

A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais

*Nurse integration into pre-hospital medical services:
historical outline and current perspectives*

*La inserción de la enfermera en la atención pre-hospitalaria:
reseña histórica y perspectivas actuales*

Viviane Oliveira Ramos

*Aluna do 4º ano do Curso de Graduação de
Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da
Universidade de Santo Amaro – UNISA.
Membro do Centro de Estudos e Pesquisas
sobre História da Enfermagem da UNISA.
vivi20004ramos@hotmail.com*

Maria Cristina Sanna

*Enfermeira Doutora em Enfermagem Professora
Titular da Faculdade de Enfermagem da Faculdade
de Enfermagem da Universidade de Santo
Amaro – UNISA. Líder do Centro de Estudos e
Pesquisas sobre História da Enfermagem da
UNISA.*

*Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de
Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da
Universidade de Santo Amaro – UNISA. Vinculado à linha
de Pesquisa História da Administração em Enfermagem.*

RESUMO

Estudo bibliográfico de caráter histórico que tem por objetivos identificar marcos históricos da inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar, identificar as transformações ocorridas em sua atuação e as conexões com os aspectos legais do exercício profissional. Foram analisados três teses e seis artigos de periódicos, encontrados na consulta às bases de dados LILACS, BEDENF E DEDALUS, mais seis documentos legais encontrados em sites de organizações governamentais e Associações de Classe. Os resultados encontrados permitiram apreciar os marcos históricos, a atuação da enfermeira nesta área e os aspectos legais que envolvem seu exercício.

Descritores: História da Enfermagem; Prática Profissional; Atendimento de emergência pré-hospitalar.

ABSTRACT

This historical and bibliographic study aimed to identify the background that enabled the nurse integration into pre-hospital care, the transformations and the underwent involvement after his/her integration and the link to legal aspects of professional practice. The analysis considered six journal articles and three thesis – found in LILAS, BEDENF and DEDALUS databases –, and six legal documents downloaded from government organizations' official websites and professional associations. Results allowed in an understanding of the historical background, the nurse's involvement into this area and the link to legal aspects that regulate this practice.

Descriptors: History of nursing; Professional Practice; Emergency Medical Services.

RESUMEN

Estudio bibliográfico de carácter histórico que tuvo por objetivo identificar el marco que permitió la inserción de la enfermera en la atención pre-hospitalaria, las transformaciones que se dieron en su participación en este tipo de atención y las conexiones con los aspectos legales del ejercicio profesional. Fueron analizados seis artículos de periódicos y tres tesis, que se encontraron consultando las bases de datos LILAS, BEDENF y DEDALUS, y seis documentos legales, que se consiguieron en sitios de Internet de organizaciones gubernamentales y Asociaciones Profesionales. Los resultados encontrados permitieron apreciar el marco histórico, la participación de la enfermera en esta área y la conexión con los aspectos legales que regulan su ejercicio.

Descritores: Historia de la Enfermería; Práctica Profesional; Servicios Médicos de Urgencia.

Ramos VO, Sanna MC. Inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar. Rev Bras Enferm 2005 maio-jun; 58(3):355-60.

1. INTRODUÇÃO

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) tem sido objeto de atenção da sociedade como um todo, como se pode perceber através da mídia e, particularmente junto aos profissionais envolvidos nesse tipo de atendimento. Também os órgãos governamentais têm se preocupado em organizar melhor esse tipo de atenção à saúde, tornando este modelo um assunto debate constante em todos os meios.

Segundo o Ministério da Saúde⁽¹⁾, o atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar seqüelas ou até mesmo a morte.

O APH é relativamente novo no Brasil e, visando a unificação da estrutura e melhora na assistência, o Ministério da Saúde optou recentemente pela implantação de um serviço com características do modelo francês, o SAMU⁽²⁾, apesar da existência de várias experiências nacionais diferentes. Dentre elas, destacam-se os serviços pioneiros denominados "Grupo de Emergência

do Corpo de Bombeiros⁽³⁾ e o “Projeto Resgate⁽⁴⁾”, estabelecidos na década de 80 do século XX, respectivamente no Rio de Janeiro e em São Paulo, nos quais se inseriu a enfermeira na assistência à atenção pré-hospitalar pela primeira vez.

