CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
ESCOLA DO PARLAMENTO
PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*
“LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO BRASIL”

CAMILA FINOTTI

**O direito de inclusão do paciente médio e grande queimado no decreto-lei
3.298/99: Dilemas e Desafios.**

São Paulo

2016

CAMILA FINOTTI O direito de inclusão do paciente médio e grande queimado no decreto-lei 3.298/99: Dilemas e Desafios. 2016

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ESCOLA DO PARLAMENTO

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

“LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO BRASIL”

CAMILA FINOTTI

**O direito de inclusão do paciente médio e grande queimado no decreto-lei
3.298/99: Dilemas e Desafios.**

Monografia apresentada à Escola do
Parlamento da Câmara Municipal de
São Paulo como requisito parcial para
aprovação no curso de Pós-Graduação
Lato Sensu “Legislativo e Democracia
no Brasil”

Orientador: Maria Lúcia Salgado

São Paulo

2016

CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

ESCOLA DO PARLAMENTO

PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU

“LEGISLATIVO E DEMOCRACIA NO BRASIL”

CAMILA FINOTTI

**O direito de inclusão do paciente médio e grande queimado no decreto-lei
3.298/99: Dilemas e Desafios.**

Média da avaliação da banca examinadora.

Nota Final:

São Paulo, de de 2016.

ORIENTADOR: MARIA LÚCIA SALGADO

AGRADECIMENTOS

À Escola do Parlamento por todo o apoio educacional durante o processo de estudos.

À professora Maria Lucia Salgado pela orientação exemplar.

À todos que lutam diariamente por política de saúde pública inclusiva e assertiva a população.

“O papel do trabalhador social que optou pela mudança não pode ser outro senão o de atuar e refletir com os indivíduos com quem trabalha para conscientizar-se junto com eles, isto implica a necessidade constante do trabalhador social de ampliar cada vez mais seus conhecimentos, não só do ponto de vista de seus métodos e técnicas de ação, mas também dos limites objetivos com os quais se enfrenta no seu quefazer”.

(Paulo Freire, 1987)

RESUMO

O presente trabalho estudou a importância de inclusão dos pacientes com queimaduras no Decreto-Lei 3.298/99, que propicia benefícios à pessoa com deficiência física e concluiu a necessidade de uma avaliação na legislação existente para uma Política Nacional de Integração de Deficientes Físicos mais democrática, acessível. A pesquisa bibliográfica baseou-se em artigos científicos, na legislação brasileira e entrevista semiestruturada com profissionais da área, com assinatura de termo de autorização demonstrando ética nesta pesquisa.

Palavras-chaves: inclusão, queimaduras, decreto, direitos.

ABSTRACT

The present study studied the importance of inclusion of patients with burns in Decree-Law 3.298 / 99, which provides benefits to the person with physical disability and concluded the need for an evaluation in the existing legislation for a more democratic National Policy for the Integration of Physically Disabled, accessible. The bibliographic research was based on scientific articles, Brazilian legislation and semi-structured interviews with professionals in the field, with a signature of authorization term demonstrating ethics in this research.

Keywords: Inclusion, burns, decree, rights.

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE AUTORAL E AUTORIZAÇÃO DE
PUBLICAÇÃO.

Eu, Camila Finotti, declaro ser o autor desta Monografia apresentada à Escola do Parlamento da Câmara Municipal de São Paulo para o Curso de Pós-Graduação “Legislativo e Democracia no Brasil” e que qualquer assistência recebida em sua preparação está divulgada no interior da mesma. Declaro também que citei todas as fontes das quais obtive dados, ideias ou palavras, usando diretamente aspas (“ “) ou parafrazeando, sejam quais forem os meios empregados: eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravações ou quaisquer outros tipos. Declaro por fim, que este trabalho poderá ser publicado por órgãos de interesse público. Declaro que o presente trabalho está de acordo com a Lei 5988 de 14/12/1973, Lei de proteção intelectual, e que recebi da Instituição, bem como de seus professores, a orientação correta para assim proceder. Em ambos os casos responsabilizo-me exclusivamente por quaisquer irregularidades.

São Paulo, 16 de janeiro de 2017.

Camila Finotti

Sumário

1	Introdução.....	1
2	Capítulo 1 A realidade do paciente queimado no Brasil	6
3	Capítulo 2 Políticas Públicas em Queimaduras	16
4	Capítulo 3 Decreto lei 3298/99	19
5	Conclusão.....	27
6	Bibliografia.....	29

Introdução

O tema que será abordado nesta pesquisa intitulada: “O direito de inclusão do paciente médio e grande queimado no Decreto-Lei 3.298/99: Dilemas e Desafios”, busca chamar a atenção aos critérios que estão estabelecidos no Decreto-Lei e Portarias subsequentes que define as características distintivas dos portadores de deficiência física garantindo o acesso aos benefícios garantidos legalmente e analisa a dificuldade em incluir o paciente queimado como beneficiário legítimo, bem como a progressão e as conquistas dos profissionais de saúde atuantes na área no que concerne a questão dos direitos destes pacientes.

O avanço das políticas públicas de saúde por meio de participação popular pode ser observado desde a pressão dos movimentos sociais na formulação da Constituição Federal, que define em sua seção II, Artigo 198 que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja organizado de acordo com a participação da comunidade, regulamentada pela Lei n.º 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, destacando-se no artigo 1.º, parágrafo 2.º, a atribuição de status público ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), por meio da representação no Conselho Nacional de Saúde.

Segue:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias.

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial.

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício.

(Constituição da República Federativa do Brasil de 1988)

O Conselho de Saúde, em caráter deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (RIBEIRO, 1997).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi um dos marcos na história da saúde pública do Brasil devido à forte pressão popular e dos movimentos sociais em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde que constituiu um passo decisivo para o reconhecimento do direito de todos à saúde e consolidou o Movimento da Reforma Sanitária. Hoje, apesar de alguns entraves, bem como de tempos de espera para procedimentos com agravamento de doenças e mortes evitáveis, o SUS ainda é tido por Nelson Rodrigues dos Santos, médico sanitarista e um ator histórico da construção do SUS, como a política de maior inclusão social implementada no Brasil:

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas. “Estes avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestores (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com o belo contágio e a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social. (SANTOS, 2007).

Podemos perceber que o SUS representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado Brasileiro para com seus cidadãos, por assegurar o direito universal à saúde que diz respeito à possibilidade de todos os brasileiros de todas as classes sociais serem cuidados pelos serviços de saúde públicos.

Desde a sua criação na Constituição de 1988, os conselhos de saúde atuam representando os movimentos sociais de saúde pública. Os conselhos de saúde têm atualmente um papel fundamental na elaboração e execução de políticas de saúde dos Estados e dos Municípios e são espaços institucionalizados de participação dos movimentos sociais no SUS. Podemos ver no artigo de Maria Benevides, o quanto a participação popular é importante e necessária para o desenvolvimento político:

A introdução do princípio da participação popular no governo da coisa pública é, sem dúvida, um remédio contra aquela arraigada tradição oligárquica e patrimonialista, mas, não é menos verdade que os costumes do povo, sua mentalidade, seus valores, se opõem à igualdade, não apenas a igualdade política, mas a própria igualdade de condições de vida. A democratização em nosso país depende, nesse sentido, das possibilidades de mudanças e de costume em uma sociedade tão marcada pela experiência do mando e do favor, da exclusão e do privilégio. A expectativa de mudança existe e se manifesta na exigência de direitos e de cidadania ativa; o que se traduz em exigências por maior participação política na qual se inclui a institucionalização dos mecanismos de democracia semidireta. (BENEVIDES, 1996).

