



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

de Lima Torres Oliveira, Solange; Prince de Oliveira, José Alberto; Rodrigues Xavier,
Rosângela M.M.; Garrafa, Volnei

A ética no atendimento às vítimas de queimaduras

Saúde em Debate, vol. 34, núm. 87, octubre-diciembre, 2010, pp. 693-704

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341768011>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



A ética no atendimento às vítimas de queimaduras

Ethics in the burn victims service

Solange de Lima Torres Oliveira¹

José Alberto Prince de Oliveira²

Rosângela M.M. Rodrigues Xavier³

Volnei Garrafa⁴

¹ Médica Sanitarista, especialista em Bioética; Médica do Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado da Saúde do DF.
oliveira.solange@gmail.com

² Médico Cirurgião Geral, especialista em Bioética; Médico do Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado da Saúde do DF.
betoprince@hotmail.com

³ Médica Sanitarista, especialista em Bioética; Médica do Hospital Regional da Asa Norte da Secretaria de Estado da Saúde do DF.
rosanxavir@gmail.com

⁴ Professor Titular do Departamento de Saúde Coletiva; Coordenador da Cátedra Unesco e do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), Distrito Federal.
ppgbioetica@unb.br

RESUMO Objetivou analisar atendimento aos queimados, à luz da 'Carta de Direitos dos Usuários da Saúde'. Observou-se o atendimento no Pronto-socorro, Enfermaria e Ambulatório da Unidade de Queimados; seguido de um questionário aos egressos do hospital, com vistas a sua avaliação. Essa caracterizou o atendimento como 'bom'. Entretanto, referiram-se à dor intensa e falta de explicações do tratamento. A observação destacou ausência de protocolos, de controle da dor e de atenção a aspectos éticos. Os resultados apontam os dilemas morais que surgem do confronto do atendimento com os princípios da Carta, a vulnerabilidade das vítimas e a falha do Estado na prevenção e tratamento de queimaduras.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética; Vulnerabilidade; Queimaduras; Direitos dos pacientes.

ABSTRACT The aim was to analyze the service provided to burn patients in light of the 'Healthcare Patients Letter of Rights'. The service given in the Emergency Room, in the Ward, and in the Outpatient Burn Unit was noted. Patients also answered a questionnaire to obtain their evaluation, which characterized the service as 'good'. However, they also pointed out severe pain and lack of explanation about the treatment. The follow-up highlighted absence of protocols, pain control, and attention to ethical aspects. The results indicate the moral dilemmas that arise when comparing the service with the 'Letter' principles, the patients' vulnerability, and the lack of action taken by the State in the prevention and treatment of burns.

KEYWORDS: Bioethics; Vulnerability; Burns; Patients Rights.

INTRODUÇÃO

As lesões por queimaduras encontram-se entre os tipos de trauma mais dolorosos e os sobreviventes de queimaduras graves carregam um pesado fardo de sequelas incapacitantes, deformidades estéticas e traumas emocionais que geram grande sofrimento (ROSSI *et al.*, 1998; MACEDO; ROSA, 2000; VALE, 2005; CARVALHO; FREITAS; MACEDO, 2005).

Anualmente nos Estados Unidos 1,1 milhão de acidentes por queimaduras necessitam de atendimento médico; desses, 50 mil acidentados necessitam de tratamento em regime de hospitalização e 4,5 mil pacientes vão a óbito devido a queimadura (MACEDO *et al.*, 2005; CDC, 2005). No Brasil não existem estudos nacionais que apontem o número de vítimas de queimaduras em todo o país (MACEDO; ROSA, 2000; CARVALHO; FREITAS; MACEDO, 2005; ROSSI *et al.*, 2003). Estes assinalam, entretanto, que na realidade brasileira a grande maioria das vítimas de queimaduras pertence a segmentos da sociedade de baixa renda, vem de famílias que vivem em habitações onde pessoas se aglomeram em um espaço mínimo, onde o uso de fogareiros e lamparinas a álcool ou querosene é comum. Nessa realidade socioeconômica as crianças são mantidas em casa, sem a supervisão de adultos, estando então mais vulneráveis aos acidentes domésticos (ROSSI *et al.*, 1998; BERALDO *et al.*, 1999). De fato, a maioria dos acidentes que envolvem queimaduras é domiciliar (ROSSI *et al.*, 2003; MACEDO; ROSA, 2000; VALE, 2005) e acomete crianças na faixa etária de 0 a 10 anos (MACEDO; ROSA, 2000; CARVALHO; FREITAS; MACEDO, 2005). A avaliação das causas dos acidentes que envolvem queimaduras demonstra uma realidade que na maior parte das vezes é considerada evitável (VALE, 2005; ROSSI *et al.*, 1998).