Há um crescente avanço nos estudos sobre essa temática. Principalmente com a descentralização administrativa do atendimento pré-hospitalar da corporação dos bombeiros em favor dos órgãos de saúde. A legislação pertinente é recente e o modelo ainda está sendo implantado em várias partes do país, o que torna oportuno estudar como se deu a sua criação e, particularmente, a inserção da enfermeira nesse tipo de serviço.

Este estudo pretende, então, focar principalmente duas problemáticas: como se deu a inserção da enfermeira no atendimento pré hospitalar e quais as possibilidades de ampliação da atuação desta profissional nos diversos serviços implantados no país.

Toda mudança provém de conhecimentos passados, portanto, é preciso conhecer como se deu a inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar para melhor entender as mudanças ocorridas nesta área e compreender períodos como este, de transição, vivenciados no início do terceiro milênio, para refletir sobre os encaminhamentos a serem dados para a prática profissional nesse campo.

Assim, o presente estudo tem como objetivos: a) Identificar marcos históricos que se referem à inserção da enfermeira no atendimento pré hospitalar; b) identificar as transformações ocorridas em sua atuação; e c) as conexões com os aspectos legais do exercício profissional.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter histórico documental, constituindo-se numa pesquisa bibliográfica, que teve como população as produções científicas nacionais relacionadas ao assunto nos últimos 20 anos. Este recorte se justifica devido ao fato do atendimento pré-hospitalar ter se iniciado no Brasil nas últimas duas décadas.

A coleta de dados foi feita nas bases de dados BDEFN, LILACS e DEDALUS, acessados através da BIREME e SIBI-USP, empregando-se os conjuntos de palavras-chaves: “*atendimento pré-hospitalar história*”, “*SAMU atendimento enfermagem emergências*” e “*enfermagem serviços APH*”, no mês de abril de 2004.

A coleta das indicações bibliográficas se deu diretamente das bases citadas e foi secundada pela seleção de produções referentes ao assunto e análise qualitativa das indicações selecionadas. Encontrou-se, como relatado em Ramos, Sanna⁽⁵⁾ 145 referências, das quais 14 se referiam ao objeto de estudo, dentre elas 4 teses, 3 manuais, 11 artigos de periódicos científicos e 11 documentos legais. Na base de dados LILACS, dois registros de indexações apareceram repetidamente numa mesma pesquisa.

Os textos foram selecionados por sua pertinência ao assunto, foram levados em consideração os que continham informações sobre a estrutura e a história do atendimento pré-hospitalar no Brasil. Para tanto foram lidos e analisados os resumos de todas as obras citadas e excluídos aqueles que continham informações puramente assistenciais sobre o assunto em questão, e aqueles que discorriam sobre o funcionamento atual do APH em outros países.

Após proceder à leitura dos resumos; foi realizada a leitura na íntegra dos textos selecionados, seguidos de um fichamento contendo: referência bibliográfica, síntese da produção e comentário pessoal da pesquisadora principal.

As produções foram, então, agrupadas por similaridade temática e ordem cronológica dos marcos históricos, a partir do que se construiu o esquema para elaboração do relato dos achados. As categorias de análise encontradas foram: a) **Os Marcos Históricos** – Os Primórdios e O Projeto Resgate, b) **A Atuação da Enfermeira no Atendimento**

Pré-Hospitalar e c) **Os Aspectos Legais**, como se verá a seguir.

3. RESULTADOS

3.1. Marcos Históricos

Esta categoria pode ser dividida em dois momentos distintos. O primeiro que se refere às iniciativas internacionais e as nacionais, desde a primeira República até a criação do Projeto Resgate. Em seguida este é detalhado a partir de sua criação no final dos anos 80 do século XX até a criação do Suporte Avançado à Vida, em 1997.

3.1.1 Os Primórdios

O atendimento às emergências/urgências no local da ocorrência caminha desde o período das grandes guerras, mais precisamente no século XVIII, período napoleônico. Neste período, os soldados feridos em campo de batalha eram transportados em carroças com tração animal, para serem atendidos por médicos, longe dos conflitos⁽⁵⁾.

Em 1792, o cirurgião e chefe militar Dominique Larrey, começa a “dar os cuidados iniciais”, a soldados feridos, no próprio campo de batalha, a fim de prevenir possíveis complicações⁽²⁾.

A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha continuou no século XIX e levou à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, organização que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, tendo sua atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX⁽⁶⁾.

Tempos depois, no mesmo século, os combatentes receberam treinamento de primeiros socorros a fim de prestar atendimento a seus colegas logo após a ocorrência de uma lesão no campo de batalha. As vítimas também recebiam os cuidados durante o transporte até o hospital de guerra⁽⁶⁾.