Nesse contexto, as participações ativas dos militantes em Saúde Pública foram fundamentais para os avanços sociais e alcançaram resultados significativos no âmbito de políticas públicas de saúde. A continuidade da atuação destes movimentos são essenciais no âmbito de direito em saúde em razão da existência de muitos problemas a serem enfrentados, como atualmente, a capacitação de profissionais de saúde para um tratamento mais assertivo com os pacientes queimados, a ampliação dos centros de assistência ao paciente queimado e a inclusão destes pacientes com elevadas sequelas na Política Nacional de Inclusão de Pessoas com Deficiência Física, reconhecido por profissionais atuantes da área e que pleiteiam a ampliação desta garantia.

No segmento de movimento social em queimaduras, destaca-se a Sociedade Brasileira de Queimaduras, uma associação civil, sem fins lucrativos, que

promove constantemente estudo, pesquisa e divulgação dos tratamentos e administra os artigos científicos publicados na Revista Brasileira de Queimaduras, de caráter colaborativo com profissionais de saúde, além de promover a conscientização dos aspectos preventivos de acidentes e lesões.

A organização inclui a afiliação de outras sociedades e organizações internacionais de queimaduras e promovem gestões no sentido de transformar o tratamento de queimaduras em especialidade em todas as profissões da área da saúde que compõem a Sociedade Brasileira de Queimaduras, cada qual no seu respectivo órgão de classe e buscando reconhecimento do MEC.

Participar não implica necessariamente que todas as pessoas ou grupos opinem sobre todas as matérias, mas implica necessariamente algum mecanismo de influência sobre o poder. Para participar é necessário algum conhecimento e certas habilidades políticas. Isso varia conforme a amplitude da participação e a natureza das matérias em que se participa. (MOTTA, 2003)

Com isso, o presente estudo fundamentou-se em pesquisa de artigos científicos, legislação brasileira e entrevista semiestruturada com profissionais de saúde especialistas da área, nomeando-os em ordem alfabética: Dra Ana Paula Oliveira - Coordenadora do Serviço de Fisioterapia - Instituto Pró-Queimados; Dra. Cristina Lopes Afonso - sócia-fundadora da Sociedade Brasileira de Queimaduras. Vereadora de Goiânia - Câmara de Goiânia: presidente da Comissão de Direitos Humanos e Cidadania e vice-presidente da Comissão de Constituição e Justiça; Dra Elaine Marlene Tacla - Supervisora do Serviço de Cirurgia Plástica / Unidade de Queimados - Hospital Geral Vila Pentead; Dr. José Luís Araújo Pinto - Cirurgião Plástico.

O estudo apresenta a realidade em que o paciente sequelado está envolvido no âmbito de saúde pública e analisa a defesa da importância de inclusão

dos pacientes vítimas de queimaduras no Decreto-Lei 3.298/99, que compreende o conjunto de orientações normativas para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência, no âmbito de políticas públicas de saúde.

Capítulo 1

A realidade do Paciente Queimado no Brasil

No Brasil, 1 milhão de casos de queimaduras ocorrem a cada ano, sendo 200 mil atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. Queimaduras, como causa de morte no Brasil, perdem apenas para acidentes de trânsito e homicídios (OLIVEIRA, 2009, p. 19).

As queimaduras são atualmente um grande problema de saúde pública, não só quanto à gravidade de suas lesões e ao grande número de complicações, mas também quanto às sequelas relevantes que marcam o paciente queimado. As queimaduras podem ser provocadas por fatores térmicos, químicos ou elétricos, sendo os primeiros os mais frequentes, enquanto os últimos são os mais graves, além de ser uma afecção muito frequente nos centros hospitalares (DORNELAS, 2009, p.119).

1.1 Queimaduras 3º grau: causas e deformidades

A queimadura pode ser definida como uma lesão dos tecidos orgânicos em decorrência de um trauma de origem térmica, o qual o agente causador pode ser térmico (calor ou frio), elétrico, químico ou radioativo (SOANÉGENES, 2013, p.37).

Os graus mais agravantes às condições físicas são os de 3º grau. No 3º grau, a pele é geralmente destruída (epiderme e derme), com danos profundos, levando à alteração hemodinâmica, necessitando tratamento com intervenção cirúrgica para aproximação das bordas das feridas ou de enxertia cutânea. (YOSHIMURA, 2012, p. 259).

Em entrevista semiestruturada para este artigo, os profissionais especialistas em queimaduras relatam de acordo com suas rotinas de trabalho, os casos clínicos com tipos de lesões e deformidades agravantes para a condição física dos pacientes, confirmando os dados científicos citados.

De acordo com a Dra. Elaine Marlene Tacla, Supervisora do Serviço de Cirurgia Plástica / Unidade de Queimados - Hospital Geral Vila Penteado, os casos frequentes que demandam hospitalização são de 3º grau, decorrente de trauma elétrico seguido de amputações e sequelas estéticas.

Dra. Ana Paula Batista Oliveira, Coordenadora do Serviço de Fisioterapia - Instituto Pró-Queimados, relata que as lesões e deformidades constantes que atende na fase ambulatorial ocorrem na face, tórax, braços, mãos, pernas e pés, devido a acidentes domésticos, como escaldos (água quente, óleo), explosão do recipiente de álcool ou acetona no fogão ou churrasqueira, tentativa de suicídio com álcool líquido, brincadeiras de pipa em contato com a rede elétrica; acidentes de trabalho em rede elétrica e esmagamento; acidentes de carro e moto. Os graus mais frequentes em seus atendimentos são queimaduras de 2º a 3º grau causando deformidades na pele, osso, perda de tendões, ligamentos e músculos.

Dra. Cristina Lopes Afonso, sócia-fundadora da Sociedade Brasileira de Queimaduras. Vereadora de Goiânia - Câmara de Goiânia: presidente da Comissão

de Direitos Humanos e Cidadania e vice-presidente da Comissão de Constituição e Justiça relata que os casos que mais ocorrem são queimaduras por contato com superfície aquecida. Estes casos aumentaram devido os escapamentos de moto. Os exemplos frequentes de queimaduras por contato com superfície aquecida são: chapa de churrasqueira, tampa de boeiro, tampa de forno, ferro de passar roupa e aquecedor de ambiente. As queimaduras que geram maiores deficiências, sequelas físicas são: elétricas e químicas (menor ocorrência), gerando amputação, perda total ou parcial de segmentos. As lesões mais comuns são de 1º e 2º grau, porém os casos que apresentam maiores deformidades são as de 3º grau, com destruição total que acontecem por queimaduras químicas e elétricas de contato prolongado, sendo mais comuns em pacientes que apresentam epilepsia. Esses pacientes desmaiam e ficam muito tempo em contato com o agente causal. Os líquidos inflamáveis figuram como as queimaduras mais comuns de 3º grau, como o álcool, diesel, gasolina, thinner, perfume, sendo as mais comuns disparadamente as queimaduras com álcool líquido, que geram mais sequelas físicas e morte no nosso país. A Dra. Cristina Lopes Afonso acrescenta que hoje o álcool líquido, infelizmente, faz parte da rotina de muitas casas brasileiras, usado para desinfecção, como remédio ou alvejante, estando em locais ao alcance das crianças.