A literatura é escassa com relação à atenção a vítimas de queimaduras no que diz respeito aos aspectos éticos do atendimento; aos conflitos morais dos atores envolvidos no processo; à vulnerabilidade das vítimas; às responsabilidades do Estado e sua atuação no sentido de prover recursos nas áreas de prevenção do agravio, adequação de centros especializados de tratamento e investimentos em nível terciário de cuidados.

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde onde

convida a todos os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito desses direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação. (BRASIL, 2006, p.1).

Trata-se de documento elaborado em consenso pelos governos Federal, Estaduais e Municipais e pelo Conselho Nacional de Saúde, que tem como objetivo assegurar o direito básico do cidadão ao ingresso digno no sistema de saúde, seja ele público ou privado.

O presente estudo, acolhendo a proposta ministerial, buscou refletir a problemática apontada, sob o prisma da Bioética, a partir de alguns de seus referenciais teóricos que tratam especificamente da vulnerabilidade, dignidade e do papel do Estado. (GARRAFA; PORTO, 2003) Assim, o trabalho objetivou analisar o processo da atenção às vítimas de queimaduras em face dos princípios da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. Foi observado o atendimento às vítimas de queimaduras durante as etapas do primeiro atendimento, hospitalização e após alta imediata; e, conhecendo a visão dos pacientes egressos desse serviço, foi apurada a existência de conflitos morais nesse processo.

O estudo foi desenvolvido no serviço especializado para atendimento às vítimas de queimaduras da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, situado no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). Essa Unidade de Tratamento de Queimados, inaugurada em 1987, conta com 16 leitos, sala de balneoterapia, um centro cirúrgico e é ainda hoje a única unidade especializada totalmente pública do Distrito Federal para atendimento de uma população estimada de 2,5 milhões de pessoas. (BERALDO *et al.*, 1999).

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em duas fases, durante trinta dias. A primeira fase foi desenvolvida em três setores do hospital: no Pronto-socorro, na Unidade de Tratamento de Queimados e no ambulatório especializado para tratamento de vítimas de queimaduras. A segunda fase foi desenvolvida junto à Associação dos Portadores de Sequelas de Queimaduras (APOSEQ).

PRIMEIRA FASE DA PESQUISA

Durante o período de um mês, foi realizado estudo observacional no HRAN com enfoque sobre o processo de atenção dispensado aos pacientes vítimas de queimaduras em três ocasiões do atendimento, a saber: primeiro atendimento, hospitalização e após a alta imediata.

No Pronto-socorro (PS) foram observados os atendimentos aos pacientes vítimas de queimaduras que tinham indicação de hospitalização. A observa-

ção se ateve ao histórico do acidente, às condições de chegada do paciente, ao tempo decorrido para início do atendimento após a chegada no local, às medidas instituídas e à clínica responsável pelo primeiro atendimento.

Na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) foram observadas as ações para controle da dor durante a balneoterapia e outros aspectos da humanização do atendimento.

No Ambulatório de Queimados foram incluídos apenas os pacientes que tinham história de internação na UTQ, e as ações para controle da dor durante a realização dos curativos, além de outros aspectos da humanização do atendimento, foram alvo das observações.

Para o registro das observações em cada um dos setores do hospital (PS, UTQ, Ambulatório), utilizou-se a metodologia de 'Diário de Campo' (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2007) com roteiro básico dos itens mínimos de observação.

SEGUNDA FASE DA PESQUISA

Foi aplicado um questionário semiestruturado individual em uma amostra de pessoas presentes na reunião mensal da APOSEQ. O questionário, composto por duas partes, buscou na primeira parte os dados gerais do participante sobre idade, sexo, grau de escolaridade e renda familiar. A segunda parte se referiu a sua percepção quanto aos aspectos do atendimento recebido no PS, na UTQ e no Ambulatório relativos ao tempo de espera, à administração e à eficiência dos medicamentos para controle da dor, ao comportamento dos profissionais de saúde para com eles durante o atendimento, a seus sentimentos como vergonha ou constrangimento, solidão, medo, aban-

dono, além do grau de informações recebidas sobre seu tratamento.