Ainda no século XX, a enfermeira também teve sua presença registrada participando ativamente no atendimento aos feridos, na I e II Guerras Mundiais e nas Guerras do Vietnã e da Coreia⁽⁷⁾.

Experiências em guerras, neste tipo de atendimento, no local da ocorrência, conjugadas a um transporte rápido, diminuíram a morbimortalidade por causas externas; mas isto só ficaria evidenciado décadas depois.

No Brasil, a ideia de atender as vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893 a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública, no Rio de Janeiro, que era a capital do país. Consta ainda que, em 1899, o Corpo de Bombeiros da mesma localidade punha em ação a primeira ambulância (de tração animal) para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação deste serviço⁽⁸⁾.

No Estado de São Paulo, com a promulgação do Decreto n.395 de 7 outubro de 1893, ficou sob a responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado o atendimento às emergências médicas. Em 1910, o Decreto n.1392, tornou obrigatória a presença de médicos no local de incêndios ou outros acidentes⁽⁶⁾.

Em 1950, instalou-se em São Paulo o SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência – órgão da então Secretaria Municipal de Higiene, pelo Decreto Estadual n.16629, ficando como responsabilidade do município, o atendimento de urgência na cidade de São Paulo⁽⁶⁾.

A atividade de atendimento pré-hospitalar no Brasil sempre foi muito diversificada; vários Estados, ao longo dos anos, desenvolveram um sistema de atendimento às urgências e emergências de caráter público e/ou privado.

A DERSA (Desenvolvimento Rodoviário S.A.) foi um exemplo de serviço privado com interligação a órgãos e serviços públicos. Em 1976, implantou o Sistema de Ajuda ao Usuário nas rodovias sob sua jurisdição

(Sistema Anchieta-Imigrantes, Sistema Anhanguera-Bandeirantes e Sistema dos Trabalhadores); estes serviços tinham como característica o posicionamento de uma ambulância, tripulada por um motorista e um atendente de primeiros socorros, que por sinal possuía curso ministrado pela ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem), a cada 30 km de rodovia, durante as 24 horas de todos os dias do ano. A supervisão, treinamento em serviço e reciclagem periódicos era realizadas por médicos, e o serviço era mantido com arrecadação dos pedágios e recursos da Previdência Social, o antigo INAMPS⁽⁹⁾.

Desde a década de 80 do século XX, o Estado de São Paulo já contava com um serviço destinado ao atendimento às urgências/emergências: o "192" da Secretaria Municipal de São Paulo, número telefônico pelo qual se chamava o serviço. Este, por sua vez, não possuía equipes específicas e sua frota de ambulâncias era insuficiente, sendo considerado ineficaz. Por este motivo, este serviço teve mais evidenciado um caráter de remoção inter-hospitalar e domiciliar que propriamente de atendimento às vítimas⁽¹⁰⁾.

Na tentativa de resgatar este sistema de atendimento pré-hospitalar (192), no ano de 1979 foi assinado um "protocolo de intenções" entre a Prefeitura do Município de São Paulo e o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado de São Paulo, constituindo um serviço de ambulâncias da prefeitura, para o quê alguns funcionários da Secretaria Municipal de Saúde foram treinados para atuar, junto com os bombeiros, no resgate aos acidentados. Com efeito, se de um lado era conhecida a morosidade do sistema municipal, por outro havia ainda grande resistência de parte do comando do Corpo de Bombeiros em assumir estas atividades, consideradas essencialmente médicas⁽¹⁰⁾.

Outro marco importante se deu em 1981, quando se constituiu informalmente um grupo de médicos, representantes do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, do Hospital Heliópolis e da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo, com a finalidade de debater a assistência às urgências no município que, além do atendimento na via pública, propôs um sistema de referência para encaminhamento dos acidentados aos locais próximos das ocorrências, estabelecendo, pela primeira vez, uma proposta de territorialização e integração dos serviços de atendimento imediato e internação, com a elaboração de normas e ficha padrão para o encaminhamento de vítimas. Em 1983 houve a oficialização deste grupo denominado Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo (CRAPS), que tinha como missão a definição e implantação de programas efetivos no Município de São Paulo⁽¹⁰⁾.

