

ANDRÉ LUIS TAVARES DOLOR

**ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR:
HISTÓRICO DO PAPEL DO ENFERMEIRO E OS DESAFIOS
ÉTICO-LEGAIS**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Administração
em Serviços de Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Taka Oguisso

São Paulo
2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Dolor, André Luis Tavares.

Atendimento pré-hospitalar: histórico da inserção do
enfermeiro e os desafios ético-legais. /André Luis Tavares Dolor.
– São Paulo, 2008.

118p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientador: Prof^a Dr^a Taka Oguisso

1. História da enfermagem 2. Enfermagem em emergência
(aspectos legais) 3. Enfermagem em emergência (aspectos morais
e éticos). I. Título.

AGRADECIMENTOS

A oportunidade de render graças se apresenta a cada instante diante de nós. Apesar de ela saltar aos olhos, por vezes nos faltam palavras suficientes para demonstrar nosso carinho e gratidão às pessoas que fazem parte de minha vida.

Agradeço o especial apoio, a atenção e a dedicação da Prof^a. Dra. Taka Oguisso, sempre amiga, generosa e um modelo a ser seguido.

Ao Prof. Dr. Genival Fernandes de Freitas, amigo e incentivador, nesse caminhar acadêmico.

Aos amigos e familiares, cada um ao seu modo, fomentou e contribuiu nessa minha jornada.

Aos amigos e companheiros do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do estado de São Paulo, e seu contagiante exemplo de dedicação e profissionalismo vinte e quatro horas por dia.

Ao Prof. Attílio Brunacci, pela assistência nas versões finais, dispensando seu criterioso olhar e precisão de análise.

A vontade de crescer faz cada luta valer a pena.

OBRIGADO!!!

Dolor ALT. Atendimento pré-hospitalar: histórico do papel do enfermeiro e os desafios ético-legais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza histórico-social e ético-legal, desenvolvido a partir da análise documental como parte do método histórico. As bases de dados nacionais e internacionais pesquisadas foram CINAHL, LILACS, MEDLINE, PeriEnf e PubMed, com os descritores: enfermagem, atendimento pré-hospitalar e aspectos ético-legais, publicados nos últimos 10 anos. O método histórico estuda os fatos sociais e suas relações, a partir de documentos, surgidos de fontes, contextos e momentos distintos, e envolve a reconstrução do conhecimento e novas interpretações dos fatos. A escassez de literatura específica, sobre os aspectos ético-legais no atendimento pré-hospitalar (APH) e a inserção do enfermeiro nesta modalidade de serviço, motivou a realização deste estudo. Igualmente, a experiência profissional como enfermeiro e a vivência de situações críticas no Grupo de Resgate e Atendimento de Urgências (GRAU – RESGATE 193), despertaram o interesse pelo tema e as bases para a incursão no campo do Direito. Com este estudo pretendeu-se fazer um resgate histórico do surgimento do APH e a inserção do enfermeiro com os objetivos de levantar a legislação e as funções do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar; identificar os desafios éticos e legais do enfermeiro no exercício profissional nesse atendimento; e, traçar o tipo de enfermeiro profissional necessário para o atendimento pré-hospitalar.

DESCRITORES: Emergência, Enfermagem, Pré-hospitalar, Ético-legais e História da enfermagem.

Dolor ALT. Pre-hospital care: nurse's insertion historical and the ethical-legal challenges [master dissertation]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

This is a descriptive, exploratory study of historical-social and ethical-legal nature, developed through a documentary analysis as part of the historical method. National and international data basis were searched at CINAHL, LILACS, MEDLINE, PeriEnf e PubMed utilizing the following descriptors: nursing, pre-hospital care, and ethical-legal aspects, published in the last ten years. The historical method studies social facts and its relations, from documents found in sources, contexts and distinct moments, and involve the knowledge reconstruction and new interpretation of facts. Lack of specific literature on ethical-legal aspects within pre-hospital care and the nurse's insertion into this kind of service, has motivated this study. Also, the professional experience as nurse and having lived critical situations within the Rescue Group for Urgent Care (GRAU-Resgate 193), has created the interest on the theme and the basis for this into the Law field. This study aimed at making an historical rescue about the emergence of pre-hospital care and the nurse's insertion in it with the objectives: to survey the legislation and the nurses' functions in this service; to identify the nurses' ethical and legal challenges at professional practice; and, to outline the kind of nurse needed for pre-hospital care.

DESCRIPTORS: Emergency, Nursing, Pre-hospital, Ethical-legal aspects and Nursing history.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACLS	Advanced Cardiologic Life Support
AHA	American Heart Association
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BLS	Basic Life Support
CAMU	Centro de Acompanhamento Médico de Urgência
CC	Código Civil
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CECOM	Central de Comunicações
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
COBOM	Comando de Operações dos Bombeiros
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Código Penal
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DNR	Do Not Resuscitate
EMT	Emergency Medical Technician
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Food and Drug Administration
FV	Fibrilação Ventricular
GB	Grupamento de Bombeiros
GRPAe	Grupo de Rádio Patrulhamento aéreo
GRAU	Grupo de Resgate e Atendimento de Urgências
IMV	Incidentes com Múltiplas Vítimas
LEPE	Lei do Exercício Profissional da Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
NEU	Núcleo de Educação em Urgências
PB	Posto de Bombeiros

PCR	Parada Cardiorespiratória
PALS	Pediatric Advanced Life Support
PHTLS	Prehospital Trauma Life Support
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SAMDU	Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência
SAMU 192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 193	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SME	Serviço Médico de Emergência
SSP	Secretaria de Segurança Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TLSN	Trauma Life Support for Nurse
TV	Taquicardia ventricular
UR	Unidade de Resgate
USA	Unidade de Suporte avançado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVO GERAL	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4	METODOLOGIA	21
4.1	PERCURSO METODOLÓGICO	21
4.2	MATERIAL	28
4.3	ANÁLISE DOS DADOS	29
4.4	PROCEDIMENTO ÉTICO	31
5	TRAJETÓRIA DA AÇÃO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM	31
6	ENFERMAGEM MODERNA NO BRASIL	42
7	ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR COMO MODALIDADE DO CUIDAR	48
8	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REGULAMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL	53
8.1	PRELIMINARES HISTÓRICAS	53
8.2	REQUISITOS ATUAIS PARA APH	60
9	SITUAÇÕES QUE REQUEREM ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR E OS DESAFIOS ÉTICO-LEGAIS	62
9.1	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	71
9.2	RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR	77
9.3	DEFIBRILAÇÃO	82
9.4	ENTUBAÇÃO	85
10.	INOVAÇÕES NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	93
10.1	PRESERVAÇÃO DO DIREITO À IMAGEM	93

10.2	PERSPECTIVAS TECNOLÓGICAS PARA APH	98
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
12	REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

A grande maioria dos acidentes e inúmeros agravos à saúde ocorrem, em geral, fora do ambiente hospitalar. Tal fato exige que a sociedade e os profissionais da saúde disponham dos recursos apropriados e criem condições para o atendimento ao indivíduo o mais precocemente possível e no próprio local do acidente ou no local onde se encontra a pessoa com a saúde agravada. Isso significa minimizar letalidades, seqüelas e outros eventos adversos que possam decorrer tanto do próprio acidente como de uma intervenção inadequada.

O bom senso ensina que tal modo de agir revela um elevado grau de racionalidade em termos de atendimento médico ou de enfermagem, principalmente em grandes centros urbanos, como a cidade de São Paulo que tem um trânsito intenso e caótico e que dificilmente dispõe de uma instituição hospitalar nas proximidades de um evento danoso qualquer, por mais simples que pareça.

Essa mesma racionalidade, *mutatis mutandis*, nos remete aos primórdios da humanidade, nos tempos do Homem pré-histórico. A nômade e incipiente sociedade de então vagava pelas selvas em busca de caça, da pesca e da coleta de frutas silvestres. Essa instintiva aventura de sobrevivência era, com certeza, acompanhada de inúmeros riscos de morte e de ferimentos, principalmente quando se tratava de enfrentar animais em busca de alimentos.

Quando, então, acontecia algum acidente, o instinto gregário e a própria vida nômade obrigavam-no a receber os cuidados possíveis no próprio local do evento. Historicamente, pois, pode-se dizer que os cuidados dispensados a um acidentado no local do acidente, ou a uma pessoa com a saúde agravada, antes de chegar a um lugar seguro, é a mais antiga – se bem que rudimentar – forma de atendimento e assistência ao ser humano.

Sem dúvida, eram os primórdios e as raízes daquilo que, hoje, milhares de anos depois, na terminologia básica em saúde, seriam chamados: atendimento de emergência e atendimento de urgência.

Na verdade, o ato de assistir ao ser humano pautado nos cuidados para com os enfermos sempre existiu em todos os tempos, seja como manifestação de solidariedade, seja como forma intuitiva de manutenção da própria espécie.

Nesse sentido, “os cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que seres humanos – como todos os seres vivos – sempre precisaram de cuidados”, como salientou a enfermeira Marie Françoise Collière, citada por Moreira e Oguisso (2005), que assim continua: “Cuidar é o ato de vida que tem como fim, primeiro e antes de tudo, permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie”.

Na trajetória evolutiva da sociedade, a ação de cuidar ou de “tomar conta” de pessoas, no sentido de ajudá-las a cuidar de si e de atender às suas necessidades vitais, confunde-se no tempo com o trabalho da mãe que nutre os seus filhos e deles cuida, assim como cuida de outras pessoas dependentes, como os idosos, os feridos e os doentes. Segundo Oguisso (2006), a proteção materna instintiva foi a primeira forma de manifestação de cuidados do ser humano com seus semelhantes. Com efeito, mesmo na época do nomadismo, quando era comum as crianças serem sacrificadas por atrapalhar as caminhadas dos grupos em busca de alimentos, muitas delas foram salvas pelas mães.