Seguindo esta informação dada pela Dra. Cristina Lopes Afonso, a respeito do aumento de queimaduras devido utilização de álcool líquido, o presente estudo verificou que em fevereiro de 2002, a Resolução RDC, nº 46 da ANVISA proibiu a comercialização de álcool líquido 96° GL (Gay-Lussac), porém, em agosto de 2002 uma liminar do Tribunal Regional Federal reverteu a decisão e alterou a RDC, excluindo os produtos com finalidade de uso exclusivamente em estabelecimentos de assistência à saúde humana ou animal, em concentração superior a 68% p/p, pois

estes seriam objeto de normatização específica. O álcool líquido de baixa graduação (menor ou igual a 46,3% p/p) continua sendo permitido em qualquer forma física (gel ou líquida).

Em maio de 2016, a Anvisa abriu uma consulta pública referente a proposta de Regulamento Técnico sobre álcool etílico para uso em estabelecimentos de saúde humana ou animal. A proposta de regulamentação é não permitir o álcool saneante líquido para limpeza, em elevadas concentrações (acima de 72% p/p), estes produtos não deveriam ser vendidos diretamente ao público, devendo ser aplicados ou manipulados exclusivamente por profissionais devidamente treinados. Porém, tem-se verificado a comercialização desse álcool diretamente ao público, que resulta, como pudemos observar nos relatos dos profissionais de saúde acima, casos clínicos de queimaduras de alta lesão, isso se deve porque o álcool líquido tem maior dispersão em relação ao álcool gel.

A consulta pública da Anvisa resultou na seguinte proposta:

Art. 1º Fica aprovado o Regulamento Técnico sobre álcool etílico para uso em estabelecimentos de saúde humana ou animal, nos termos desta Resolução.

Art. 2º Este Regulamento possui o objetivo de estabelecer a classificação e os requisitos gerais para a regularização de álcool etílico para uso em estabelecimentos de saúde humana ou animal. Art. 3º Este Regulamento se aplica aos produtos que contenham álcool etílico em concentração maior que 68% p/p (sessenta e oito por cento, peso por peso) com finalidade exclusivamente de uso em estabelecimentos de assistência à saúde humana ou animal.

Art. 4º O álcool etílico hidratado e o álcool etílico anidro, com finalidade exclusivamente de uso em estabelecimentos de assistência à saúde humana ou animal, somente podem ser comercializados na forma física líquida, como substância ou produto, se tiverem a concentração de álcool etílico maior que 68% p/p (sessenta e oito por cento, peso por peso) e menor que 72% p/p (setenta e dois por cento, peso por peso). Parágrafo único. Os produtos saneantes enquadrados no caput são considerados de risco 2.

Art. 5º Os produtos notificados ou registrados vigentes devem se adequar ao disposto neste regulamento no prazo de até 90 (noventa) dias da data de publicação desta Resolução, por meio de petição de Alteração de Notificação, Cancelamento de Notificação de Produto de Risco 1 a Pedido, Modificação de Fórmula ou Cancelamento de Registro a Pedido. Parágrafo único. Após o

prazo estipulado no caput, os produtos que permanecerem em desacordo com o disposto neste regulamento serão cancelados por ato de ofício.

Art. 6º O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução e no regulamento por ela aprovado constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

(Consulta Pública nº 165, de 23 de maio de 2016 D.O.U de 24/05/2016).

Esta Consulta Pública está disponível no site da Anvisa e pode ser acessada gratuitamente, sendo um modelo de participação popular em políticas de saúde pública.

Dr. José Luiz Araújo Pinto, Cirurgião Plástico, confirma que a queimadura pior é a de 3º grau, por apresentar realmente uma extensão de sequela muito alta. Relata ainda, que infelizmente no Brasil temos muitos acidentes, com produto de limpeza, álcool líquido, como citado acima, acidentes com explosão de botijão de gás, que apresentam maior dificuldade para uma recuperação. A exposição corporal do paciente irá gerar perda de potássio, proteína, degradando a condição de recuperação. Uma vez ultrapassada essa condição difícil, começa uma outra fase que é a do enxerto, curativos sintéticos e a recuperação de superfície, seguido da fase de recuperação por intervenção fisioterapêutica e neste momento o paciente se dirige a alguns poucos pontos serviços disponíveis.

Acrescentando o relato do Dr. Luiz José Araújo Pinto, sobre os poucos centros de serviços a queimados, o presente estudo verificou que há apenas 68 Centros de Referência em Assistência a Queimados cadastrados no Brasil de acordo com o Ministério da Saúde. Segue:

Tabela 1. Quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência a Queimados por estado da Federação

UF	Nº de Centros
São Paulo	14
Minas Gerais	7
Rio de Janeiro	5
Bahia	5
Rio Grande do Sul	4
Paraná	4
Pernambuco	3
Ceará	3
Pará	2
Santa Catarina	2
Goiás	2
Maranhão	2
Piauí	1
Amazonas	1
Mato Grosso	1
Mato Grosso do Sul	1
Distrito Federal	1
Sergipe	1
Tocantins	1
Paraíba	1
Espírito Santo	1
Alagoas	1
Rio Grande do Norte	1
Rondônia	1
Acre	1
Amapá	1
Roraima	1
Total	68

Anexo I - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.273, de 21 de novembro de 2000.

Todos os Centros de Tratamento de Queimaduras que hoje existem em hospitais públicos ou prestadores de serviços ao SUS são custeados pelo governo federal após a habilitação, ou seja, autorização para funcionamento, definindo um teto financeiro para aquele Serviço, baseado no número de leitos de enfermagem e de UTI que ele possui. Este teto foi calculado em 2007, tendo como base as diretrizes do Pacto pela Saúde e sendo uma média das séries históricas de produção de todos os serviços habilitados no Brasil (Brasil, 2007).

Tabela 2. Atendimentos e Repasses Financeiros efetuados pelo Governo (2002-2010).

Região	Atendimentos AIHs	Repasses Totais	Média
CENTRO-OESTE	10.069	R\$ 17.589.171	R\$ 1.75
NORDESTE	20.751	R\$ 50.914.120	R\$ 2.45
NORTE	1.423	R\$ 2.284.690	R\$ 1.61
SUDESTE	23.271	R\$ 75.849.662	R\$ 3.26
SUL	14.633	R\$ 39.027.701	R\$ 2.67

Fonte: Cálculos elaborados pelo autor com base na Plataforma DATASUS do Ministério da Saúde. Disponível em: < www.datasus.gov.br >.