No Estado do Rio de Janeiro foi criado, por um Decreto governamental, em dezembro de 1985, com efetivo funcionamento em 9 de julho de 1986, o Grupo de Emergências do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, da Secretaria de Estado da Defesa Civil. O Grupo de Socorro de Emergência era formado por 19 ambulâncias de Unidades Móveis de Terapia Intensiva. Sua equipe era composta de um médico e dois enfermeiros, além do motorista. Este serviço se vinculou a uma estrutura já existente, a do Resgate do Corpo de Bombeiros⁽⁹⁾.

No início dos anos 90, foi implantado, em São Paulo, o Sistema de APH na Corporação dos Bombeiros do Estado de São Paulo⁽⁶⁾, com pessoal treinado em suporte básico e suporte avançado à vida. Deve-se ressaltar que, no suporte avançado, a equipe era composta por um médico e uma enfermeira.

3.1.2 O Projeto Resgate

Um acordo assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde (MS), deu origem ao Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU)⁽²⁾.

Várias cidades possuem ou estão implantando o SAMU, mas foi em São Paulo que a criação do Projeto Resgate⁽⁴⁾ - SAMU-SP teve maiores

repercussões. Isto se deu em 1989. Este projeto era apoiado por uma resolução conjunta entre as Secretarias Estaduais da Saúde, que possibilitou a implantação do Suporte Avançado à Vida; e de Segurança Pública (Corpo de Bombeiros e Grupamento de Rádio Patrulha). Disponha de 35 viaturas de resgate (UR) tripuladas por 3 bombeiros treinados a prestar os primeiros socorros e 2 viaturas de unidade de salvamento (USA), semelhantes a uma UTI móvel, tripuladas por um médico e uma enfermeira que, neste período, estava fase de implantação. Além disso, havia 3 helicópteros equipados com respirador, desfibrilador, materiais e medicamentos de primeiros socorros, tripuladas por dois pilotos, um médico e uma enfermeira⁽⁴⁾. Em outubro de 1997 iniciou-se, dentro do sistema 192 do Município de São Paulo o Suporte Avançado à Vida, com o treinamento das equipes de médicos e enfermeiras, com efetiva operacionalização em dezembro do referido ano.

Apesar deste acordo com a França, a realidade brasileira não permitia a predominância do sistema no molde francês devido à escassez de recursos; havendo necessidade de adaptações à nossa realidade, daí a explicação para mescla dos moldes francês e norte-americano em vários sistemas de atendimento pré-hospitalar em todo Brasil.

No Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergências - SIATE, proposto pelo Ministério da Saúde (MS) e implantado inicialmente em 1990, em Curitiba, numa ação conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria de Segurança Pública, o atendimento era realizado pelos Socorristas de Corpo de Bombeiros e contava com "médicos dentro do sistema regulador que poderiam ser deslocados para o local da emergência quando necessário, dependendo da situação". O SIATE serviu de modelo para a estruturação do APH em nível nacional, iniciada a partir de 1990, com a criação do Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas (PEET) pelo MS⁽⁸⁾.

Em Ribeirão Preto, o SAMU entrou em operação em 8 de outubro de 1996, já possuindo o Suporte Avançado à Vida, com seus elementos obrigatórios: médico e enfermeira. Em março de 1998, foi concretizada, ainda que experimentalmente, a Central de Regulação Médica da mesma cidade⁽²⁾.

Em fevereiro de 1999, o SAMU foi mais uma vez expandido, com a inclusão das unidades de suporte básico (USB). Para tanto, o SAMU mantinha seus dois serviços (a Central de Regulação Médica e o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar) coesos e interligados, organizados e supervisionados pelo coordenador do Programa de Assistência Emergencial, no qual se insere o SAMU. Subordinados ao coordenador estavam o diretor médico e o diretor de enfermagem, sendo este cargo exercido pelo Coordenador do Programa de Serviços Externos⁽²⁾ (rede192).

A implantação do SAMU em Porto Alegre⁽⁸⁾ se deu por volta de 1995, através de um termo de cooperação técnica com a França.