O tempo passa e, na medida em que os grupos humanos iam abandonando o nomadismo e se fixavam em determinado território, formando os primeiros assentamentos humanos, surgiam primitivas organizações sociais onde homens e mulheres assumiam funções distintas nesse embrião de sociedade. Os homens dedicando-se à caça e à pesca,

com todos os riscos inerentes a essas tarefas, e as mulheres mais voltadas para as lides domésticas. Ambos, porém, dedicados a cuidar "de manter a vida dos seres humanos como objetivo de permitir a reprodução e a perpetuidade da vida do grupo", como ressalta Collière, a que Moreira e Oguisso (2005) referem.

Evidentemente, o conhecimento dos meios e métodos de cuidar dos doentes conferia poder no seio dos agrupamentos humanos; o homem, aliando tal conhecimento ao misticismo, fortaleceu esse poder e apoderou-se dele, transformando-se, muitas vezes, em figura mística e religiosa para aplacar as forças do mal. Essas figuras tornaram-se conhecidas como pajés, feiticeiros, xamãs e sacerdotes, utilizando-se de magias, danças e beberagens para afugentar os demônios que, segundo a crença da época, provocavam as doenças. Com isso, formou-se uma verdadeira casta de sacerdotes que se apoderavam das funções místicas ou religiosas, interpretando e decidindo o que era bom e o que era mau; tornavam-se, assim, guardiões das tradições para, supostamente, aplicar os devidos cuidados no sentido de manter a vida do grupo. Sacerdotes executavam ações inerentes ao tratamento e à recuperação dos enfermos, ações que, no futuro, seriam próprias de médicos, de farmacêuticos e de enfermeiros (Oguisso, 2005). Enfim, de uma maneira ou de outra, certo ou errado, a história mostra que sempre tinha alguém que cuidava dos doentes ou dos acidentados.

Com o surgimento da Clínica, o médico, descendente de xamã ou do sacerdote, apareceu como mediador dos sinais e sintomas identificadores de um mal do qual o doente era portador (Foucault, 1980).

Distâncias cronológicas muito grandes nos separam desses períodos pré-históricos. Entretanto, o conhecimento desses fatos chegou até os nossos dias através dos trabalhos de cientistas e arqueólogos que, de tempos em tempos, surpreendem a sociedade com suas descobertas que enriquecem o campo das ciências, inclusive na "arte" de cuidar dos doentes.

A História tem seus registros em pedras, em objetos, em inscrições hieroglíficas ou cuneiformes, em papiros, em livros e documentos. Um testemunho histórico bastante conhecido é o chamado Código de Hamurabi, estabelecido pelo rei da Babilônia Kammu-rabi, cerca de 1780 a.C. e gravado numa pedra que se encontra no Museu do Louvre, em Paris.

Esse código, que previa normas de conduta para as atividades do antigo sacerdote ou médico, foi usado em toda a Antiguidade e exerceu forte influência na legislação dos hebreus, dos gregos e dos romanos (Oguisso, 2005). Três dos seus 282 artigos (art. 215, 218 e 219) traçam diretrizes explícitas sobre os cuidados médicos.

Com esse pano de fundo histórico, somos transportados para os tempos atuais e constatar que, aqueles cuidados prestados ao ferido no próprio local da ocorrência do acidente e que resultou em ferimento ou em agravo à saúde, seria, sem dúvida, o que chamamos hoje de atendimento pré-hospitalar (APH), correspondendo, portanto, ao mais antigo sistema de assistência direta ao ser humano.

Aliás, Malvestio (2000) assegura que o APH não é um fenômeno “novo”, e justifica dizendo que, por volta de 900 d.C., os anglo-saxões já usavam primitivas “ambulâncias” para o atendimento às vítimas de guerras.

Porem, na sociedade brasileira, não se trata de guerra e muito menos de selva. Todavia, os problemas existem e, talvez, muito mais preocupantes em termos quantitativos, do que as mortes e os ferimentos nos campos de batalhas ou nas selvas. Trata-se hoje de uma sociedade moderna onde os seres humanos lutam pela sua sobrevivência e pela sobrevivência de sua espécie em uma outra selva, a selva de pedra estressante, com um trânsito que provoca mais acidentes e mortes do que uma guerra.

Sousa (2007) destaca a importância de se conhecer o perfil da morbimortalidade em determinada sociedade, a fim de viabilizar um planejamento

e execução de políticas públicas centradas em ações prioritárias na prevenção e assistência aos doentes, bem como permitir uma avaliação dos resultados das ações implementadas sobre as doenças e causas das mortes. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde aponta as causas externas de morbidade como a principal causa de morte entre os 5 e 39 anos de idade, no Brasil, em 2004.

Em relação aos acidentes de trânsito, as estatísticas demonstram a diminuiu a mortalidade pré-hospitalar e intra-hospitalar, na década de 1980 nos Estados Unidos da América. Tal redução foi relacionada como consequência da implantação de Sistemas de Emergência, entre as décadas de 1970 e 1980, conforme aponta Malvestio (2000).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) afirma que 128.908 pessoas morreram no continente como resultado de acidentes de trânsito. Desse total, 76% se concentram nos EUA, no Brasil, no México e na Colômbia. Nesse cenário, o atendimento pré-hospitalar busca desempenhar papel fundamental na melhoria da qualidade da assistência dispensada à população. Tal modalidade de atendimento tem distintos objetivos, mas destaca-se a permanente busca da melhor resposta às demandas emergentes.

Segundo Cristina (2006), o desenvolvimento científico e tecnológico nas ciências da saúde tem se orientado na busca da manutenção da qualidade de vida e na luta contra a morte biológica. Nessa perspectiva, a existência e o aprimoramento do APH ocupam um espaço privilegiado na defesa do direito à vida do cidadão.

É ainda Malvestio (2000), que afirma que o cuidado às vítimas de trauma, independentemente da causa externa, começa antes mesmo de sua chegada ao hospital, fato que caracteriza o atendimento pré-hospitalar como sendo uma das grandes armas para o enfrentamento de tal “epidemia”.

Carabajá, Silva e Ferreira Filho, em seu estudo destacam que mortes podem ser evitadas, tanto no trauma como em emergências clínicas, se um atendimento pré-hospitalar se dá precocemente, o que destaca a importância desse em nossa sociedade.

Um outro aspecto cumpre expor no presente estudo: são os desafios de caráter ético-legal que se faz cada dia mais presentes na prestação do atendimento pré-hospitalar. As inúmeras campanhas de esclarecimento da população sobre seus direitos como cidadão, consumidor e ser humano, sempre visaram capacitá-los e orientá-los a exigir cada vez maior observância desses direitos para um atendimento de qualidade, com celeridade e eficiência. A não observância de tais preceitos tem ensejado demandas judiciais em número crescente e suas conseqüências são sanções administrativas e/ ou condenações em esfera civil e criminal dos responsáveis.

2 JUSTIFICATIVAS

O exercício da enfermagem nos serviços de atendimento pré-hospitalar é um privilegio reservado a poucos que trabalham na área da saúde. Privilegio porque o APH se apresenta com características que o diferenciam conceitualmente do atendimento hospitalar, uma vez que as pessoas que necessitam de socorro imediato encontram-se nas mais variadas circunstâncias e manifestam as mais diferentes causas e, principalmente, estão impossibilitadas de serem cuidadas em ambiente hospitalar. Isso porque o evento danoso pode ocorrer no trânsito ou no trabalho, em casa ou na rua, incêndio ou na enchente, nas mais inimagináveis situações, enfim.

Privilégio também porque significa um desafio que foge dos padrões dos atendimentos convencionais aprendidos nos bancos das escolas de Enfermagem e que foram dirigidos para os trabalhos em ambiente com os recursos hospitalares. É um desafio que nos obriga a um contínuo aprimoramento na arte de cuidar dos pacientes em circunstâncias as mais impróprias.

A oportunidade de trabalhar em um serviço de APH surgiu após terminar um ciclo de estudos acadêmicos e trabalhos realizados em função da minha perspectiva profissional.

Com efeito, a formação em Enfermagem e em Direito e a pós-graduação *lato sensu* em Administração Hospitalar foram o tripé sobre o qual fixei a idéia que me estimulou a percorrer o campo do APH e que serviu de ponto de partida para ingressar no curso de Mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Esse foi o caminho que me levou a preparar-me para desenvolver a presente dissertação que versa sobre o APH, incluindo a história da atuação do enfermeiro nessa especialidade e os desafios ético-legais que esse serviço envolve.

Na minha trajetória profissional como enfermeiro atuei em distintas instituições hospitalares públicas e particulares, incluindo atividades de ensino em instituições particulares.

No decorrer dos anos, busquei ainda no campo do Direito os conhecimentos que pudessem alargar a minha visão no sentido de compreender melhor as competências e as atribuições do enfermeiro no exercício de suas funções. Na pós-graduação em Administração Hospitalar fui em busca de um aperfeiçoamento com vistas a possíveis tarefas futuras.

Em sua formação, o enfermeiro aprende a desenvolver atividades que normalmente são exercidas em um contexto organizado de instituição de saúde. Porém, no trabalho em atendimento pré-hospitalar há necessidade de se adaptar conhecimentos e habilidades técnicas para uma situação que demanda improvisações; isso que exige criatividade, iniciativa e consciência profissional para não exceder determinados limites e nem deixar de prestar o atendimento requerido.