Com relação ao volume de recursos enviados pelo governo federal, de acordo com a Tabela 3, entre os anos de 2002 e 2010 foram emitidas 70.147 AIHs (atendimento de internações hospitalares) para pacientes com queimaduras, incorrendo em um financiamento total de mais de R\$ 185 milhões. O financiamento médio por atendimento variou de R\$ 1,6 mil na região Norte a R\$ 3,2 mil na região Sudeste. A média nacional para o período foi de R\$ 2,6 mil. Percebe-se que o financiamento é mais acentuado na região sudeste devido ao maior número de Centro de Tratamento aos Queimados (PESCUMA JÚNIOR, 2013).

Dr. Luiz Araújo Pinto continua sinalizando que os hospitais deveriam ter uma integração maior no serviço de fisioterapia, pois esse paciente fica perdido se não realiza a fisioterapia precoce, resultando em piora da condição motora. Relata que é comum o retorno desses pacientes 6 meses após a cirurgia, com sequelas gravíssimas, não movimentando os membros, não tendo condição digna de vida como necessidades fisiológicas. Essa é a realidade do paciente queimado.

Um sobrevivente de queimaduras conviverá com lesões que incapacitam seus movimentos físicos, a incapacidade funcional, principalmente quando atinge os membros superiores e inferiores; as deformidades, sobretudo da face; as sequelas de

ordem psicossocial; e, dependendo da localização, as queimaduras podem ainda causar danos neurológicos, oftalmológicos e geniturinários (OLIVEIRA, 2009, p. 32).

1.2 Reinserção Social

As pessoas que sofreram queimaduras consideram que as modificações decorrentes do trauma resultam em prejuízo à qualidade de vida, devido às desvantagens experimentadas no cotidiano, como dificuldade para conseguir um trabalho, ou adaptar-se a trabalho desenvolvido anteriormente ou, ainda, porque não está mais em condições para trabalhar (MOREIRA, 2011. p.114).

No que se diz respeito a reinserção social, a Dra. Elaine Marlene Tacla analisa o antes e o depois do paciente queimado, sendo que a pessoa antes da queimadura era uma pessoa ativa e socialmente aceita e a partir das lesões decorrentes da queimadura, o paciente começa a ter o contato com o preconceito social, levando a não aceitação da própria imagem. E acrescenta a importância de um bom trabalho da equipe de saúde antes da alta hospitalar do paciente. Sem uma boa conduta de reabilitação, o paciente terá graves limitações e restrições motoras, dificultando a sua reinserção social.

A Dra. Cristina Lopes Afonso afirma que é extremamente necessária uma ação acadêmica nessa área, pois nenhum profissional da área da saúde é treinado para cuidar do paciente queimado, sendo danoso à saúde pública. Precisa-se ensinar os profissionais enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia, etc., dentro da graduação.

Pontuando este tema sobre capacitação dos profissionais de saúde, a Câmara Técnica de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina (CFM),

desenvolveu um protocolo para orientar profissionais nos primeiros-socorros, desde o reconhecimento até análise da extensão da lesão e foi enviado ao Ministério da Saúde com a proposta de que seja incorporado às diretrizes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), o protocolo orienta, passo a passo, como o médico e outros profissionais da saúde devem atender o paciente, sobretudo nas unidades de urgência e emergência da rede pública, porta principal de entrada desses casos.

O protocolo foi criado por membros da Câmara Técnica do CFM, formada por Alfredo Gragnani Filho, Zeneide Alves de Souza, José Renato Harb , Antonio Gonçalves Pinheiro, Nelson Sarto Piccolo e Flavio Nadruz Novaes. O manual inclui os seguintes tópicos para os primeiros-socorros às vítimas de queimaduras: Tratamento imediato de emergência; tratamento na sala de emergência; profundidade da queimadura; extensão da queimadura. Extensão da queimadura (superfície corpórea queimada – SCQ); cálculo da hidratação, tratamento da dor; gravidade da queimadura; medidas gerais e tratamento da ferida; trauma elétrico; queimadura química; infecção da área queimada; critérios de transferência para Unidade de tratamento de Queimaduras.

Além do protocolo, a Sociedade Brasileira de Queimaduras implantou o Curso Nacional de Normatização de Atendimento ao Queimado (CNNAQ), com a finalidade de oferecer conhecimento e normas aos que tem oportunidade de prestar o primeiro atendimento a qualquer pessoa com queimaduras de qualquer etiologia, proporcionando uma uniformidade nas condutas. O Curso é constituído de dez módulos ministrados por instrutores capacitados e fornece certificação do CNNAQ na modalidade atendente.

Porém, ainda se faz necessária a inclusão de uma disciplina específica na graduação de saúde para que tenhamos profissionais capacitados e tratamentos assertivos. Para tanto, é importante que as instituições de ensino reavaliem em conjunto com comitês científicos e profissionais já atuantes na área, seus conceitos acerca da qualificação do profissional de saúde para as questões e abordagens em queimaduras que garantam um melhor suporte teórico-prático, adequando suas matrizes curriculares.

1.3 Disseminação de Informação na Sociedade e Prevenção

Apesar do agravamento constante dos casos de queimaduras no Brasil, o tema ainda não difundiu e sensibilizou socialmente, fazendo com que os pacientes queimados fiquem às margens dos debates.

Para a Dra. Ana Paula Batista Oliveira, um dos motivos pelo qual o tema ainda não propagou é a deficiência na divulgação do quanto à seqüela de queimadura pode ser devastadora tanto no aspecto físico quanto psicológico, além de ser uma seqüela física de grandes deformidades no qual o paciente evita a exposição, não sendo assim, percebido pela sociedade. A Dra. Cristina Lopes Afonso explica que o tema de queimaduras ainda não viralizou porque não é especialidade autônoma na área da saúde, como pediatria, cardiologia e pneumologia. A queimadura é apenas um capítulo dentro da cirurgia plástica. O Dr. José Luiz Araújo Pinto, adverte que a queimadura sendo uma área subpotencializada dentro da sociedade o paciente sequelado acabará excluído dentro do próprio ambiente familiar, devido à procura desgastante e sem resultados de recursos para a sua recuperação.

Dra. Elaine Marlene Tacla ressalta a importância do Dia Nacional de Luta Contra as Queimaduras que em 2009. Foi decretada pelo Congresso Nacional e

sancionada pelo Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva como lei nº 12.026, de 9 de setembro de 2009 e instituiu a data de 06 de junho de cada ano como o Dia Nacional de Luta Contra as Queimaduras, a fim de se divulgar as medidas necessárias à redução de acidentes com queimaduras.

Porém, a Dra. Elaine Marlene Tacla reforça que um dia de campanha não é suficiente, faz-se necessário mais reuniões entre os profissionais de saúde para debater sobre este assunto, sobre prevenção e políticas públicas do setor. Acrescenta ainda, que casos de hipertensão e diabetes são assuntos debatidos na sociedade, resultantes de grandes campanhas de prevenção, porém, tais medidas para divulgar campanhas podem ser consideradas de alto custo e no caso de pacientes queimados a falta desta medida impede a exposição do problema.

Neste sentido, a Dra. Ana Paula Batista Oliveira também afirma a ausência de campanhas de prevenção para este acidente que ao demonstrar o perigo haveria um aumento da conscientização na sociedade.