Já em Santa Catarina⁽⁸⁾ o primeiro serviço foi instalado junto ao Corpo de Bombeiros de Blumenau, em 1987, e foi aperfeiçoado com o Projeto de Atendimento Pré-hospitalar do Ministério da Saúde (PAPH-MS) a partir de 1990. Vários cursos de treinamento denominados ASU foram realizados em todo estado. Em 1995, o Corpo de Bombeiros, em convênio com o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), realizou o primeiro (e único) curso de Técnicos de Emergências Médicas. Posteriormente, reconhecendo o denominado Suporte Básico de Vida (SVB) como cuidado de enfermagem, foram realizados cursos de Auxiliar de Enfermagem, através do Projeto Auxiliar de Enfermagem, de responsabilidade do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública UFSC, para a formação de socorristas-bombeiros que, posteriormente, no mesmo projeto, foram requalificados como técnicos de enfermagem⁽⁸⁾.

Como se pode perceber, são vários os lugares e tentativas de se

estruturar o atendimento pré-hospitalar no Brasil, cada qual com suas peculiaridades, evidenciando necessidades sociais semelhantes e soluções técnico-políticas diferentes. Esta situação causou preocupação nos órgãos fiscalizadores do exercício da Medicina e da Enfermagem, inaugurando uma nova era para o APH e convocando o Ministério da Saúde a mediar essas relações.

3.2 A Atuação da Enfermeira no Atendimento Pré-Hospitalar

Atualmente, no Brasil, o atendimento pré-hospitalar está estruturado em duas modalidades: o Suporte Básico à Vida (SBV) e o Suporte Avançado à Vida (SAV)⁽¹¹⁾. O SBV consiste na preservação da vida, sem manobras invasivas, em que o atendimento é realizado por pessoas treinadas em primeiros socorros e atuam sob supervisão médica. Já o SAV tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por médico e enfermeira. Assim, a atuação da enfermeira está justamente relacionada à assistência direta ao paciente grave sob risco de morte.

Esta incorporação da enfermeira no atendimento pré-hospitalar não é nova, como foi citado anteriormente, quando estas estiveram presentes nas grandes guerras; mas só é bem evidenciada no Brasil a partir da década de 90, quando a estruturação do atendimento às urgências/emergências ganha um novo foco.

Dentre os diversos dados levantados, encontrou-se várias descrições de atribuições da enfermeira e recomendações sobre seu perfil: possuir formação e experiência profissional, extrema competência, habilidade, capacidade física, capacidade de lidar com estresse, capacidade de tomar decisões rapidamente, de definir de prioridades e saber trabalhar em equipe⁽¹⁰⁾.

Apesar dessas recomendações apenas recentemente se iniciaram, no Brasil, cursos de especialização específicos para atendimento pré-hospitalar.

No seu estudo, Thomaz⁽⁷⁾ diz: "o enfermeiro é participante ativo da equipe de atendimento pré hospitalar e assume em conjunto com a equipe a responsabilidade pela assistência prestada às vítimas. Atua onde há restrição de espaço físico e em ambientes diversos, em situações de limite de tempo, da vítima e da cena e portanto são necessárias decisões imediatas, baseadas em conhecimento e rápida avaliação".

Todavia a atuação do enfermeiro não se restringe à assistência direta. Azevedo⁽⁶⁾ relata: "Ao longo dos últimos anos, tenho participado de vários cursos de capacitação técnica e capacitação pedagógica, já que o enfermeiro, neste sistema, além de executar o socorro às vítimas em situação de emergência e fora do ambiente hospitalar, também desenvolve atividades educativas como instrutor. Como parte da equipe técnica, participo na revisão dos protocolos de atendimentos, elaboração do material didático, além de atuar junto à equipe multiprofissional na ocorrência de calamidades e acidentes de grandes proporções".

No Brasil, a atuação do enfermeiro e a sua capacitação está em atraso, se comparados com outros países como, por exemplo, Estados Unidos e França, que possuem um sistema de APH mais desenvolvido, nos quais os enfermeiros têm sua função consolidada e reconhecida em seus sistemas de atendimento. Mas, mesmo nos países desenvolvidos, a função do enfermeiro é constantemente repensada.

Thomaz⁽⁷⁾ informa que a *Emergency Nurses Association* propõe que o grau de dependência ou independência nas intervenções do enfermeiro esteja relacionado com as ações práticas da enfermagem e com uma política institucional e educacional. Entre as proposições daquela entidade está o desenvolvimento de protocolos de atendimento ao trauma, que têm possibilitado, à enfermeira, atuar com um grau maior de independência, conservando o aspecto de interdependência das atividades da equipe de atendimento ao prover os cuidados aos

pacientes vítimas de trauma. Em relação aos protocolos é importante registrar que, no Brasil, são utilizadas referências internacionais, com adaptações à realidade nacional.