As vicissitudes cotidianas vivenciadas nessa função despertaram minha curiosidade no sentido de aprofundar estudos e conhecimentos que pudessem melhorar a atuação profissional como enfermeiro dentro de uma equipe multiprofissional. Todavia, essa atuação também envolve aspectos éticos e legais que exigem uma rigorosa observância.

Nessa perspectiva o campo do Direito proporciona de fato uma segurança específica com relação aos balizamentos legais que norteiam as atividades nesse serviço. Muitas vezes a atuação solitária, sem muito tempo e sem possibilidade de trocar idéias sobre condutas mais acertadas com outros colegas. Portanto, ainda faltava alguma coisa para completar a formação profissional e dar maior segurança, tranquilidade e satisfação pessoal no desempenho da função. Daí a oportunidade de por em prática os conhecimentos no campo da ética e do direito.

A lacuna continuamente sentida ensejou a busca por algo que pudesse preenchê-la. Surgiu, então, – como registrado acima – a idéia de aprofundar estudos através de um programa de pós-graduação *stricto sensu*, em nível de mestrado. Uma das inquietações fixava-se exatamente no campo dos desafios ético-legais no exercício das atividades em atendimento pré-hospitalar. A existência de escassa literatura específica foi uma das deficiências observadas logo de início. O nível de improvisação para adaptar técnicas num ambiente, por vezes até hostil, torna o trabalho mais complexo e difícil. Cumpre ressaltar que as escolas de enfermagem não costumam incluir ensino teórico ou prático nesse campo de atividade. Na verdade, todavia, sua inclusão no currículo escolar constituiria mais uma possibilidade para os enfermeiros ingressarem no mercado de trabalho.

Vargas (2006) aponta a incipiente produção de publicações referentes ao atendimento pré-hospitalar no Brasil, especialmente na área de enfermagem, sobre a formação do enfermeiro para esta especialidade.

Considerando essas situações de deficiência de publicações sobre estudos e pesquisas nessa área, bem como a necessidade sentida de melhor preparação profissional para o desempenho correto e seguro e até de incluir esse ensino nas escolas de enfermagem, reforçou ainda mais o interesse para desenvolver um trabalho investigativo sobre o atendimento pré-hospitalar, a trajetória histórica de sua criação e implantação e a inserção do enfermeiro nesse contexto. Mesmo porque o atendimento pré-hospitalar não é apenas o exercício de enfermagem nas emergências, como nos foi ensinado na escola. Embora essa vivência possa ser muito útil, a experiência prática fora do hospital mostrou os tipos de atividades que o enfermeiro é chamado a desempenhar, e que por vezes, geram difíceis conflitos ético-legais no enfrentamento de inúmeras situações.

O interesse pelo desenvolvimento deste estudo, do mesmo não perdeu de vista que o atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional e muitas vezes nas mais delicadas circunstâncias. Com

efeito, na função atual, como enfermeiro operacional em atendimento pré-hospitalar, a atividade é desenvolvida junto com os profissionais mais diversos, como bombeiros, médicos e policiais, em face de condições de imprevisibilidade, exigüidade de tempo, necessidade de rapidez nas decisões, falta de condições de maior segurança para atender pacientes ou vítimas, e por vezes atender a múltiplas vítimas em equipe com número limitado de profissionais. Outros fatores circunstanciais agravantes podem ser o prognóstico da condição da vítima, a falta de opções para o atendimento, que com certa regularidade é realizado em condição adversa e precária. Tudo isso pode gerar conflitos éticos e legais de difícil solução num determinado momento, razão pela qual o enfermeiro deve estar preparado para tomar as melhores decisões.

Nesse cenário, pois, emerge no profissional uma grande ansiedade em busca de soluções corretas. É uma saudável ansiedade que cria o desejo de retornar à academia, rumo aos estudos e pesquisas que possam trazer algumas respostas, ou pelo menos, mais segurança no exercício da atividade profissional. Naturalmente, parte-se do pressuposto de que estudos mais aprofundados e mais pesquisas proporcionem maior segurança no trabalho.

Por último, não, porém menos importante cumpre dizer que este trabalho foi elaborado tanto como sendo uma proposta de aprofundamento no campo da história da enfermagem, como nos aspectos da ética e da lei, tendo como perspectiva desenhar o tipo de profissional necessário que irá trabalhar no atendimento pré-hospitalar.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Fazer um resgate do ponto de vista histórico do serviço de atendimento pré-hospitalar e o papel do enfermeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as origens históricas do modelo de cuidar no atendimento pré-hospitalar e o papel do enfermeiro.
- Levantar e analisar a legislação brasileira que regulamenta o atendimento pré-hospitalar e as funções do enfermeiro nesse serviço.
- Identificar os desafios éticos e legais do enfermeiro no exercício profissional do atendimento pré-hospitalar.
- Delinear o tipo de profissional enfermeiro necessário para o atendimento pré-hospitalar.

4 METODOLOGIA

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de natureza histórico-social, no qual se utiliza a análise documental. O recorte temporal é dado a partir do ano de 1955 com a promulgação da Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955, que dispõe sobre o exercício da enfermagem no Brasil, alcançando a Decisão COREN-SP DIR-001/ 2001, que dispõe sobre a regulamentação da assistência de enfermagem em Atendimento Pré-Hospitalar e demais situações relacionadas com o Suporte Básico de Vida (SBV) e Avançado de Vida (SAV). O método utilizado permitiu destacar o início da atuação do enfermeiro no ambiente pré-hospitalar, bem como levantar as questões ético-legais que perpassam essa sua atuação.

De acordo com Castro (1997), a abordagem histórico-social prioriza a experiência humana e os processos de diferenciação e individualização dos comportamentos e identidades coletivas na explicação histórica. Na proposta metodológica deste estudo, optou-se pela opinião de que os documentos são portadores de um discurso e, portanto, não são vistos como fatos e fenômenos transparentes (Cardoso, 1997).

Nessa perspectiva, então, é preciso que o pesquisador desenvolva uma atitude crítica diante de um documento, entendendo que ele não representa em si um fato isolado, mas é resultante de várias situações peculiares e fruto de um contexto específico de caráter sociocultural, político e econômico.

O surgimento da escrita permitiu que as sociedades transmitissem os fenômenos sociais com maior rapidez e alcance em relação à transmissão de fatos pela via da comunicação oral. Esta, na verdade divulgava os fatos

que ocorridos imediatamente após o evento. Caso a divulgação não fosse imediata, correria o risco premente de sofrer alterações na medida em que era transmitida de pessoa a pessoa, podendo nesse processo perder a confiabilidade. A vantagem da comunicação escrita, por sua vez, permitia o registro do fenômeno em documentos e a conseqüente transmissão da informação através de gerações. Mesmo assim, caracterizando um discurso, o documento poderia ser manipulado. Daí a necessidade de uma atitude crítica, como ensina Richardson (1999).

Esse mesmo autor afirma que o interesse em interpretar textos é prática antiga. A interpretação de escritos sagrados ou políticos sem um grande rigor científico já acontecia antes da Idade Média. Passado o longo tempo da história, pesquisadores norte-americanos desenvolveram, no começo do século XX, o rigor científico da análise em procedimentos quantitativos. Já na França, os estudiosos enfatizaram as análises que influenciaram o método qualitativo sem, contudo, torná-lo menos rígido em relação à sua aplicação (Richardson, 1999).

Há domínios no campo da pesquisa científica que são quantificáveis e outros qualificáveis, de acordo como a natureza do fenômeno analisado. A análise qualitativa tem como objeto situações complexas ou estritamente particulares; pode descrever a complexidade de certo problema, analisar a interação de variáveis, compreender e classificar processos de mudanças e entender particularidades do comportamento dos indivíduos (Richardson, 1999). Todavia, estudos recorrentes indicam que ambas (análise quantitativa e análise qualitativa) estão imbricadas, como sugere Minayo (1999).

Independentemente da opção por um desses dois métodos científicos, esta pesquisa tem o respaldo dos critérios que envolvem a confiabilidade e a validade para, desse modo, transmitir credibilidade.

A validação da importância de um estudo deve considerar a contribuição daquela pesquisa. Precisa definir objetivos específicos, rever

pesquisas já existentes e descobrir lacunas em estudos realizados, bem como encontrar formas de superá-las, propor objetivos alcançáveis e analisar resultados com base nos estudos disponíveis. Além disso, a revisão da literatura deve considerar os conhecimentos produzidos sobre o referido tema e avaliar suas possibilidades de serem utilizados em novos estudos (Richardson, 1999).

Le Goff (1978) resgata:

Talvez aconteça em breve, na maneira de escrever a história, o que já aconteceu na física. As novas descobertas levaram à proscricção dos antigos sistemas [...] É bom que existam arquivos de tudo para que se possa consultar, se necessário.

Essa referência a Le Goff nos remete ao surgimento da chamada “História Nova”, na França no ano de 1922, que abriu uma nova perspectiva para os estudos da história. No dizer de Moreira e Oguisso (2005), essa perspectiva:

Tornou possível valorizar os costumes dos povos, dar voz a todos, sem distinção [...] o que possibilitou uma diferente versão dos fatos passados, que passaram a ser vistos por outro prisma e que ampliaram o campo de observação do historiador, abrindo espaço para um tratamento interdisciplinar dos acontecimentos de outrora e de seus registros históricos.

A originalidade da história nova, em oposição à história positivista, hegemônica no século XIX, ampliou os limites da historiografia. Ela, entretanto, não pretendeu eliminar as conquistas do modelo positivista; seu objetivo era ampliar sua visão abarcando a memória de homens e mulheres, não apenas dos grandes nomes; resgatar a história das estruturas e não apenas dos acontecimentos; destacar a história do desenvolvimento e das transformações, não da história estática, focada em acontecimentos notáveis, praticados por pessoas ilustres.