Foi obtido daqueles indivíduos que aceitaram participar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nos casos de menores de 18 anos, os questionários foram aplicados aos seus responsáveis ou representantes legais que os acompanharam durante a internação e tratamento. Aqueles que tinham qualquer impedimento para responder ao questionário, tais como sequelas em membros superiores, analfabetismo e cegueira, foi-lhes permitido fazê-lo com auxílio de pessoa da sua confiança.

Foram considerados critérios de exclusão da pesquisa a ausência de pessoa da confiança do participante que possuísse algum impedimento para responder aos questionários e menores de 18 anos cujo responsável ou representante legal não os tivesse acompanhado durante a internação ou não estivesse presente na reunião da APOSEQ.

Todos os dados obtidos – da primeira e da segunda fase da pesquisa – foram analisados e interpretados à luz de conceitos e reflexões da Bioética.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (Registro No. 191/07).

RESULTADOS

Os resultados, apresentados em duas partes, referem-se primeiramente aos dados gerais dos participantes e aos referentes às respostas obtidas através da aplicação do questionário, seguidos dos dados das observações feitas *in loco*, ambos relacionados com o atendimento no OS, a fase de hospitalização na UTQ e a fase após a alta hospitalar desenvolvida no Ambulatório.

TABELA 1 – Distribuição da frequência dos acidentes com relação ao agente causador da queimadura.

Agentes das queimaduras	Pacientes	
	Nº	%
Fogo	22	69
Escaldante	5	16
Contato	4	12
Químico	1	3
Elétrico	0	0
Total	35	100

Fonc: Elaboração própria.

DADOS GERAIS

Os 35 participantes que responderam ao questionário proposto estiveram internados na UTQ do HRAN naquele mesmo ano.

Na distribuição quanto à idade, destaca-se a maior frequência dos participantes menores de 9 anos e aqueles entre 20 e 39 anos. O sexo masculino predominou na amostra, representando 54% dos pacientes.

Destacam-se, entre os diversos tipos de acidentes informados, as queimaduras provocadas por fogo (69%), seguidas dos acidentes escaldantes (16%) (Tabela 1).

Entre os acidentes com fogo, o álcool foi o agente combustível mais frequente. A ocorrência de queimaduras por fogo representou 55% dos acidentes entre crianças de até 9 anos (Tabela 2).

Observou-se que 75% do total dos acidentes informados ocorreram em ambiente domiciliar ou ao redor da moradia.

A renda familiar de até dois salários mínimos foi informada por 77% dos participantes.

A informação do grau de escolaridade evidenciou que 61% dos participantes maiores de 10 anos não tinham primeiro grau completo.

TABELA 2 – Distribuição percentual dos agentes das queimaduras por faixa etária.

Faixa etária	Agentes das queimaduras (%)				
	Fogo	Escaldante	Contato	Químico	Elétrico
0 a 9	56	22	22	0	0
10 a 19	83	17	0	0	0
> 20 anos	70	12	12	6	0

Fonc: Elaboração própria.

PRONTO-SOCORRO

Os tópicos do questionário direcionados à percepção do paciente quanto ao atendimento no PS arquiram sobre o tempo de espera para o atendimento desde a sua chegada ao local; o tempo decorrido para o recebimento de analgesia; o comportamento por parte da equipe de saúde local; e aspectos pessoais de vergonha e constrangimento.

Um total de 55% dos pacientes avaliou seu atendimento no PS como imediato e 24% consideraram que foram atendidos após uma pequena espera.

No tocante ao recebimento de analgesia por queixas de dor, 55% informaram que foram imediatamente medicados e 18% responderam que, apesar de medicados, continuaram sentindo dor (Tabela 3).

Considerando o comportamento dos profissionais de saúde, os aspectos positivos do atendimento superaram os negativos. Apenas 1,5% destacou o ‘des-

respeito’ como sendo a forma de tratamento que recebeu por parte dos profissionais de saúde do setor.