Dra. Cristina Lopes Afonso afirma que o trabalho da prevenção primária, secundária e terciária é fundamental. São necessárias campanhas maciças que ensinem como não se queimar, como socorrer ou impedir o agravamento da seqüela. “Evite essa cicatriz “ é a campanha de prevenção liderada pela Dra. Cristina, que foi vítima de queimaduras e trabalha para que outras pessoas não sejam, por ser um trauma cuja dor é inexplicável, as seqüelas são muitas e atinge não somente a vítima, mas também, toda a família.

Capítulo 2

Políticas Públicas em Queimaduras

Tomando por base a necessidade de organizar à assistência a pacientes com traumas por queimaduras, em serviços hierarquizados e regionalizados, estabelecendo-se uma estreita relação com os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências e seguindo-se os princípios da universalidade e integralidade das ações, o Ministério da Saúde procurou implantar uma Rede Estadual de Assistência aos queimados (GM/SAS 1273).

Então, vamos verificar abaixo o que já foi feito em relação a políticas para o paciente queimado:

21 de novembro de 2000:

A Portaria GM/MS n.º 1.273, de 21 de novembro de 2000, regulamenta a área de alta complexidade em Queimados no Sistema Único de Saúde, considerando que essa assistência exige uma estrutura de nível terciário e de alta complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, com isso, determina em seus dois primeiros artigos:

Art. 1º Criar mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Art. 2º Determinar às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência a Queimados que serão integradas por: a - Hospitais Gerais; b - Centros de Referência em Assistência a Queimados. § 1º Entende-se por Hospital Geral aquele que, embora não especializado na assistência a queimados, seja cadastrado pelo SUS e tenha condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados para realizar o primeiro atendimento, ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras. § 2º Entende-se por Centros de Referência em Assistência a Queimados, aqueles hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal, que, dispendo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados. (GM/SAS 1273 - novembro de 2000).

21 DE NOVEMBRO DE 2000:

A PORTARIA Nº 1274/GM EM 21 DE NOVEMBRO DE 2000, define os procedimentos da área de queimados, incluindo procedimentos que antes não se contemplavam na tabela SIA/SUS, tais como: malhas compressivas para queimados utilizadas para diminuir as cicatrizes e estabelece valores diferenciados para hospitais gerais e centros de referência.

Em função da nova organização da assistência aos queimados, foi realizada uma reestruturação da tabela de remuneração dos procedimentos relacionados a esse tipo de assistência, vinculando sua execução à complexidade dos serviços:

[04.13.01.009-0] Tratamento de pequeno queimado; [04.13.01.008-2] Tratamento de médio queimado; [04.13.01.006-6] Tratamento de grande queimado; [04.13.01.001-5] Atendimento de urgência em médio e grande queimado; [04.13.01.007-4] Tratamento de Intercorrência do paciente médio e grande queimado; [0301110018] Acompanhamento de paciente médio e grande queimado; [0301110026] Acompanhamento de paciente pequeno queimado; [0302070010] Atendimento fisioterapêutico em paciente médio queimado; [0302070036] Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras médio e grande queimado; [0413040020] correção de retração cicatricial extensa (vários estágios). Ressalte-se que os novos procedimentos e valores são destinados à remuneração, exclusivamente, dos Centros de Referência cadastrados. (GM/SAS 1274)

20 de fevereiro de 2002:

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 46, de 20 de fevereiro de 2002 (cuja foi revertida em agosto de 2002 pelo Tribunal Regional Federal), previa a resolução sobre venda de álcool etílico, considerando os riscos oferecidos à saúde pública decorrentes de acidentes por queimadura e ingestão, principalmente em crianças. Com isso:

Art. 1º Determinar, como medida de interesse sanitário, a suspensão da fabricação, distribuição e comércio, em todo o território nacional, de todos os lotes do produto, ÁLCOOL LÍQUIDO com graduação maior que de 54º Gay Lussac (46,3º INPM), produzido por todas as empresas fabricantes e aquelas associadas à Associação Brasileira dos Produtores e Envasadores de Alcool/ABRASPEA, por não atender as exigências regulamentares desta Agência.

Art. 2º Estão excluídas desta Resolução, as exceções previstas nas RDC nº 46 de 20 de fevereiro de 2002 e RDC nº 219 de 02 de agosto de 2002;
 Art. 3º Determinar, ainda, que as Empresas promovam o recolhimento do produto remanescente existente no mercado, do produto especificado no art. 1º

E ainda no Anexo I:

FRASES E INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA OS DIZERES DOS RÓTULOS. 1.1 Advertências gerais: "Antes de usar leia as instruções do rótulo." Em destaque no rótulo principal com 1/10 da sua altura não menos que 5 mm. "ATENÇÃO: Manter fora do alcance de crianças e animais domésticos." (Em destaque) A esta frase deve ser localizada logo acima do símbolo de alerta de acordo com a NBR-5991/1997 figura 2. 1.2 Advertências toxicológicas: "NÃO INGERIR - CONTÉM DESNATURANTE" "O produto contém como desnaturante o _____(Nome em Negrito e em caixa alta)_____ ", 1.3 Recomendações de segurança: "PERIGO: produto inflamável" , a esta frase deve ser localizada logo acima do símbolo de inflamável, de acordo com a NBR-5991/97 figura 3 "Manter afastado do fogo e do calor." "Não perfurar a tampa." 1.4 Recomendações de uso: "Não derramar sobre o fogo." Recomendações para armazenamento da embalagem. 1.5 Recomendações para primeiro socorros: "Em caso de queimadura, lavar a área com água corrente." "Em caso de ingestão, não provocar vômito e consultar imediatamente o Centro de Intoxicações ou Serviço de Saúde mais próximo." (RDC nº 46, de 20 de fevereiro de 2002).

9 de setembro de 2009:

A lei Nº 12.026, de 9 de setembro de 2009 do Ministério da Saúde autoriza a estabelecer a Semana Nacional de Prevenção e Combate a Queimaduras, em data contígua ao dia 6 de junho de cada ano, com a finalidade de divulgar as medidas preventivas necessárias à redução da incidência de acidentes envolvendo queimados.

Capítulo 3

O decreto-lei 3.298/99

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, regulamentada pelo decreto 3.298/99, organiza um conjunto de orientações normativas para assegurar o exercício dos direitos das pessoas portadoras de deficiência. A política em âmbito nacional e do conselho se alicerça no fato de que

parte expressiva da população brasileira (14,5%), de acordo com o IBGE, é portadora de algum tipo de deficiência ou incapacidade.

Podemos observar no decreto os seguintes artigos referentes à definição de pacientes com comprometimento físico aptos a receber os direitos pela lei assegurados:

Art. 3º Para os efeitos deste Decreto, considera-se: I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4º : I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. (DECRETO Nº 3.298, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999)

Vimos anteriormente de acordo com a pesquisa bibliográfica e relatos dos profissionais de saúde que os pacientes queimados de nível 3º grau sofrem limitações físicas de elevada gravidade, necessitando de bolsa-auxílio durante e após a sua recuperação, por haver sequelas decorrentes das complicações de profundas lesões que compromete os movimentos articulares. Porém, de acordo com as descrições nos artigos 3º e 4º do Decreto-Lei Nº 3.298, que descrevem e estabelece limites ao beneficiário, resultam em dificuldades decorrentes da inclusão das pessoas com queimaduras na garantia dos mesmos direitos e benefícios à pessoa com deficiência.