Cabe ressaltar que o nascimento da “História Nova” ocorreu com a fundação da revista *Annales de la Histoire Economique et Sociale*, fruto do pensamento de Lucien Febvre e Marc Bloch. Para o próprio Le Goff, a

revista referida tinha o escopo de “tirar a História do marasmo da rotina”. Nos primeiros anos dos *Annales*, as principais críticas de seus autores foram voltadas à história política e à noção de “fato histórico”, considerando-se que nada está acabado, pronto ou totalmente explicado. Da mesma forma, os novos historiadores entendiam que os documentos e as fontes estão em permanente processo de construção científica, logo, passíveis de crítica e análise (Le Goff, 1990).

Essa nova perspectiva da história busca ampliar a visão de história de Langois e Seignobos que se funda essencialmente em textos e documentos escritos, e propõe uma história baseada numa multiplicidade de documentos, seja escritos de qualquer tipo, figurados, orais, seja mesmo um fóssil. Todas estas evidências passaram a ser considerado documento de primeira ordem. É uma nova visão que não propõe eliminar os conceitos dos métodos tradicionais, mas, sim, ampliar a possibilidade de escrita da história a partir dos mais diferentes agentes de seu fazer (Le Goff, 1978).

De modo específico quanto à pesquisa histórica, sua área de interesse abrange os acontecimentos ocorridos desde a aparição do homem no mundo, particularmente o registro desses acontecimentos. O pesquisador que utiliza esse instrumento de estudo lança mão de intenso trabalho bibliográfico documental e se impregna de grande paciência em sua pesquisa (Richardson, 1999).

Todas essas são considerações, por conseguinte, nos induziram a percorrer os caminhos da História Nova para desvelar o objeto do presente estudo. Esse nosso percurso se baliza pela perspectiva apresentada por Jacques Le Goff, que permite um novo olhar das problemáticas que recaem sobre os objetos de pesquisa. Para esse autor, com efeito a História Nova possibilita resgatar o olhar de outras personagens, de diferentes contextos e desdobramentos sociais que trazem à tona novos enfoques, possibilitando novas abordagens.

Procurando ampliar a produção de informações e a exploração do passado em suas distintas perspectivas, resgatar Le Goff e a visão abrangente da noção de documento auxilia o processo de ampliação dos limites da história hodierna.

Sempre é bom reiterar que a pesquisa histórica é a coleta sistemática e avaliação crítica de dados que evoquem ocorrências passadas. Em regra é utilizada para testar hipóteses ou responder indagações sobre acontecimentos passados, visando esclarecer práticas ou comportamentos atuais. Após avaliar a autenticidade e a precisão dos dados históricos, o pesquisador organiza o material, analisa e testa hipóteses. Esse tipo de pesquisa representa importante instrumento para também compreender as questões relacionadas com a saúde e o processo de enfermagem (Polit, Hungler, 1995).

No caso da pesquisa que envolve a história e a legislação da enfermagem, ela se mostra de fundamental importância, pois permite descrever as características de uma situação especial da enfermagem, acerca da qual se conhece pouco; possibilita explicar fenômenos relevantes no planejamento dos cuidados; prevê prováveis resultados de decisões do enfermeiro, tornando viável iniciar atividades que levam a um determinado comportamento do paciente, como ensina Polit e Hungler (1995).

As descobertas resultantes da pesquisa devem ser extensão de conhecimentos e teorias previamente constituídos, e precisam servir como um guia para futuras pesquisas. Por sua vez, o pesquisador deve se respaldar em trabalhos existentes sobre o tema, a partir de uma revisão bibliográfica sistemática (Polit, Hungler, 1995)

Gil (1994) compreende que, no tocante ao desenvolvimento e tratamento das informações, a pesquisa documental compartilha similaridades com a pesquisa bibliográfica. Similaridades, não porem identidade, uma vez que se diferencie desta última pela natureza da fonte de

dados, ou seja: documentos oficiais, leis, registros estatísticos, reportagens de jornal, cartas, diários, biografias, elementos iconográficos, contratos, filmes, fotografias, gravações, etc.

Segundo Campos (2007) um documento é considerado histórico porque abrange e registra aspectos da história em fontes escritas, contemplando aspectos considerados notáveis ou enaltecidos de grupos específicos, imortalizando heróis em detrimento de outros tantos anônimos. Essa perspectiva da história privilegiou uma narrativa de personagens ilustres, o que limitava o debate em torno dos demais documentos que não os oficiais. Apesar de o modelo positivista (aquele diferente do modelo da “Escola Nova”) permanecer imperante até o século XX como norteador da história, ele não satisfazia aos novos historiadores e aos consumidores de história. Para tanto, foi proposta uma história que privilegiasse experiências de homens e mulheres comuns, como preconizavam os adeptos da “Escola Nova”, referido em páginas anteriores. A partir dessa proposição, então os registros históricos foram ampliados considerando quaisquer vestígios da experiência humana como fonte da pesquisa no campo da história (Campos, 2007).

Campos (2007) aponta que a legislação é muito pouco utilizada como fonte histórica; sua utilização é recuperada apenas como fonte complementar, servindo mais como justificativa do que como objeto de estudo. No âmbito da pesquisa em enfermagem, a legislação desperta interesse em relação aos direitos e deveres dos profissionais, aspectos ético-legais, correlatos às ações de cuidado em enfermagem. O fato de o ordenamento jurídico guardar estreita relação com as atividades cotidianas chamou atenção dos historiadores para a possibilidade de acesso e reconhecimento do passado a partir dessas fontes.

Em enfermagem, os estudos que utilizam a legislação remontam pesquisas em torno de ocorrências éticas e suas aplicações em ambiente intra-hospitalar e extra-hospitalar, aspectos reguladores do comportamento

profissional; direitos e deveres que fundamentam a profissão; os consumidores dos serviços de saúde e sua relação com as equipes profissionais. Contudo, o estudo da legislação no campo da enfermagem tem merecido crescente interesse por parte dos pesquisadores, na busca de sua interface com o ensino e assistência da enfermagem, utilizando resoluções, decretos e outros documentos legais reveladores da sua trajetória didático-pedagógicas (Campos, 2007).

Nesse processo, cabe destacar que a pesquisa de literatura, levada a efeito através do computador, como apontam Polit e Hungler (1995), proporciona ao pesquisador uma lista de informações bibliográficas fundamentais aos estudos da natureza. Tal modalidade de busca é especialmente útil ao permitir o cruzamento de conceitos que, por sua vez, ampliam a temática e fundamentam o debate. Outra vantagem do uso da informática é o fato de os dados mais recentes serem disponibilizados antes do surgimento dos índices/ resumos publicados; essa dinâmica poupa tempo e energia, e o pesquisador, dispõe de mais oportunidades para as leituras e para outras etapas da pesquisa.

Conforme a avaliação de Bardin (1977), a documentação permanece uma atividade circunscrita e a análise documental pouco conhecida. Não obstante o entendimento anterior, Richardson (1999) entende que:

A análise de conteúdo utilizará materiais de estudo sob qualquer forma de comunicação, sejam documentos escritos na forma de livros, jornais, periódicos e outras formas como a música, a pintura e meios de comunicação falada.

Richardson (1999) acrescenta que os documentos escritos e estatísticos não são as únicas fontes a fornecer informações referentes a fenômenos sociais. Uma variedade de outros elementos que possuem valor documental para as ciências, como, por exemplo documentos fotográficos, cinematográficos, fonográficos, etc. Todos esses elementos constituem fonte quase inesgotável para a pesquisa social, que reúne e expressa as manifestações da vida em sociedade em seu conjunto. São a base da

observação documental, que tem como objeto não os fenômenos sociais, mas as manifestações que registraram os fenômenos e as idéias a partir deles.

Resumindo, ao ampliar as fontes de pesquisa, ampliamos as possibilidades de novos conhecimentos a respeito de nossa origem e evolução no curso do tempo.

4.2 MATERIAL

O presente estudo realizou um levantamento bibliográfico usando as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: CINAHL, LILACS, MEDLINE, PeriEnf e PubMed. O levantamento foi feito a partir de descritores como: direitos do paciente, emergências, ética de enfermagem, registrados nas produções dos últimos 10 anos. Os resultados iniciais identificaram 157 referências, nos idiomas espanhol, inglês e português. A coleta destes documentos foi realizada nas bibliotecas da Escola de Enfermagem, da Faculdade de Medicina e de Saúde Pública da USP, e também das obras disponíveis *on line*, como de alguns artigos.

Após a leitura dos resumos, foi feita uma seleção deles, que resultou em 51 artigos afins e pertinentes aos interesses do estudo. Em seguida foram apreciados com o objetivo de incrementar os conceitos e questões pertinentes ao estudo e a estabelecer um paradigma para análise e discussão para ser cotejada com o que se passa na nossa sociedade.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

De certa maneira a análise, pode constituir uma atividade que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo. Independentemente do tipo de dados a serem analisados, seu objetivo é organizar as informações obtidas, estruturá-las e delas extrair os resultados que são significativos para a investigação.

Em consonância com as características da presente pesquisa, os estudos centralizaram seu foco na análise documental mediante um levantamento bibliográfico para sustentar de forma conveniente os objetivos a serem alcançados. O propósito então, foi armazenar o maior numero de dados disponíveis e facilitar o acesso do pesquisador para obter o máximo de informações, todas elas com o máximo de aproveitamento.