Destacam-se 8% dos pacientes que se sentiram muito envergonhados e constrangidos durante o atendimento no PS.

Do total de questionários analisados, 14% dos pacientes avaliaram o atendimento recebido no PS como ‘excelente’ e 66% consideraram-no como ‘bom’.

Observação realizada no Pronto-socorro

Os pacientes foram recebidos no PS vindos de outras unidades hospitalares do DF ou de outros estados, porém observou-se que não existe qualquer protocolo para o atendimento inicial a esses pacientes nestas unidades, ocorrendo que cada paciente foi recebido em diferentes condições de cuidados e de analgesia.

As vítimas de queimaduras tiveram prioridade na abertura de Guia de Atendimento de Emergência e foram encaminhadas para atendimento por especialista da

TABELA 3 – Distribuição da avaliação dos pacientes quanto à analgesia recebida com relação ao setor do atendimento.

Setor	Avaliação dos pacientes (%)				
	Senti dor e não recebi nenhum remédio	Senti dor e demorei a ser medicado	Apesar de medicado continuei com dor	Senti dor e fui imediatamente medicado	Não senti dor
Pronto-socorro	10	18	18	54	-
Enfermaria	0	9	40	51	-
Ambulatório	42	0	10	38	10

Fonc: Elaboração própria.

área de Cirurgia Plástica. Pacientes que foram vítimas de acidentes com áreas extensas de queimaduras ou com queimaduras graves foram removidos para atendimento na unidade de internação quando havia disponibilidade imediata de vagas. O tempo decorrido entre a chegada do paciente ao PS e o início dos cuidados foi de 30 a 60 minutos. Nesse intervalo, nenhuma medida, além de eventualmente o resfriamento da lesão através da colocação do paciente sob um chuveiro, foi adotada.

A aparente indiferença da equipe de saúde ao sofrimento demonstrado pelos pacientes durante a prestação de cuidados, as atitudes automáticas e a falta de explicações sobre os procedimentos executados foram observações constantes nos atendimentos acompanhados.

Não foram tomados cuidados com aspectos de sigilo relativo à história do acidente ou cuidados para se evitar que o paciente ficasse com o corpo exposto desnecessariamente. Crianças ficaram mais expostas do que adultos.

ENFERMARIA

Os tópicos do questionário direcionados à percepção do paciente quanto ao atendimento na UTQ consideraram seus sentimentos de medo, solidão e abandono durante o período de hospitalização, o tempo decorrido para o recebimento de analgesia quando com dor, a avaliação da dor durante a balneoterapia, aspectos pessoais de vergonha e constrangimento, o comportamento da equipe de saúde local e as explicações recebidas sobre o seu tratamento.

Apesar dos cuidados recebidos, 23% dos pacientes referiram que continuaram sentindo medo, solidão e abandono durante sua internação.

A dor, durante o procedimento de balneoterapia, foi caracterizada como ‘insuportável’ por 54% da amostra ou ‘muito forte’ para 31% dos pacientes. Com referência a todo o período de hospitalização na unidade, 40% dos pacientes citaram que, apesar de medicados, permaneceram com dor (Tabela 3).

Mais da metade dos pacientes (54%) respondeu que recebeu pouca ou nenhuma informação sobre seu tratamento.

As avaliações do comportamento positivo dos profissionais de saúde superaram as do negativo. Apenas 2,5% dos pacientes destacaram o ‘desrespeito’ como forma de tratamento recebida.

Sentimentos de vergonha e constrangimento durante o período de hospitalização na unidade foram apontados por 18% dos pacientes.

A avaliação do atendimento recebido na UTQ mostrou que 20% do grupo o considerou como ‘excelente’.

Observação na Enfermaria

Destacou-se nessa observação a balneoterapia como situação mais crítica durante o atendimento aos pacientes na unidade. Durante a realização do procedimento as manifestações de dor envolveram gemidos, gritos, choro e súplicas para que o procedimento fosse interrompido. As aparentes reações emocionais da equipe foram diferentes dependendo da idade do paciente onde, com as crianças, existiu maior tolerância em relação aos adultos.

