
- PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA. *Portaria n. 818/GM*. Paraná, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2001/gm/gm-818.htm>>. Acesso em: 7 mar. 2005.
- SCHRAMM, F.R. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P.A.C.; ZOBOLI, E.L.C.P. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Loyola, 2003.