A questão da atuação de profissionais não-médicos com treinamento específico e a atuação de médicos e enfermeiros, que possuem maior grau de conhecimento e especificidade para prestar atendimento às vítimas, é discutida e questionada em todos os países que possuem sistemas de atendimento pré-hospitalar. A problemática se iguala: se por um lado fica a dúvida - até que ponto profissionais não-médicos pode ser treinados e se tornarem capazes de realizarem procedimentos médicos, por delegação do mesmo, por outro lado, fica a restrição de sustentar um sistema exclusivamente por médicos e enfermeiras, cuja remuneração é mais alta do que os para-profissionais.

Na França, os governantes partiram do seguinte princípio: nenhum treinamento pode substituir o currículo das escolas médicas e de enfermagem que ensinam, durante anos, a reconhecer as doenças, a indicar e a realizar o seu tratamento. Contudo, eles enfrentam alguns problemas, como a falta de recursos para manter o sistema, que tem custo muito elevado, e a falta de médicos para manter o sistema ativo⁶.

Já para os norte-americanos, que se baseiam em pesquisas quantitativas, o paramédico bem treinado é capaz de oferecer os mesmos cuidados de emergência que um médico, desde que as condutas médicas de emergência sejam sistematizadas. No entanto, o paramédico deve estar em contato com a central de comunicação recebendo instruções do médico responsável⁽¹⁰⁾.

No Brasil, a antiga CRAPS, propôs um sistema de atendimento pré-hospitalar realizado exclusivamente por médicos, mas o fator econômico inviabilizou essa proposta, ficando a participação dos médicos e enfermeiras limitada a casos de maior gravidade, para os quais são previstas duas ambulâncias mais equipadas - os veículos de "suporte avançado", ou UTI móvel, e um helicóptero⁽¹⁰⁾.

Como se pode apreciar no acima exposto, o caminho percorrido desde a inserção da enfermeira no APH, seja no Brasil ou em países mais adiantados nesse sistema, ainda está por ser consolidado. Contudo, já se pode vislumbrar que, em pouco mais de duas décadas de atuação nesses serviços em nosso país, sua participação tem constantemente se ampliado e tornado-se imprescindível e definitiva.

3.3 Os Aspectos Legais

Uma das maiores dificuldades que o atendimento pré-hospitalar enfrentou em nosso país foi a falta de legislação específica. Como foi citado anteriormente, isto foi uma das causas que contribuiu para a sustentação de várias estruturas de atendimento pré-hospitalar, cada uma com suas peculiaridades e sem um padrão nacional a ser seguido.

Após uma recuperação cronológica, encontrou-se várias Portarias do Ministério da Saúde (MS) e Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), que aparece predominantemente, além do Conselho Federal de Enfermagem.

Os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, a partir de 1997, passaram a questionar a eficácia dos serviços de APH prestados pelo Corpo de Bombeiros, que não possuíam embasamento técnico suficiente para essa atuação. Em 1998 o CFM lançou a Resolução n.1.529/98 que normatizava a atividade médica na área da urgência/emergência na sua fase pré-hospitalar⁽¹²⁾. Posteriormente a esta resolução, o MS transferiu quase que integralmente o texto da mesma para a Portaria n. 824 de 24 de julho de 1999, normatizando⁽¹³⁾ assim o APH em todo o Brasil.

A partir de então, o MS promulgou uma série de outras Portarias, dentre as quais a de n. 737 de maio de 2001⁽¹⁴⁾, que define a política nacional de redução de morbimortalidade; a n. 814/GM, de 1 de junho de 2001⁽¹⁵⁾, que estabelece a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências e define princípios e diretrizes da

regulação médica das urgências; a n. 2048/GM de 5 de novembro de 2002⁽¹⁶⁾, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências; a n. 1863/GM de 29 de setembro de 2003⁽¹⁷⁾, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e a n. 1864/GM também de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel⁽¹⁸⁾ da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em Municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192.

No âmbito da Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instituiu Resoluções a fim de amparar legalmente a atuação da Enfermagem no atendimento pré-hospitalar. Na Resolução n. 225 de 28 de fevereiro de 2000⁽¹⁹⁾, dispôs sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância, tornando legal, para os profissionais da enfermagem, a prática de cumprir prescrições médicas via rádio ou telefone em casos de urgência. Um ano após, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo editou a Resolução DIR/01/2001⁽²⁰⁾, que discorre sobre a regulação da assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar e demais situações relacionadas com o Suporte Básico e Suporte Avançado à Vida.