As medicações administradas antes do procedimento foram variáveis quanto à dose, a droga e o momento da administração e promoveram apenas algum alívio. Observou-se entre a equipe assistencial a preocupação de não alterar muito o nível de consciência dos pacientes para que participassem da realização do

procedimento, facilitando o processo. Não foram realizados procedimentos de balneoterapia sob anestesia por falta de anestesistas na unidade.

Depois da realização dos procedimentos a equipe de enfermagem e os pacientes pareciam exaustos. Crianças continuavam chorando por algum tempo após o término do procedimento.

O turno da tarde corresponde ao horário de visitas, e não foram realizados procedimentos com os pacientes. Durante o turno da noite alguns pacientes permaneciam despertos.

AMBULATÓRIO

Os tópicos arguidos no questionário proposto buscaram a percepção do paciente quanto ao atendimento no Ambulatório considerando analgesia, aspectos pessoais de vergonha e constrangimento e o comportamento da equipe de saúde local.

Nada menos que 42% dos pacientes informaram que sentiram dor e não foram medicados durante o atendimento no ambulatório (Tabela 3).

De forma geral os pacientes consideraram que foram bem tratados pela equipe do setor.

A vergonha e constrangimento durante o atendimento foram referidos por 21% dos pacientes.

As avaliações do atendimento recebido no Ambulatório consideraram-no em 29% como 'excelente' e em 57% dos questionários como 'bom'.

Observação no Ambulatório

Os pacientes observados durante a realização de curativos no Ambulatório foram aqueles que tinham história de hospitalização na UTQ. Todos os pacientes

tiveram seus atendimentos agendados para o primeiro horário do turno, o que acarretou maior tempo de espera e concentração de pacientes no corredor. Observou-se a ocorrência frequente de sinais de ansiedade (agitação das mãos e pés, sudorese nas mãos e face, palidez, choro) devido provavelmente à expectativa da realização do seu procedimento e o acompanhamento dos acontecimentos que estavam ocorrendo dentro da sala de atendimento.

A estrutura física do setor e os recursos materiais e de pessoal permitem o atendimento simultâneo de vários pacientes, não havendo, entretanto, condições favoráveis para a prestação dos cuidados com privacidade, ficando os pacientes expostos tanto para a área externa quanto interna do Ambulatório. Falhas técnicas grosseiras foram observadas, além da pouca supervisão do procedimento por parte de profissional de nível superior.

As manifestações de dor foram frequentes e variaram desde expressões faciais e corporais, gemidos, até gritos e choros, principalmente entre as crianças. Os pacientes não receberam qualquer medicação analgésica antes do procedimento, e apenas alguns, selecionados por critério não identificado, foram encaminhados ao médico para serem avaliados para receber analgesia.

A equipe de saúde atuou com indiferença, impaciência e frequentemente queixava-se aos pacientes por esses comparecerem em um horário um pouco mais tardio, mesmo estando dentro do horário de funcionamento do setor.

DISCUSSÃO

Os dados apresentados, fruto da observação dos pesquisadores e da percepção daqueles indivíduos que,

vítimas de queimaduras no passado, receberam cuidado e tratamento na unidade especializada do DF, evidenciam que a análise do processo de atenção às vítimas de queimaduras ultrapassa os limites de uma avaliação puramente técnica. Pode ser mais bem percebido a partir de uma abordagem bioética sobre seus aspectos técnicos, aspectos socioeconômicos que compõem o cenário dos acidentes, além das nuances éticas ligadas ao atendimento a essas vítimas, levando em consideração, ainda, as responsabilidades do Estado e a vulnerabilidade dos pacientes.

O grupo que participou dessa pesquisa, respondendo ao questionário proposto, diferencia-se do perfil em geral descrito na literatura sobre as vítimas de queimaduras (MACEDO *et al.*, 2000) uma vez que se observou predominância dos acidentes por fogo entre crianças e um percentual de adultos superior ao de crianças. A causa provável desse resultado pode ser atribuída ao fato de o grupo estudado, membros da APOSEQ, ser composto por aquelas vítimas de traumas mais graves, como aqueles por fogo, onde existe um maior comprometimento residual (ROSSI *et al.*, 1998) e os adultos terem maior interesse e condições para participação em reuniões de associações.