A análise documental se faz com operações que objetivam estudar e analisar documentos e descobrir circunstâncias sociais e econômicas com as quais elas podem ser relacionadas. O método mais conhecido de análise documental é o histórico. A partir de documentos e através deles estudam-se os fatos sociais e suas relações com o tempo em seus aspectos sociais, culturais e cronológicos. Esse tipo de análise que trabalha sobre documentos, é essencialmente temática. Em geral, tem como objetivo determinar, como ensina Richardson (1999), os fenômenos sociais. Trata-se de uma técnica de investigação que parte da leitura e interpretação de conteúdos de distintas fontes, resgatando o conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social, em contextos e momentos históricos distintos.

Quando se trata de analisar resultados, por ser uma ação interativa e ativa, o pesquisador precisa estar atento e ser criterioso, apreender os achados no seu conjunto e buscar a compreensão, dar sentido e evidenciar o fenômeno perscrutado, teorizar e re-contextualizar os achados. Nos dizeres de Polit, Beck, Hungler (2004), a pesquisa histórica, feita nessa

perspectiva, acarreta maior desenvolvimento da teoria, reconstrução do conhecimento e novas interpretações dos fatos.

Na presente estudo, os dados e informações a serem analisadas e que serviram de base para os resultados pretendidos foram sucessivamente buscados nos acervos da Universidade de São Paulo, respectivamente na Escola de Enfermagem, na Faculdade de Saúde Pública e Faculdade de Medicina da Universidade.

Foi dessa maneira que a pesquisa pôde resgatar uma significativa amostra das origens do atendimento pré-hospitalar em algumas regiões do mundo e no Brasil. Essa busca permitiu identificar ordenamentos que instituíram e normatizaram a atuação dos profissionais da área da saúde no atendimento pré-hospitalar.

O resultado positivo dessa busca leva a concluir que é sempre importante levar em conta e valorizar novas fontes de informações, quaisquer que seja elas: documentos oficiais (legislação), revistas, periódicos, publicações de órgãos de classe, teses ou inúmeras outras fontes não oficiais.

Cumprindo ainda destacar a atualidade do tema, em função de o atendimento pré-hospitalar ser uma iniciativa de certo modo recente. É um assunto momentoso que traz consigo implicações ético-legais no contexto do exercício profissional e em nossa sociedade. O limitado volume de documentos formais que registram a história da enfermagem e o segmento do atendimento pré-hospitalar requer um compromisso atual de documentar o passado, o presente e legar registros ao futuro.

Tal iniciativa busca resgatar uma história, por vezes negligenciada pelos órgãos oficiais, apresentando informações importantes para a memória da categoria e facilitando a compreensão de sua historicidade.

Na verdade Le Goff (1978), defende a necessidade de se “compreender o presente pelo passado” e também “compreender o passado pelo presente”, que explicita e requer a utilização de um método “prudentemente regressivo”. O homem se parece mais com seu tempo que com os seus pais, donde surge a sugestão de se recusar o “ídolo das origens” e reconhecer a si a partir de sua “história”.

4.4 PROCEDIMENTO ÉTICO

Por se tratar de estudo de natureza histórico-social e bibliográfica, sem envolver diretamente seres humanos, o presente estudo não necessitou seguir as determinações da Resolução n 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde que estabelece “Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”.

5 TRAJETÓRIA DA AÇÃO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Vários enfermeiros, que lecionam em escolas de enfermagem, se dedicaram a pesquisar em profundidade a história da arte de cuidar dos doentes. Eles resgataram essa prática desde os primórdios da Humanidade até os dias de hoje quando cuidar dos doentes transformou-se na importante profissão da enfermeira e do enfermeiro.

Para desenvolver o presente capítulo tomamos emprestado esse resgate histórico e, em breves tópicos, vamos procurar mostrar que o atendimento pré-hospitalar, como é conhecido hoje, nos remete ao ato de cuidar e que, portanto, é uma prática que se perde no túnel do tempo.

Historicamente, temos nos estudos dessas pesquisadoras a ação de cuidar começou a ser praticada no local onde o indivíduo necessitava dela, isto é, em sua moradia, no campo de caça ou pesca, de guerra, ou qualquer outro local onde ocorresse o ferimento ou algum agravo à saúde.

Na Antiguidade, Abraão, descendente de Noé, e contemporâneo de Hamurabi (ou Hammu-rabi), rei da Babilônia, nasceu em Ur, na cidade da Caldéia, situada às margens do Rio Eufrates, não muito longe do Golfo Pérsico. Ambos viveram, pois, na mesma região da Mesopotâmia. As mais antigas tradições do povo hebreu são encontradas no *Gênesis*, o primeiro livro do Velho Testamento, de onde surge a figura do patriarca Abraão. Chamado a deixar a sua terra natal que era um ambiente politeísta, ele partiu com sua mulher, Sara, para Canaã*. Esse afastamento do politeísmo foi a grande contribuição do povo hebreu para a humanidade, o legado cultural religioso monoteísta, o que o tornou único entre os seus povos contemporâneos. Os hebreus eram tidos como os escolhidos por Deus que os guiou e fez-lhes revelações divinas, como, por exemplo, os Dez Mandamentos no Monte Sinai, entregues diretamente a Moisés,

* Que se tornou Palestina muito mais tarde e, atualmente, Israel.

descendente do patriarca Abraão. Esses Mandamentos contém preceitos que são válidos ainda hoje. Eles na verdade, incorporam os mais importantes valores éticos de relacionamento humano e oferecem até mesmo um quadro de referência para saúde mental. Moisés estabeleceu ainda um código - Código Mosaico - para regular as práticas religiosas, mas que abrangiam aspectos sanitários e de saúde. O Código Mosaico apresentava de forma sistemática e organizada os métodos para prevenir doenças, instituindo certas regras de higiene pessoal, de alimentação, de repouso, etc. Previa também normas gerais para inspeção e seleção de animais para o abate, cuidados com excreta e notificação em caso de doença contagiosa, para assegurar isolamento, quarentena e desinfecção. Portadores de lepra deveriam ser isolados da coletividade e os meninos deveriam ser circuncidados no oitavo dia de nascimento (Oguisso, 2007).

O Velho Testamento constitui importante fonte para estudos sobre a alimentação dos hebreus, que utilizavam muitas frutas, preservadas para consumo posterior como frutas secas e vinhos, além do azeite de oliveira que era usado como alimento e como medicamento. Os métodos de cocção recomendados revelavam a preocupação deles com a manutenção da saúde. O leite também era muito apreciado, pois se acreditava que, na terra prometida, haveria muito leite e mel. A hospitalidade era outra regra para hebreus, assim como a prática da visita aos doentes e os cuidados deles, constituíam um dever religioso (Oguisso, 2005).

Já na civilização clássica, os gregos invocavam os deuses para alcançar o bem-estar; faziam os tratamentos e regimes recomendados e acatavam outras instruções para evitar enfermidades e, quando doentes, acorriam aos templos para pedir ajuda aos deuses e lá permaneciam. Apolo, o deus do sol, era também venerado como deus da saúde e da medicina, mas seu filho, Esculápio, era o invocado em caso de doença.

O culto a Esculápio havia se iniciado em Epidauro, sua terra natal, e estendeu-se depois para toda a Grécia. Nesse culto reunia-se a síntese do

pensamento grego de que o “médico deve respeitar a natureza e não se opor aos seus desígnios”. Os templos dedicados a Esculápio surgiram cerca de 400 a.C. e ficaram famosos pela afluência de doentes que vinham implorar sua cura ao deus médico. Molina (1973) afirma que a “fecunda imaginação dos gregos adornou com lendas a origem da arte de curar, criando por isso um deus - Esculápio ou Asclépio - entremeando ficção e simbolismo”. Esse relato é encontrado nos escritos de Homero, cerca de 1.100 anos a.C.

Com Hipócrates, nascido em 460 a.C, e seus seguidores, teve início o afastamento dos templos e das divindades. Nesse período o tratamento de doentes começou a ser realizado partir da observação clínica, investigando a história e os sintomas de cada paciente. Hipócrates dissociou a medicina das superstições e atribuiu àqueles que a exerciam rígido compromisso ético que até hoje é seguido como o Juramento de Hipócrates, feito por ocasião das solenidades da entrega de diploma do curso universitário.

A enfermeira francesa, Marie Françoise Collière, já referida em paginas anteriores, fez interessante estudo sobre a origem dos cuidados, traçando a trajetória da enfermagem até chegar ao “*status*” de uma profissão. Como registrado na introdução do presente estudo, ela afirma que:

“os cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que seres humanos – como todos os seres vivos – sempre precisaram deles. Cuidar seria um ato que tem como fim primeiro permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte – morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie”.

Enfatiza a autora que, durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão*, pois diziam respeito a qualquer pessoa que ajudasse a outra a garantir o que lhe era necessário

* Na França, como em muitos países anglo-saxões, existe uma distinta diferenciação entre ocupação ou ofício e profissão, entendendo-se os primeiros como atividade necessária no grupo social que a pessoa aprende através da prática; profissão seria aprendida através de estudos em nível superior e obtenção de um título para exercer determinada função, de acordo com regulamento oficial.

para continuar sua vida, em relação à vida do grupo. Seria o cuidador, na terminologia de hoje (Moreira, 2005).

Nesses tempos longínquos, havia uma mística em torno da caça e do homem caçador que, com sua inteligência, desafiava a força do animal. Já a mulher usava sua inteligência para inventariar a distribuição dos produtos vegetais, para conhecer o momento da maturidade das plantas, ou para cuidar de crianças, doentes e idosos, o que era uma tarefa mais calma e humilde e bem menos espetacular do que uma caça.