O COFEN, por sua vez, incluiu o atendimento pré-hospitalar no rol de especialidades de enfermagem, mas não deu as diretrizes para a formação desses profissionais, que foram deixadas implícitas pelo MS, na Resolução 260/2001, na descrição de atribuições desse profissional⁽¹⁾.

Analisando a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem⁽²¹⁾ n. 7498/86, que estabelece ser privativo do enfermeiro a organização e direção de serviços e unidades de enfermagem, a assistência direta ao paciente crítico e a execução de atividades de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisão imediata; e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁽²²⁾, que prescreve avaliar sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e clientela, levanta-se a questão da impossibilidade da assistência de enfermagem ser executada por qualquer outro agente que não o enfermeiro. Já que o Ministério da Saúde no exercício legal de suas funções regulamentou esta prática, não cabe mais pensar em outra solução que não a presença obrigatória e constante da enfermeira nesta atividade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). SAMU. [citado em 26 out 2003]. Disponível em: URL: <http://www.dtr2001.saude.gov/samu.htm>
2. Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina* 1999 out-dez; 32: 381-387.
3. Plotjowski LM, Santos RR, Souza CAS, Espinosa A, Moraes MAP, Souza SR. Atendimento de emergência pré hospitalar. *Prat Hosp* 1988; 3(3):40-4.
4. Tacahashi DM. Assistência de enfermagem pré-hospitalar às emergências – um novo desafio para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1991; 44(2/3): 113-5.
5. Ramos VO, Sanna MC. Estudo bibliométrico sobre atendimento pré-hospitalar. In: *Anais do 2º Congresso Nursing; 2004 abril 29-30; São Paulo (SP)*. São Paulo (SP): Congresso Nursing; 2004. p.76-7.
6. Azevedo TMVE. Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
7. Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré – hospitalar na cidade de São Paulo. *Acta Paul Enferm* 2000; 13(3): 59-65.
8. Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Rev Bras Enferm* 2003; 56 (1): 71-75.
9. Okumura M. Atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes de trânsito (Serviço de Atendimento de Primeiro Socorros da DERSA). *Rev Hosp Clin Fac Med USP* 1989 maio-jun; 44(3): 128-32.
10. Ferreira CSW. Os serviços de assistência às urgências no Município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré – hospitalar [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.
11. Malvestio MAA. Suporte avançado à vida: análise da eficácia do atendimento a vítimas de acidentes de trânsito em vias expressas [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
12. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução do CFM nº 1.529/98: dispõe sobre a normatização da atividade médica na área da urgência, emergência na sua fase pré hospitalar. [citado em 14 set 2004]. Disponível em: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_res1529.htm
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria 824/GM de 24 de julho de 1999: Normatiza o atendimento pré hospitalar e o transporte inter-hospitalar no Brasil. Brasília, 1999. Diário da República Federativa do Brasil 2m 25 jun.1999.
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria 737 de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001. [citado em 14 set 2004]. Disponível

- em: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_ms737.htm
15. Ministério da Saúde (BR). Portaria 814/GM de 01 de junho de 2001: Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências. Brasília, 2001. [citado em 14 set 2004]. Disponível em: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_ms814.htm
 16. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2048/GM de 05 de novembro de 2002: Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília, 2002. [citado em 14 set 2004]. Disponível em: URL: <http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/downloads/port2048.pdf>
 17. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1863/GM de 29 de setembro de 2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003. [citado em 14 set 2004]. Disponível em: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1863.htm
 18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1864/GM de 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003. [citado em 14 set 2004]. Disponível em: URL: http://dtr2001.saude.gov.br/samu/legislacao/leg_gm1864.htm
 19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 225/2000: Dispõe sobre o cumprimento de prescrição medicamentosa/terapêutica à distância. Rio de Janeiro, 26 jun. 2000.
 20. São Paulo (Estado). Conselho Regional de Enfermagem. Decisão COREN/SP DIR-01-2001: regulamente as atividades de enfermagem no atendimento pré-hospitalar. São Paulo, 2001.
 21. Brasil, Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun.1986. Seção 1, p.1.
 22. Conselho Regional de Enfermagem (São Paulo). Documentos Básicos de Enfermagem. São Paulo: COREN-SP, 2001, p 277-97.
-

Data do recebimento: 27/09/2004

Data da aprovação: 11/10/2005