Um aspecto relevante sobre o grupo se encontra na avaliação do perfil socioeconômico e educacional, sendo marcante o fato de que 77% dos indivíduos possuem renda familiar de até dois salários mínimos e o analfabetismo ou primeiro grau incompleto caracterizar 61% deles. Essa realidade demonstra que traumas por queimaduras são um problema com raízes sociais, onde a pobreza, a falta de informação, de acesso a serviços públicos e a insegurança podem levar à morte prematura ou a sequelas graves. A carência de condições de vida que coloca esses indivíduos frente à necessidade de uso de inflamáveis no cotidiano e a permanência de crianças e idosos em domicílios

precários, muitas vezes desacompanhados, propiciam o aumento significativo dos riscos de acidentes. A ocorrência dos acidentes que envolvem queimaduras no ambiente domiciliar e adjacências em 75% da amostra e a análise de alguns dos relatos dos acidentes como, por exemplo, '*a criança puxou a panela de pressão que tombou em cima dela e explodiu*', '*a vela acesa provocou o incêndio no barraco*' ou '*a criança caiu dentro de um buraco onde estava queimando lixo no quintal*' e '*o botijão de gás explodiu quando fui acender o lampião*' mostram que essa amostra da população não tem sido advertida desses riscos ou não possui as condições indispensáveis para buscar soluções para a redução dos mesmos.

O papel do Estado no desenvolvimento de ações educativas e de medidas políticas é fundamental, entretanto como refere Garrafa (1999),

o Estado contemporâneo tem demonstrado a inexistência de uma rationalidade ética no sentido da aplicação de medidas que a legislação do país já se comprometeu em proporcionar aos cidadãos.

Nesse sentido, a Bioética de Intervenção, provocadora de novos e adequados comportamentos, vem apontar a importância dos aspectos da prevenção (de possíveis danos e iatrogenias) e proteção (dos mais frágeis) e a necessidade do comprometimento com os mais vulneráveis, tendo como espelho os direitos humanos contemporâneos (GARRAFA, 2005).

Essa população, excluída dos mais elementares direitos sociais, quando vítima de um trauma por queimadura se encontra frente à necessidade inadiável de procurar cuidado em um serviço de saúde. Sua avaliação quanto ao atendimento recebido se conduzirá a partir de suas expectativas ou suposições. Con-

siderando, contudo, que não possuem parâmetro de comparação com um atendimento em situação igual recebido anteriormente, supõe-se que possam apenas balizar sua expectativa nas experiências dos seus contatos com serviços de saúde em outras oportunidades e por outras causas. Além disso, a deficiência de conhecimentos específicos sobre o trauma não os instrumenta com suposições sobre aquilo que possam necessitar. Sendo assim, é importante contextualizar a percepção dos pacientes como fonte de informação sobre a qualidade do serviço. As discrepâncias encontradas entre as observações obtidas na pesquisa, que descrevem deficiências no serviço prestado, e as avaliações por parte dos pacientes frente ao tratamento recebido em todos os níveis do processo podem ser aí esclarecidas.

Além disso, a análise dos questionários preenchidos por pacientes com perfil socioeconômico e educacional diferenciado da maioria da amostra estudada (escolaridade: superior completo; renda familiar: entre 5 e 10 salários mínimos) encontra que, nesses casos, a opinião dos pacientes se assemelha à observação realizada pelos autores quando deixam claras suas críticas quanto ao tratamento recebido. Esses pacientes, diferentemente do restante da amostra, avaliaram o serviço prestado em cada um dos setores como ‘regular’ e, além disso, destacaram a demora no atendimento, a ineficiência da analgesia e criticaram a falta de informação oferecida pela equipe assistencial.

A Bioética oferece o conceito de vulnerabilidade para subsidiar as discussões que envolvem a proteção indispensável aos mais frágeis, aos necessitados. Citando Lorenzo (2006, p. 299), o conceito de vulnerabilidade “porta um sentido de susceptibilidade, ou seja, as características que nos deixam aptos a sermos lesados por um evento externo qualquer...”. A vulnerabilidade das vítimas de queimaduras pode ser mais

bem percebida analisando-se as respostas, aparentemente conflitantes, dos que referem: demora em ser atendido; ter sofrido dores insuportáveis; ter recebido medicação e mesmo assim ter permanecido com dor; ter se sentido envergonhado e constrangido; ter percebido sentimentos negativos para consigo como grosseria, impaciência e indiferença; e, mesmo assim, avaliam o processo de atenção recebido como ‘bom’ ou ‘excelente’.