As práticas de cuidados habituais, compostas de coisas permitidas e proibidas, passaram a ser erigidas em rituais, confiados inicialmente ao xamã ou feiticeiro, e depois ao sacerdote. Com isso, o sacerdote da antiguidade foi se tornando cada vez mais poderoso e com direito de afastar da coletividade as pessoas suspeitas de serem portadoras de algum mal, como os leprosos, loucos e mendigos.

Em sua evolução histórica, a enfermagem passou por distintos períodos caracterizadores de práticas de saúde instintivas: períodos mágico-sacerdotais, monástico-medievais e pós-monásticas, até chegar às práticas de enfermagem do mundo moderno.

Este apanhado histórico, mesmo que sucinto, permite-nos afirmar que a origem das atividades da enfermagem no atendimento pré-hospitalar está intimamente relacionada com o surgimento da profissão, exercida por cuidadores ou pessoas dedicadas a tratar de doentes ou feridos. Ainda que o conceito desses serviços tenha surgido apenas recentemente, sua prática não é propriamente uma inovação, quando se trata de buscar um atendimento precoce, seguido de um encaminhamento às instituições hospitalares para tratamento definitivo.

Desde os primórdios da civilização, – sempre é bom repetir – os seres humanos demandavam cuidados em qualquer período do ciclo vital; então,

qualquer pessoa que se incumbisse desse cuidado era um cuidador, executando suas tarefas das mais precárias maneiras. Nestas sociedades surge uma primeira divisão do trabalho, a partir da característica de gênero, ou seja, o homem cuida de conseguir alimentos, garantir a proteção, enquanto a mulher cuida dos afazeres domésticos e assistência a crianças, idosos e doentes. Essa primitiva “cuidadora” partiu de um momento de ausência de conhecimentos, foi evoluindo e amalhando saberes e criando rituais que viriam garantir um poder num outro momento, assumindo a figura de xamãs e sacerdotes.

Por volta do século V a.C., surgem os primeiros conceitos com base na ciência sobre os cuidados com os doentes, especialmente desenvolvidos pelos povos gregos, os quais admitiam e desenvolviam práticas de estudos em cadáveres. Esses conceitos foram difundidos pela escola Hipocrática, do médico Hipócrates, acima citado, marcando um período que se estendeu até meados da era cristã.

Os povos romanos também contribuíram para a minorar as condições insalubres dos centros onde havia significativa concentração populacional. Com efeito, os sítios arqueológicos do Império Romano mostram suas práticas de saneamento avançadas para a época, como a existência de banhos públicos, abastecimento de água das cidades, costume de sepultar os mortos, entre muitas outras.

Giovanini (2002) afirma que, com o advento do cristianismo, nobres e aristocratas, buscando seguir o exemplo de Cristo, acolhiam pobres e doentes em seus palácios, e deles cuidavam. Posteriormente, os doentes que não tinham recursos, passaram a buscar os mosteiros, onde eram cuidados por religiosos, mais preocupados em prepará-los para a morte do que propriamente em sua recuperação.

Após a implantação definitiva da religião cristã, as práticas de cuidar eram majoritariamente prestadas pelas organizações eclesásticas, onde o

conhecimento disponível na época era controlado no sentido de buscar a manutenção de um poder “dogmático” e espiritual das instituições, especialmente a Igreja Católica. Nessa ocasião, o imperador Constantino (307-337 d.C.) tendo já abraçado o cristianismo, promulgou o “Édito de Milão” nele incluindo a intenção de acabar com o paganismo, razão pela qual deflagrou a destruição dos templos Asclépio (relativo a Esculápio, ou deus da medicina). Também determinava que a construção de “hospitais” ocorresse na vizinhança dos mosteiros e igrejas, conforme aponta Giovanini (2002).

Na esteira dessa trajetória cronológica da ação de cuidar vão surgindo fatos que revelam o quanto o exercício da enfermagem foi evoluindo, destacando-se os documentos dessa evolução na Europa.

Segundo López (2001) a construção e expansão das ordens e congregações religiosas católicas dedicadas à prestação de cuidados, como, por exemplo, a Ordem Hospitalária de São João de Deus e a Congregação dos Enfermeiros Pobres – no período entre 1550 e 1650 – são definidos como o Período de Ouro da Enfermagem Espanhola. Alguns feitos que marcaram esse período: a composição de manuais com textos escritos para a enfermagem e os enfermeiros; o desenvolvimento das funções específicas da enfermagem, na prestação de cuidados, docência, pesquisa e administração. A transição da enfermagem dos tempos medievais para a ênfase com um modelo científico, foi marcada pelo primeiro livro escrito por e para enfermeiros, na Congregação dos Enfermeiros Pobres.

O estudo e transcrição de Simón López (*Directorio de Enfermeros - século XVII*) é considerado um marco sobre a Arte da Enfermagem, na Espanha. É o primeiro escrito que delimita conhecimentos da enfermagem e definição da profissão, estabelece ainda a relação entre o enfermeiro, o médico, o cirurgião e o boticário. Essa obra também objetiva afastar as práticas assistenciais das crenças e superstições que permeiam a Arte de Curar. Desenvolveram-se, então, os Hospitais Modernos, onde os

conhecimentos vão passar de um enfermeiro para os outros, diretamente pelos cuidadores. Seu *Directorio de Enfermeros* cita com frequência Galeno (129-199 d.C.), Hipócrates (460-380 a.C.), Sócrates (469-399 a.C.) e Avicena (985-1036 d.C.). O manual contém: enfermidades e tratamento, realização de sangrias, medicamentos e enemas, das febres, enfermidades crônicas, qualidade da água e dos alimentos.

Desde o século XVII, era destacada a importância do enfermeiro desenvolver coordenação e cooperação no trabalho com outros profissionais, numa relação de dependência (médico e cirurgião), interdependência (barbeiro) e independência (entre os enfermeiros).

Não obstante as influências Galênicas, estas são superadas, mas ainda citadas. A superação da medicina grecoárabe, pelas escolas iatromecânicas que tentam entender as doenças como reflexos do estado tensional das fibras musculares, que constituem a arquitetura dos seres vivos, seguida pelos italianos, enquanto a iatroquímica acredita que as doenças resultam da desordem por fermentação, um processo biológico no organismo, segundo François de La Boe *apud* López (2001).

Gonzalez (1833), prior do Convento Hospital da Santa Misericórdia da cidade de Puerto de Santa Maria, elaborou há quase dois séculos o livro "*La Asistencia Teorico-Practica de Los Pobres Enfermos que se acogen a La de Los Hospitales de La Sagrada Religión de H.P.S. Juan de Dios*". Ainda no século XIX, aquela instituição, marcada pelas características de hospital administrado por religiosos e destinado a atender "os pobres enfermos", preocupava-se com a assistência. Tal manual marca essa preocupação mediante a difusão de conceitos importantes sobre o cuidado, com o estudo da Moral, da Medicina, Farmácia e cirurgia. Frases contidas nesta obra (no original):

Porque és muy certo que la caridad no conoce limites.

[...] las doctrinas que contienen son muy útiles y convenientes á la formación de diestros enfermeros, y hábiles hospitalarios, que produzam una conocida ventaja en la curacion y buena asistencia de los enfermos.

Que o estudio se tenga por un de los mas esenciales para la formación de un prefecto Religioso Hospitalario de cuyo cumplimiento nos serán responsables sus RR. PP. Maestros.

Tais descrições destacam o caráter caritativo naquela instituição, nos cuidados e na busca da cura aos enfermos. Para tanto, os padres, na condição de mestres seriam os preceptores. A formação consistia em estudos diários durante a semana, com desenvolvimento de prática no último dia da semana. Os enfermeiros recebiam ensinamentos sobre noções anatômicas, fisiológicas e patológicas, instrumentais cirúrgicos, métodos de desinfecção, mensuração de pulso, pressão arterial e temperatura, medicamentos nas formas de soros, poções, chás, emulsões, purgantes, tinturas, enemas, analgesia, imobilizações de fraturas, sangrias, torniquetes e curativos

Um outro texto desse mesmo prior descreve a necessidade de capacitar e habilitar os enfermeiros na execução das prescrições; destaca também a necessidade de ser capaz de identificar acidentes imprevistos e agir com atitude séria e benéfica; mostrar atitude diante de sintomas que exigem atuação racional e circunspecta na ausência do médico (no original):

Los respetables profesores del Arte de curar, prescriben su órdenes en las visitas de los enfermos, establecen el plan de medicinas, y marcham seguros de su ejecución; ¿qué conocimientos no son necesarios para llenas esta obligation de un modo conveniente? ¿qué de accidentes imprevistos no exigen una comportacion séria y benéfica? ¿qué de síntomas nuevas no se presentan, que obligan al diestro enfermero á proceder con tino y circunspección meditada, si ha de satisfacer su cargo en ausencia del Médico, observando sus preceptos combinados con accidentes sucesivos, que unas veces deduce de su estudio y obras de su práctica á la cabecera de los enfermos.

Na era pós-monástica floresceu uma época voltada ao conhecimento respaldado pela ciência que ocorreu logo após o início da derrocada da era feudal, fora marcada pelo domínio da fé religiosa. Como o fenômeno do

Renascimento e o surgimento do Humanismo, as práticas de saúde conheceram grande evolução rumo ao trato das coisas concretas e à observação do comportamento humano e do desenvolvimento das doenças. Esse período foi também marcado pelo incremento das universidades e pela propagação do saber, especialmente com a expansão da imprensa, inventada por Gutemberg, por volta do ano de 1450.