O Dr. José Luiz Araújo Pinto sinaliza que enquanto não tiver uma política de recuperação a este paciente, não adianta inserir em uma condição de trabalho pois o sequelado não vai desempenhar adequadamente, é um paciente que não consegue realizar a higiene mínima e pode resultar em um trauma para os que o cercam. É preciso consertar para que o paciente tenha a sua própria desenvoltura funcional.

Além destes problemas enfrentados por pessoas com queimaduras graves, há o preconceito social que o queimado sofre na escola, no mercado de trabalho, no convívio em sociedade e a falta de profissionais qualificados para atendimento aos pacientes, sendo assim uma questão grave de saúde pública e social.

Um paciente queimado precisa comparecer constantemente aos centros de saúde para os tratamentos de manutenção de pele e motora, tendo assim, um alto custo com transporte, sendo um elemento grandemente restritivo do acesso e da efetividade do tratamento, tendo em vista que as queimaduras atingem principalmente pessoas sem recursos. A lei Nº 8.899, de 29 de junho de 1994, concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual e a Portaria GM nº 410, de 27/11/2014, publicada em 28/11/2014, observado no Decreto n.º 3.298/99, de 20 de dezembro de 1999; assegura ao acompanhante do beneficiário do Programa Passe Livre, no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros.

Isenção ao Paciente Portador de Deficiência

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei: Art. 1º É concedido passe livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual.

(LEI Nº 8.899, DE 29 DE JUNHO DE 1994).

E ao acompanhante:

Art. 1º Fica assegurada ao acompanhante do beneficiário do Programa Passe Livre, no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros, nos modais rodoviário, ferroviário e aquaviário, nos termos da competência deste

Ministério, a concessão do mesmo benefício, observadas as seguintes condições:

I - comprovação da hipossuficiência financeira do acompanhante, nos termos da Portaria Interministerial nº 3, de 10 de abril de 2001, e da Portaria nº 261, de 3 de dezembro de 2012; e II - comprovação, por laudo médico, da imprescindibilidade da presença do acompanhante para locomoção do beneficiário.

Art. 2º Para fins de cumprimento desta portaria, o setor responsável pelo Passe Livre do Ministério dos Transportes deverá adotar os seguintes procedimentos, sem prejuízo de outros que julgar cabíveis: I - inserir na carteira do beneficiário do Passe Livre a indicação "necessidade de acompanhante"; e II - informar no sistema de andamento processual do Passe Livre, a identificação completa do beneficiário que faz jus ao acompanhamento, assim como os dados do seu acompanhante.

(Portaria GM nº 410, de 27/11/2014, publicada em 28/11/2014).

Essa medida seria importante aos pacientes queimados se estivessem incluídos e reconhecidos como deficientes pelo Decreto-Lei. Seria necessário que fosse concedido “passe livre” nos transportes públicos para esses pacientes e seus acompanhantes, já que a falta de acompanhamento e de adesão ao tratamento agrava as sequelas.

Outro ponto importante referente ao Decreto-Lei n.º 3.298/99 é o direito do paciente portador de deficiência à aquisição de medicamento e equipamentos que auxiliam em sua recuperação e inclusão social:

Art. 19. Consideram-se ajudas técnicas, para os efeitos deste Decreto, os elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa portadora de deficiência, com o objetivo de permitir-lhe superar as barreiras da comunicação e da mobilidade e de possibilitar sua plena inclusão social.

Parágrafo único. São ajudas técnicas:

I - próteses auditivas, visuais e **físicas**;

II - órteses que favoreçam a adequação funcional;

III - equipamentos e elementos necessários à terapia e reabilitação da pessoa portadora de deficiência;

IV - equipamentos, maquinarias e utensílios de trabalho especialmente desenhados ou adaptados para uso por pessoa portadora de deficiência;

V - elementos de mobilidade, cuidado e higiene pessoal necessários para facilitar a autonomia e a segurança da pessoa portadora de deficiência;

VI - elementos especiais para facilitar a comunicação, a informação e a sinalização para pessoa portadora de deficiência;

VII - equipamentos e material pedagógico especial para educação, capacitação e recreação da pessoa portadora de deficiência;

VIII - adaptações ambientais e outras que garantam o acesso, a melhoria funcional e a autonomia pessoal; e

IX - bolsas coletoras para os portadores de ostomia.

Art. 20. É considerado parte integrante do processo de reabilitação o provimento de medicamentos que favoreçam a estabilidade clínica e funcional e auxiliem na limitação da incapacidade, na reeducação funcional e no controle das lesões que geram incapacidades.

Há dificuldade para o paciente queimado na aquisição de medicamentos e equipamento que seriam fundamentais, já que a persistência de cicatrizes e os indispensáveis cuidados permanentes com a pele por períodos prolongados aumentam a necessidade de compra de medicamentos com custos elevados causando sofrimento dos pacientes queimados e de seus familiares.

Em maio de 2013, a Assembleia Legislativa de Santa Catarina aprovou, em sessão o projeto de lei PL./0161.6/2012 do Deputado Dado Cherem que dispõe o acompanhamento contínuo e gratuito às vítimas de queimaduras além do amparo necessário para sua reinserção no mercado de trabalho. Em dezembro de 2013, o projeto de lei obteve o parecer favorável da Comissão de Constituição e Justiça, da Comissão de Direitos e Garantias Fundamentais, de Amparo à Família e à Mulher e da Comissão de Saúde, sendo assim, aprovado e transformado em lei n. 16.285/13, publicado no Diário Oficial, em 20 de dezembro de 2013, n. 19.728.

Segue a lei:

O PRESIDENTE DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, de acordo com o disposto no § 7º do art. 54 da Constituição do Estado e do § 1º do art. 308 do Regimento Interno, promulga a presente Lei:

DECRETA:

Art. 1º Toda pessoa que, em decorrência de queimadura, ficar acometida por sequela grave que a incapacite para o trabalho ou atividade habitual terá direito à assistência médica especializada, constituindo-se dever do Estado a sua reinserção social.

Art. 2º Para os efeitos desta Lei, queimadura consiste em uma lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos que agem no tecido de revestimento do corpo humano e pode destruir, parcial ou totalmente, a pele, seus anexos e até atingir camadas mais profundas, como os tecidos subcutâneos, músculos, tendões e ossos.

Art. 3º Sequela grave incapacitante para o trabalho ou atividade habitual, para os efeitos desta Lei, compreende as lesões derivadas de queimaduras de espessura total, também conhecidas de 3º grau, com mais de 10% (dez por cento) da área corporal atingida, ou queimadura de áreas especiais como face, mãos e períneo, das quais decorra:

I - perda total de membro ou órgão; II - perda integral da função de membro ou órgão; III - redução de mais de 50% (cinquenta por cento) da função de membro ou órgão; IV - cicatriz patológica conhecida como queiloide e/ou hipertrófica que cause danos funcionais e/ou estéticos da face que resultem em desfiguramento grave; ou V - trauma psicológico severo que diminua, consideravelmente, a capacidade intelectual e a convivência social. Parágrafo único. Será igualmente considerado portador de sequela grave incapacitante a pessoa que for vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada a esta queimadura lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque, insuficiência renal, cardíaca ou hepática, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura, síndrome compartimental e doenças conspuivas.