Mais ainda, apesar do reconhecimento de terem sido tratados com grosseria, indiferença ou impaciência, esses indivíduos não apontaram o desrespeito com o fator associado a essas atitudes. Parece que, em sua percepção de cidadão, o respeito à sua dignidade humana não é um direito.

A assimetria presente na relação entre esses indivíduos e a equipe de saúde se revela mais acentuada, pela aceitação passiva e submissa do paciente de ter seu direito “a atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação” (BRASIL, 2006, p.2), como está expresso nos princípios da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, violado, mesmo que de forma sutil e velada.

A presença da dor foi observada e relatada em todas as fases do atendimento, mas particularmente durante a realização da balneoterapia, onde 86% dos pacientes caracterizaram nesse momento a dor como ‘insuportável’ ou ‘muito forte’. O grau e a duração da dor que um paciente suporta durante o tratamento de queimaduras segundo Rossi *et al.* (2000) dependem de fatores como extensão e localização da queimadura, estado emocional do paciente, nível de ansiedade e de tolerância à dor, experiências anteriores, cultura e faixa etária. Vários fatores sem dúvida estão envolvidos na expressão da dor dos pacientes como aspectos psicológicos de culpa, medo, depressão. Mas a inexistência de protocolos implantados para o tratamento da dor

desses pacientes em todas as etapas do processo, constatado pela utilização de diversas medicações, doses ou vias de administração da analgesia, parece ser um dos motivos pelos quais foi frequente o relato de pacientes sobre a permanência da dor ‘apesar de ter sido medicados’.

Observou-se também que os profissionais de saúde parecem ter dificuldade em lidar com a realidade da dor do paciente, principalmente durante a balneoterapia, talvez porque muitas vezes se encontram na posição em que provocam a dor, uma vez que são responsáveis pela realização do procedimento.

A dor é considerada pela maioria dos profissionais de saúde que atendem às vítimas de queimaduras como inerente ao quadro do trauma. Associado a isso, está o receio de provocar a dependência do paciente a drogas analgésicas, e, assim, muitas vezes a dor pode não ser adequadamente tratada (ROSSI *et al.*, 2000).

A ausência de um adequado tratamento para alívio da dor do paciente provoca uma experiência traumática tanto para o paciente quanto para o profissional de saúde. Pode interferir na evolução do quadro de recuperação, por limitar as atividades de fisioterapia e a movimentação ativa, que serão fundamentais para a redução das sequelas de queimaduras; o que não será alcançado se não houver controle da dor (ROSSI *et al.*, 2000). Parece surgir dessa forma um conflito entre a conduta técnica que tem como objetivo a cura e o ‘efeito colateral’ constatado pelo sofrimento e trauma psicológico e aumento do risco de sequelas.

Em particular, quanto à presença da dor no processo de atenção às vítimas de queimaduras, o item IV do segundo princípio expresso na Carta de Direitos dos Usuários da Saúde assegura ao cidadão

o acesso à anestesia em todas as situações em que for indicada, bem como a medicações e

procedimentos que possam aliviar a dor e o sofrimento. (BRASIL, 2006, p.3).

Retoma-se aqui a reflexão sobre a ação do Estado no sentido de passar da teoria para a prática, conduzindo imediatamente à concreção dos textos como esse que, sinalizando um progresso moral, não resultam num comportamento público comprometido com a população. Não basta conamar

os gestores, profissionais de saúde, organizações civis, instituições e pessoas interessadas para que promovam o respeito desses direitos e assegurem seu reconhecimento efetivo e sua aplicação (BRASIL, 2006, p. 1),

pois deve o Estado, em sua função primordial, adiantar-se e agir.

Finalizando essa reflexão, o progresso moral também é verificado em códigos deontológicos como o Código de Ética Médica, que, corroborando o entendimento sobre o respeito às liberdades individuais, inscreveu no seu artigo 46 ser vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente, salvo em iminente perigo de vida; assim como o artigo 56 veda ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo, também neste caso, em iminente perigo de vida. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988).

A avaliação desse conflito esbarra na incerteza, como afirma Engelhardt, de serem esses pacientes capazes de decidir sobre o que é melhor para sua vida e sua saúde e, se forem conduzidos a decidir sobre isso, “trata-se de impor alguns critérios ou regras estranhas para eles” (Engelhardt, 1998) .