O Renascimento, que marcou a passagem do feudalismo para o capitalismo, se processou simultaneamente com a ocorrência das migrações do campo para a cidade e com conseqüente crescimento da população. As aglomerações populacionais em centros de comércio, somados às conseqüências da revolução industrial, estimularam o trabalho fora do ambiente doméstico. Surgiram, então, os acidentes ligados à operação de máquinas motorizadas e as grandes concentrações humanas da cidade deram ensejo ao surgimento e transmissão de doenças. À luz das descobertas de Louis Pasteur (1822-1895), que provou a existência de micróbios e o conceito de contágio, os quais requereram estratégias de proteção como higiene e assepsia, o novo modelo de instituição hospitalar transformou-se num espaço de tratamento das vítimas de agravos à saúde, abandonando o modelo anterior de hospital que mais se assemelhava a local de espera da morte certa. Nesse novo ambiente o exercício da enfermagem irá atuar tão somente vinculado à figura do médico, e não mais vinculado ao império das orientações religiosas, no que dizia respeito às crenças nas origens das doenças.

O ensino formal da enfermagem na França fora muito influenciado pelo Dr. Desiré Magloire Bourneville, renomado médico, político e jornalista, o qual incentivou a fundação de várias escolas leigas de enfermagem, tendo sido diretor de uma delas. Contribuiu na elaboração de manuais, que foram amplamente utilizados em países da Europa e até mesmo no Brasil. A Escola de Salpêtrière fora de vital importância na formação da primeira escola de enfermagem no Brasil, no Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro. Bourneville e outros médicos desejavam um modelo de

enfermagem laica, isto é, exercida por moças que não eram freiras, mas que mantivessem as características da boa religiosa, como, por exemplo, subordinação, delicadeza sacra, humildade, deferência e abnegação conforme aponta Oguisso (2005).

Na Inglaterra, o ensino da enfermagem teve seu maior expoente a pessoa de Florence Nightingale. Em seu conceito, afirmava não querer criar uma nova congregação feminina, para cuidar dos doentes transformar o exercício da enfermagem em uma carreira secular para as mulheres. Para tanto fundou sua escola de enfermagem no Hospital Saint Thomas. Esse hospital também comportava a escola de medicina e, portanto, dispunha das clínicas necessárias à formação das enfermeiras.

Esses últimos acontecimentos ocorreram no período que compreende as últimas décadas do século XIX e os primórdios do século XX. Constatase, então, que foi dessa maneira que as atividades de cuidar dos doentes, aliadas ao conceito de hospital “moderno”, deixou de ser um espaço de ações apenas caritativas e sociais e transformou-se em uma instituição com profissionais bem preparados para prestar cuidados de saúde à população em geral. Estava-se entrando na era da denominada enfermagem moderna.

6 ENFERMAGEM MODERNA NO BRASIL

Machado (2002) advoga que importantes mudanças pertinentes à prática da enfermagem ocorreram na Inglaterra, em meados do século XIX; elas resultariam no desenvolvimento da conceituada “Enfermagem Moderna”, que incorporou princípios de saneamento e concretizou a institucionalização do atendimento à saúde.

Um grande nome nesse cenário é Florence Nightingale. Demonstrando especial interesse em desenvolver os cuidados aos doentes, conviveu com as diaconisas de Kaiserwerth na Alemanha, estagiou em hospitais na França e ofereceu-se como voluntária para ir à Guerra da Criméia (1853-1856).

Carrijo (2007) destaca que a enfermagem com características de profissão surgiu a partir de Florence Nightingale, reconhecida como a precursora da Enfermagem Moderna. Ela fundara a escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres, no ano de 1860, após regressar da Guerra da Criméia. Essa sua iniciativa transformou a ação dos cuidados ao doente, até então pautada pelo modelo de uma mística religiosa.

A fundação desta escola marca uma preocupação com a formação das enfermeiras com um perfil de disciplina, moral e ética. Também era marcante a preocupação em sanear o ambiente profissional. O modelo criado por Florence entendia a enfermagem como uma ciência à parte, com métodos e teorias próprias, tendo-se, em seguida, espalhado pela Europa e Américas.

A esse respeito, Moreira e Oguisso (2005) registram que, nos EUA, entre os anos de 1860 e de 1865, durante a Guerra Civil Americana, foi organizado um sistema de cuidados do doente e do ferido, com base em um curso de treinamento por médicos e cirurgiões de Nova York.

No ano de 1862, portanto durante aquela guerra, eram construídos hospitais enormes adaptados de antigos hospitais, igrejas, fábricas e até barcos, como navio hospital. Como era natural, essas instituições demandavam muitas enfermeiras; entretanto, pequeno número delas estava treinado, conforme também registram Moreira e Oguisso (2005).

Especificamente em relação ao Brasil, a enfermagem em suas origens se desenvolveu, como é fácil supor, motivada pela caridade e solidariedade humana, com base no senso comum e tradições de cuidar. Isso ocorreu até fins do século XIX. Nesse período, o cuidado era desenvolvido quase sempre no próprio domicílio, não obstante a existência de instituições como as Santas Casas de Misericórdia que marcaram presença desde 1543.

Por volta de 1850, na cidade do Rio de Janeiro, foi criada a Junta de Higiene Pública, então responsável pelo controle do exercício profissional de médicos, cirurgiões, boticários, dentistas e parteiras. Esse colegiado representava o início do controle do exercício das profissões da área da saúde objetivando eliminar o charlatanismo, segundo resgatam Moreira e Oguisso (2005).

A criação oficial da primeira escola de enfermagem no Brasil, ocorre no ano de 1890. Essa data é o marco institucional da separação entre o convencional período pré-profissional e profissional, a partir de então. Tal processo se dá com o Decreto n. 791/ 1890.

Nesse mesmo período, a medicina também sofrera modificações em seu modo de atuar e concentrou suas atividades dentro das instituições hospitalares. Ao identificar a necessidade de controle e cuidados sobre o doente a fim de melhor combater as doenças, o médico passou a buscar um profissional que o auxiliasse e seguisse suas instruções, sem a contumaz resistência dos cuidadores ligados às ordens religiosas.

A pesquisa de Moreira (2003) assegura que a origem da profissionalização da enfermagem no Brasil foi a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, inaugurada em 1890, junto ao Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro. Ressalta a autora, entretanto, que aquela instituição não se norteava pela formação preconizada por Florence, mas pelo modelo francês de ensino, pautado em manuais elaborados por médicos, que atuavam como professores e preparavam enfermeiros para trabalhar nos hospícios e hospitais.

Os estudos de Carrijo (2007) apontam o fato de Florence ter fundado sua escola dentro de um hospital. Isso significou o ponto de partida de um modelo que, devido à exigência de um perfil das candidatas a enfermeiras, foi difundido como sendo o “modelo Nightingaleano”. Tal sistema se espalharia pelo mundo a partir de então. Em meados de 1894, chega ao Brasil com as enfermeiras contratadas para trabalhar no Hospital Samaritano em São Paulo.

Oguisso (2005), por seu lado, acrescenta que, apesar de funcionar segundo os rígidos moldes da escola Nightingaleana, a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano se manteve à margem da história da enfermagem brasileira, apesar de ser considerado o marco pioneiro. Tal fato pode ser explicado sob a ótica de que essa escola era uma instituição vinculada a um hospital particular, sem orientação católica, num período histórico em que ainda havia a união da Igreja com o Estado e também por se localizar em São Paulo e não na capital da República, então localizada no Rio de Janeiro.

Nessa trajetória da enfermagem moderna, Moreira e Oguisso (2005) relatam que o desenvolvimento da profissão está historicamente vinculado às guerras expansionistas européias e às guerras mundiais do século XX. Esses conflitos levaram os governos ao recrutamento de enfermeiros para servirem nas frentes de combate.

No curso de tantas guerras, surge, um pouco antes do século XX uma proposta idealizada na mente do suíço Henry Dunant (1828-1910). Sua participação voluntária na Batalha de Solferino (1859), esse cidadão testemunhou o sofrimento dos feridos. Motivado por fortes princípios humanitários de valor universal, ao final da batalha, buscou organizar um corpo de enfermeiros voluntários, entre militares e civis. Em 1864, então, foi fundada a Cruz Vermelha Internacional, mediante a Convenção de Genebra. O símbolo adotado foi a bandeira com uma cruz vermelha sobre um fundo branco (inverso da bandeira suíça).

Várias décadas depois, mais precisamente em dezembro de 1908, civis e militares, políticos e damas da sociedade brasileira, se reuniram para discutir e aprovar o Estatuto da Sociedade da Cruz Vermelha e composição da primeira diretoria. Era a Cruz Vermelha sendo implantada no Brasil.

Em 1914, logo no início da I Guerra Mundial, algumas damas da sociedade criaram uma comissão chamada Damas da Cruz Vermelha do Brasil, com a finalidade de prestar assistência a feridos e doentes em tempos de guerra ou em épocas de calamidade nacional. Tal grupo ensejou a formação do curso de enfermeiras profissionais, tendo como paradigma valores como: dignidade, idoneidade, devoção, instrução, capacidade de assistir com carinho e ciência.

Porto e Amorim (2007) recordam que naquele tempo, relatórios da Fundação Rockefeller registraram a carência de enfermeiros no Brasil. Foi então organizada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira que só aceitava alunas do sexo feminino.

Entre 1914 e 1916, o Brasil se absteve de entrar na Guerra. Em 1917, porém, o governo anuncia sua participação no conflito internacional, um ano depois de iniciar a formação de enfermeiras. A epidemia da Gripe Espanhola (1918) também foi importante motivador da estruturação da Cruz Vermelha Brasileira.