Art. 4º Assistência médica especializada consiste na promoção, por parte do Estado, da reabilitação física e psicológica da pessoa vítima de queimadura que ficar acometida por sequela grave que a incapacite para o trabalho ou para a sua atividade habitual.

Art. 5º Reabilitação física, para efeitos desta Lei, compreende o tratamento cirúrgico integral, inclusive o estético, o fornecimento gratuito de cirurgias reconstrutivas com uso de tecnologias que envolvam substitutos cutâneos, malhas de compressão, lâminas de silicone, órtese, prótese ou outros materiais necessários à melhora do quadro clínico ou cirúrgico, e a assistência especializada prestada por equipe multidisciplinar composta por médicos cirurgiões plásticos e/ou com experiência comprovada na área de queimaduras, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, oftalmologistas, ortopedistas, neurologistas, clínicos gerais e enfermeiros, enquanto perdurar a necessidade, conforme critério médico e profissional.

Art. 6º Reabilitação psicológica, para efeitos desta Lei compreende o acompanhamento da pessoa vítima de queimadura, por médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais, pelo tempo necessário, conforme critério médico e profissional.

Art. 7º A reinserção social da pessoa vítima de queimadura que cause sequela grave incapacitante para o trabalho ou atividade habitual compreende a promoção da sua integração ou reintegração à vida comunitária, por meio da criação de programas assistenciais que concorram para a eliminação de preconceitos, bem como atendimento educacional

especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, além da criação de programas que facilitem o acesso aos bens e serviços coletivos.

Art. 8º A pessoa vítima de queimadura com seqüela grave incapacitante para o trabalho ou atividade habitual tem acesso gratuito ao transporte público municipal e intermunicipal, bem como o direito de usar a vaga de estacionamento especial para pessoas portadoras de deficiência.

Art. 9º Aplicam-se a toda pessoa na condição de sequelado grave incapacitado para o trabalho ou atividade habitual as disposições da Lei federal nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 e do Decreto federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que a regulamentou.

Art. 10. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

PALÁCIO BARRIGA-VERDE, em Florianópolis, 20 de dezembro de 2013.
Deputado JOARES PONTICELLI.

(LEI Nº 16.285, de 20 de dezembro de 2013).

Em abril de 2015, a lei estadual foi questionada pelo governador de Santa Catarina, Raimundo Colombo, que ajuizou Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 5293) no Supremo Tribunal Federal (STF) e pediu a concessão de medida cautelar para suspender a eficácia da Lei estadual 16.285/2013 e, no mérito, a procedência da ação para declarar a norma inconstitucional tendo como relator o ministro Teori Zavascki. O governador argumentou que a lei estadual é inconstitucional ao atribuir nova função à Secretaria de Saúde e criar despesas não previstas no plano orçamentário, sendo que a elaboração dos referidos atos compete privativamente ao Executivo. Segue:

DESPACHO:

Trata-se de ação direta de inconstitucionalidade, com pedido de cautelar, promovida pelo Governador do Estado de Santa Catarina para impugnar a validade constitucional da Lei 16.285, de 20 de dezembro de 2013, do Estado de Santa Catarina, que dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de seqüela grave advinda de queimaduras e adota providências no sentido de garantir-lhes assistência multidisciplinar para a sua reinserção social.

Alega-se que, ao atribuir novas funções à Secretaria de saúde local, bem como criar despesas não previstas no plano orçamentário, os arts. 1º, 4º, 6º e 7º da lei impugnada, de autoria parlamentar, teriam infringido, a um só tempo, as regras de reserva de iniciativa previstas no art. 61, § 1º, II, "e", da Constituição, as competências privativas reservadas ao Governador de Estado (art. 84, VI, "a"), além de contrastar com o princípio da separação de poderes (art. 2º). A ausência de previsão dos meios de custeio para o financiamento dessas ações também afrontaria os arts. 61, § 1º, II, "b"; 165, III; 167, I e II; e 169, § 1º, da CF.

Argumenta-se, ainda, que ao instituir gratuidade de transporte para os portadores de sequelas graves, o art. 8º da lei atacada teria invadido competência legislativa dos Municípios catarinenses (art. 30, V, da CF),

quanto ao transporte municipal; a iniciativa do Governador do Estado, no que se refere ao transporte intermunicipal; e a competência legislativa da União em matéria de trânsito e transporte (art. 22, XI). O alargamento do conceito de deficiente físico, previsto no art. 9º do diploma, também resultaria de apropriação indevida de competência da União para a edição de normas gerais de proteção das pessoas com deficiência (art. 24, XVI, e § 1º, da CF).

(AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.293 SANTA CATARINA).

Até o presente momento deste estudo o Relatório de Conclusão da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5293 encontra-se em andamento no atual processo.

Impasses nas efetivações de políticas públicas específicas para os pacientes queimados contribuem para o atraso de uma recuperação efetiva e inserção social desta população que de acordo com os dados coletados anteriormente, costumam ficar em condições de desigualdade no mercado de trabalho.

A Dra. Ana Paula Batista de Oliveira apoia a inclusão do paciente queimado neste Decreto-Lei, porque segundo ela, são pacientes com grandes deformidades com sequelas funcionais e estéticas que acabam sendo excluídos pela sociedade por preconceito e pela própria falta de conhecimento do processo de recuperação de um queimado. A Dra. Elaine Marlene Tacla também apoia a inclusão do paciente queimado no Decreto-lei observando todas essas questões de incapacidade física do sequelado.

A Dra. Cristina Lopes Afonso, ressalta que realizou audiência pública no Senado Federal e na Câmara Federal, liderada na época por Ronaldo Caiado e também com apoio de Paulo Paim, presidente da Comissão de Direito Humanos e concorda com a adequação do Decreto-Lei Nº 3.298/99. Relata ainda, que junto com a sua equipe, está tentando viabilizar e construir o Estatuto da Pessoa com Sequela de Queimaduras e apoia os trabalhos para que essa adequação aconteça e que os grandes sequelados de queimadura possam ter os mesmos direitos.

A junção de fatores que ampliam a fronteira entre o paciente queimado e sua devida recuperação, bem como, a falta de intensas campanhas de prevenção quanto ao risco de queimaduras seguido de baixa capacitação de profissionais de saúde e poucos centros especializados no atendimento ao paciente queimado geram alto índice de pacientes com perdas físico-funcionais ocasionadas por lesões graves e falta de um devido tratamento pós-hospitalar para a manutenção e avaliações sistemáticas. O paciente queimado ainda possui um alto custo com aquisição de medicamentos, de equipamentos que auxiliam na recuperação e de transporte para se dirigir ao centro de tratamento encontrado e/ou hospital.