É consensual hoje que o paciente não pode ser um mero objeto no qual os médicos trabalham e decidem por sua única e exclusiva opinião, uma vez que são os pacientes dotados de direitos inalienáveis, que devem por todos ser respeitados. Princípios éticos descrevem que cabe ao paciente decidir livremente sobre o que é melhor para sua vida e sua saúde. (CAMPOMIZZI, 2002) Sob esses aspectos e constatando o presente estudo que 54% dos pacientes receberam pouca ou nenhuma explicação sobre seu tratamento e sua saúde, evidencia-se a concreta complexidade desse tema. A própria vulnerabilidade das vítimas de queimaduras sugere justificar a prática da ação unilateral da equipe de saúde, que parece ver como estéreis as discussões que envolvem a autonomia das vítimas.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados apresentados pelo presente estudo analisado à luz da Bioética, surgem questões que demandam ações por parte do Estado, da Instituição, dos Conselhos de Classe e também dos profissionais de saúde.

Ao Estado cabe o dever de estender à prática a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; o comprometimento com a justiça social; a implantação de ações educativas e de prevenção; o desenvolvimento de medidas políticas que alcancem de forma eficaz as raízes do problema; além do investimento em nível secundário e terciário de atenção à Saúde.

À Instituição cabe promover efetivas mudanças de atitudes na prática de atenção às vítimas de queimaduras, favorecendo a gestão que fortaleça o atendimento com presteza, apoiado em tecnologia e protocolos

apropriados, com condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde, garantindo ao usuário um atendimento acertado, humanizado, digno e livre de discriminações.

O desafio não só do cumprimento do dever ético pelos profissionais de saúde de aliviar o sofrimento dos pacientes empregando todos os meios e recursos, como também do respeito à sua autonomia sem deixar de lado o reconhecimento de sua vulnerabilidade, deve ser apoiado pelos Conselhos de Classe que constantemente levem à discussão a aplicabilidade de seus códigos deontológicos.

REFERE NCIAS

BERALDO, P.S.S. *et al.* Sazonalidade de queimaduras por fogo em pacientes admitidos numa unidade especializada do Distrito Federal no período de 1993-1996. *Brasília Médica*, v. 36, p. 72-81, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOMIZZI, J.B. Secção Ética Médica. *Revista Bioética*, v. 10, n. 2, p. 161-164, 2002.

CARVALHO, G.G.F.; FREITAS, E.C.; MACEDO, J.L.S. Estudo prospectivo das vítimas de queimaduras atendidas no serviço de emergência do Hospital Regional da Asa Norte de Brasília. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, v. 16, n. 1/2, p. 7-15, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM N. 1246/1988, de 8 jan. 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 1988.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Mass Casualties: Burns*. Disponível em: <<http://www.bt.cdc.gov/masscasualties/burns.asp>>. Acesso em: 18 jun. 2007.

DESLANDES, S.E.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

ENGELHARDT, H.T. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Ed. Loyola, 1998.

GARRAFA, V. Reflexões bioéticas sobre ciência, saúde e cidadania. *Revista Bioética*, v. 7, n. 1, p. 3-11, 1999.

_____. Da bioética de princípios a uma bioética intervenciva. *Revista Bioética*, v. 13, n. 1, p. 125-134, 2005.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, v. 17, n. 5-6, p. 399-415, 2003.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Bioética*, v. 2, n. 3, p. 299-312, 2006.

MACEDO, J.L.S.; ROSA, S.C. Estudo epidemiológico dos pacientes internados na Unidade de Queimados: Hospital Regional da Asa Norte, Brasília, 1992-1997. *Brasília Médica*, v. 37, p. 87-92, 2000.

MACEDO, J.L.S. et al. Fatores de risco da sepse em pacientes queimados. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 32, n. 4, p. 173-177, 2005.

ROSSI, L.A. et al. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital-escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 4, n. 6, p. 401-404, 1998.

_____. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 1, p. 36-42, 2003.

_____. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 3, p. 18-26, 2000.

VALE, E.C. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 80, n. 1, p. 9-19, 2005.

Recebido: Maio/2010

Aceito: Julho/2010