Desta maneira, se faz necessária a elaboração de projeto de lei que altere o Decreto 3.298/99, de modo a estender a pacientes com queimaduras médias e graves benefícios concedidos a pessoas com deficiência, em conjunto com profissionais de saúde atuantes da área, movimentos da sociedade civil e participação popular tornando um modelo de uma Política Nacional para a Integração mais democrática, acessível e assertiva à estes pacientes.

Conclusão

O presente trabalho teve como propósito indicar questões que requerem maior reflexão a respeito dos direitos do paciente queimado e analisar a não-inclusão no Decreto-Lei Nº 3.298/99. A contribuição reside no intuito de ampliar o escopo e a abrangência das reflexões acerca das Políticas Públicas de Saúde e servir de base para grupos interessados e atuantes em queimaduras na formulação de políticas de saúde que possam atender melhor as demandas de justiça e eficiência.

Devido aos avanços significativos de movimentos sociais, atuando constantemente no âmbito coletivo-público-social, na articulação entre Estado e Sociedade, defendendo a cada momento as propostas sociais face às necessidades e os problemas de saúde, estabeleceu melhorias fundamentais no que diz respeito do direito à saúde. Os estudos científicos cada vez mais notórios sobre a gravidade das lesões e pressão dos profissionais de saúde atuantes, comprovam a realidade destes pacientes, incluindo dificuldades em encontrar centros de saúde especializados em queimaduras, falta de profissionais capacitados, que muitas vezes podem resultar em um tratamento limitando que dificulta a progressão efetiva da maioria dos casos, fazendo com que o paciente sequelado sempre retorne aos hospitais ou poucos centros de assistência. Porém, estes pacientes não têm os direitos previstos no Decreto-Lei Nº 3.298/99, que propicia benefícios às pessoas portadoras de deficiência, fazendo com que os pacientes queimados fiquem sem amparo legal. Ao não constar como reconhecido a receber os direitos garantidos por este Decreto-Lei, o paciente queimado tem dificuldade em receber os benefícios importantes para a sua recuperação física, como acesso à medicamentos, equipamentos e isenção no transporte público que facilitaria a sua condução aos centros de tratamento.

No momento presente, as pessoas na condição de sequelados graves por queimaduras não recebem dos poderes públicos, nem da sociedade, o apoio de que necessitam. Não há políticas públicas voltadas à promoção da reinserção social destes pacientes, resultando em condições de desigualdade em colocação no mercado de trabalho e/ou no desenvolvimento de atividades habituais.

Profissionais atuantes na área de queimaduras confirmam a importância desta inclusão a esse público, visto que o paciente sequelado de queimadura sofre lesões causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, que agem

no tecido de revestimento do corpo humano e podem destruir parcialmente ou totalmente a pele e seus anexos, até atingir camadas mais profundas, como tecidos subcutâneos, músculos, tendões e osso, limitando assim, sua capacidade física/motora, comprometendo atividades diárias, convívio social e dificuldade na reinserção ao mercado de trabalho. Mostra-se de grande importância a presença do paciente queimado aos benefícios garantidos pelo decreto mencionado, podendo obter assim, melhor qualidade de vida e acessibilidade ao centro de atendimento, evoluindo a manutenção da integridade física e sua reabilitação, estabelecendo com isso, sua dignidade cidadã e direitos garantidos respeitados.

É convincente dispor uma convocação para analisar uma adequação do Decreto-Lei Nº 3298/99, fazendo-se necessária a isonomia entre sequelado queimado e deficiente físico para que seja estendido os benefícios atualmente concedidos somente a uma parcela da população.

Para que consigamos medidas de inclusão adequadas, a condição fundamental é a participação dos profissionais de queimaduras para a concretização das diretrizes de uma assistência à saúde realmente integral e inclusiva, em conjunto com conselhos e movimentos de saúde pública e participação ativa da sociedade civil, articulando com o poder público para que juntos consigamos dialogar em sociedade sobre o problema e estabelecer as políticas públicas capazes de construir e manter um modelo de Política Nacional para a Integração de Deficientes universal e igualitária.

Referências

ANVISA. **Consulta Pública nº 165, de 23 de maio de 2016**. D.O.U de 24/05/2016. Disponível em:

<<http://portal.anvisa.gov.br/consultas-publicas#/visualizar/313560>> Acesso em: 28 dez. 2016.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **LEI Nº 16.285, de 20 de dezembro de 2013.** Dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de sequela grave advinda de queimaduras e adota outras providências. Disponível em:

<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2013/016285-011-0-2013-001.htm>
Acesso em: 13 jan. 2017.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. **A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular.** 2. ed. São Paulo: Ática, 1996. 208 p. (Ensaio; 136)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Operacionais - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Série Pactos pela Saúde 2006, Brasília: Volume 1, 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.273, de 21 de novembro de 2000.** Regulamenta a sistemática do tratamento de queimados em todo o país. DOU. Brasília, 23 nov. 2000. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1273.pdf> Acesso em: 28 dez. 2016.

BRASIL. **Presidência da República. 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. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm> Acesso em: 20 dez. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **AÇÃO DIRETA DE INCONSTITUCIONALIDADE 5.293 SANTA CATARINA.** Trata-se de ação direta de inconstitucionalidade, com pedido de cautelar, promovida pelo Governador do Estado de Santa Catarina para impugnar a validade constitucional da Lei 16.285, de 20 de dezembro de 2013, do Estado de Santa Catarina, que dispõe sobre os direitos da pessoa portadora de sequela grave advinda de queimaduras e adota providências no sentido de garantir-lhes assistência multidisciplinar para a sua reinserção social. Disponível em:

<<http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=474952>> Acesso em: 13 jan. 2017.

CEBES. **A questão democrática na saúde.** *Saúde em Debate*, v. 9, p. 47-48, 1980.

DORNELAS MT, Ferreira APR, Cazarim DB. **Tratamento das queimaduras em áreas especiais.** HU Rev. 2009;35(2):119-26.

MOREIRA CA. **Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe.** Rev Bras Queimaduras. 2011;10(4):114-8.

MOTTA, Fernando. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.2, p. 369-373, jul. / dez. 2003.

OLIVEIRA FPS. **Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento.** Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009;19(1):19-34.

PESCUMA JÚNIOR, Antonio; MENDES, Aquilas; ALMEIDA, Paulo Cezar Cavalcante de. **A Evolução financeira do setor de queimados, sua legitimidade, seu financiamento e sua complexidade durante o período de 2002 a 2010.** Pesquisa & Debate. Revista do Programa de Estudos Pós-graduados em economia política. ISSN 1806-9029, [S.l.], v.24, n. 1(43), p. 129. jun.2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/rpe/rt/captureCite/15905/11910>> Acesso em: 13 jan. 2017.

RIBEIRO, José M. **Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS).** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan/mar. 1997.

SANTOS, N. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12,n.2,p.429-435,abr.2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200019>. Acesso em: 20 nov.2016.

SOANÉGENES M. **Intervenção terapêutica ocupacional a paciente vítima de queimadura elétrica na fase aguda.** Rev Bras Queimaduras. 2013;12(1):37-41.

YOSHIMURA CA. **A importância do atendimento pré-hospitalar nas queimaduras químicas no Brasil.** Rev Bras Queimaduras. 2012;11(4):259-62.