A título de curiosidade, é oportuno saber o que Porto e Amorim (2007), acima citados, registram. Dizem eles que no Livro do Enfermeiro e da Enfermeira, de autoria de Getúlio dos Santos, é destaca a preferência pelas mulheres para o exercício da enfermagem. Essa preferência se explica porque eram mais sinceras em suas aspirações, mais constantes e comedidas em suas atribuições, de modo a não afetar os interesses do poder médico. Já os homens seriam indicados aos hospitais militares e hospícios, onde a força física é fator relevante.

Como parte dos apontamentos sobre a enfermagem moderna no Brasil, é importante, que sejam também incluídas algumas informações sobre o advento e a atuação das organizações que representam os profissionais da enfermagem brasileira. Cronologicamente, temos a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), criada em 1926, com o nome “Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras”. Em 1954 mudou para Associação Brasileira de Enfermagem. Posteriormente foram criados os Conselhos de Fiscalização e Entidades de reivindicação (sindicatos e associações profissionais). Essas organizações tiveram papel importante na regulamentação da profissão. Assim, cumpre destacar que a organização de ordenamento jurídico referente à profissão veio respaldar e regulamentar seu desenvolvimento, em consonância com uma crescente preocupação com questões relativas ao exercício profissional ético e legal, o qual deveria balizar um atuar seguro e observante em relação às novas demandas sociais.

A Lei n. 5.905, de 12 de julho de 1973, dispôs sobre a criação dos Conselhos Federal de Enfermagem (COFEN) e Regional de Enfermagem (COREN) e deu outras providências. Seu art. 2º determina que esses conselhos são responsáveis por disciplinar o exercício da enfermagem; e seu art. 15 descreve a competência dos Conselhos Regionais, que é disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal.

A Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, dispôs sobre a regulamentação da Enfermagem, enquanto que o Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987, dispôs sobre o exercício da Enfermagem e deu outras providências.

Recentemente a Resolução COFEN n. 311/ 2007 aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que entrou em vigor em 12 de maio de 2007. Pelo seu art. 1º, ficou aprovado o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem para aplicado na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

A partir da década de 1970/ 1980, a enfermagem delimita áreas de atuação, e cria oportunidades para que o profissional enfermeiro se especialize em determinada área de atuação. Uma dessas especialidades é o atendimento pré-hospitalar que surge como um importante ramo da enfermagem. Indiscutivelmente, marca seu espaço e contribui para a melhoria da arte de cuidar, levando à redução dos índices da morbimortalidade. Este é o objeto do próximo capítulo onde será discutido o desenvolvimento do APH e o papel do enfermeiro nessa importante área.

7 ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR COMO MODALIDADE DO CUIDAR

O vocábulo *conceituar* significa criar, desenvolver e enunciar um conceito acerca de um fato, de uma idéia, de um objeto. Nesse entendimento, o conceito atual de APH é relativamente novo. Podemos destacar, todavia, que de uma maneira ou de outra, esse modo de cuidar do doente sempre existiu nas sociedades, independentemente de ser conceituado. Remontando a história dos cuidados à saúde, - como esboçado em páginas anteriores - encontramos que, em seus primórdios, esse tipo de assistência era prestada em templos religiosos, nos lares dos doentes providos de maiores recursos econômicos, em campos de batalhas, como também nos mais variados ambientes e situações.

Por outro lado, os doutrinadores do Direito habitualmente invocam um axioma jurídico segundo o qual aquilo que não está descrito na lei não está no mundo, ou seja, aquilo que não está definido, não existe. Com base neste entendimento jurídico, teríamos então que o APH é uma ficção. Pergunta-se: antes do surgimento do conceito de atendimento pré-hospitalar não teria existido tal modalidade de assistência? É evidente que se trata de uma impropriedade querer aplicar tal axioma à realidade do APH. A ocorrência do atendimento fora dos limites hospitalares, sucintamente apresentada neste estudo, remonta às primeiras formas de organização das sociedades; ele existe e sempre existiu. Tal modelo assistencial não é uma novidade. Novidade é tão-somente a sua conceituação doutrinária; a constituição de um “corpo doutrinário”; isso é recente.

Pois bem. O surgimento do conceito “atendimento pré-hospitalar” nos padrões atuais é relativamente novo. Embora seja possível resgatar na história inúmeras contribuições, é destacado o papel do barão Dominick Jean Larrey que, em finais do século XVIII, como cirurgião-chefe militar das tropas de Napoleão, identificou e destacou a necessidade de um pronto atendimento pré-hospitalar. Ele desenvolvera uma “ambulância voadora”,

puxada a cavalo, que buscava retirar rapidamente homens feridos do campo de batalha, para promover um atendimento rápido. Nessas “ambulâncias” trabalhavam homens com treinamento em cuidados médicos, com vistas a garantir ao paciente atendimento e transporte adequados. Merece também atenção a figura do Dr. J. D. “Deke” Farrington, reconhecido como o pai do Serviço Médico de Emergência (SME). Ele estimulou o desenvolvimento e a melhoria do APH e marcou sua atividade profissional como precursor, pelo fato de ter, primeiramente, escrito sobre protocolos de atendimento pré-hospitalar, e ainda ter feito listas de equipamentos essenciais para ambulâncias, estabelecido os padrões de transporte das vítimas e assim como elaborado o primeiro programa de treinamento de socorristas. Ao lado desses dois, está o doutor Robert Kennedy, autor do livro *Atendimento Precoce do Enfermo e Paciente Traumatizado* (NAEMT, 2007).

Farrington e seu colega doutor Sam Banks ofereceram o primeiro curso de atendimento pré-hospitalar no Departamento do Corpo de Bombeiros da cidade de Chicago, em 1957.

Atualmente existem cursos inúmeros de atualização e capacitação os quais instituem protocolos para atendimento em situações de emergências ou urgências, tais como: o *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS), o *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), o *Basic Life Support* (BLS), o *Pediatric Advanced Life Support* (PALS), o *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS), o *Trauma Life Support for Nurses* (TLSN), entre outros. Todos esses cursos, realizados em ritmo intenso, buscam promover uma atualização em suporte de vida nas distintas modalidades e especialidades de atendimento. Procuram estabelecer conceitos e desenvolver práticas em condições simuladas, mas que sejam seguras para os alunos e preceptores.

O modelo francês desenvolve práticas centralizando o atendimento na atuação do médico; ao passo que o modelo americano envolve os profissionais médicos, paramédicos e técnicos de atendimento básico (NAEMT, 2007). Cabe frisar que, no Brasil, não existe a figura

regulamentada do paramédico, ou melhor, não existe o paramédico. Dessa forma, a assistência em ambiente pré-hospitalar é reservada exclusivamente aos profissionais da equipe de enfermagem, médica e de bombeiros, capacitados em cursos específicos, como os mencionados anteriormente.

O atendimento pré-hospitalar móvel, em sua evolução ao longo dos tempos, serviu-se de diferentes recursos para transportar os pacientes. Se nos primórdios utilizavam-se carroças, com o passar do tempo o meio de transporte evoluiu para trens, barcos, balões, aeronaves e ambulâncias especialmente projetadas para tal finalidade.

Gentil (1997) narra que o desenvolvimento das aeronaves, as guerras e as remoções aeromédicas estão intimamente relacionadas, entre si. Isso porque nos idos de 1870, os soldados e civis feridos eram transportados em balões, naturalmente sem muitos recursos, a fim de receber cuidados médicos. É possível identificar uma majoritária motivação bélica de estímulo ao desenvolvimento do atendimento pré-hospitalar em nações anglo-saxônicas, ao passo que no Brasil, nos parece decorrer de contingências de políticas de saúde pública.

Nessa seqüência, então, da evolução dos serviços de remoção aeromédica incentivou a exigência de enfermeiros qualificados e especializados em atender e remover pacientes de alto risco; eram os denominados Enfermeiros de Bordo. Tal demanda se deveu à necessidade de atender todo o território brasileiro, dadas as suas grandes dimensões, em busca de melhores recursos diagnósticos e terapêuticos. Thomaz *et al* (1998) registraram que o desenvolvimento de serviços privados de remoção aeromédica no território brasileiro ocorreu somente na década de 1990.

É fácil constatar os resultados positivos de toda essa evolução e iniciativas. Malvestio (2000) assegura que com os esforços e manobras desenvolvidos no APH, ocorre uma melhora no estado clínico das vítimas, a ponto de modificar o seu perfil quando chegam aos setores de emergência

dos hospitais. Com efeito, antes do desenvolvimento do APH, os óbitos ocorriam na cena do acidente. Nos tempos atuais, as vítimas em geral chegam aos hospitais, ainda que em situação extrema, com sérios agravos e cerca de 60% desses pacientes evoluem para óbito nas primeiras 24 horas após o trauma, apesar dos esforços pré e intra-hospitalar.

Roudsari *et als* (2007) também afirmam que apesar do desenvolvimento das cidades, tem ocorrido um decréscimo da mortalidade decorrente do trauma em décadas recentes, o que se atribui à combinação de prevenção de acidentes e prestação de cuidados em ambiente pré-hospitalar.

O atendimento pré-hospitalar envolve importantes fatores que dão maior segurança e garantia de sobrevivência, como, por exemplo, o atendimento precoce e qualificado e o encaminhamento rápido e seguro para centros de tratamento definitivo. Dentre os principais fatores, ainda deve-se destacar a segurança da cena e da equipe de atendimento e a denominada “*golden hour*” (hora de ouro). A hora de ouro significa que a vítima precisa estar no centro hospitalar para tratamento definitivo dentro da primeira hora após o evento, levando-se em conta que ela já tenha recebido os primeiros cuidados nos primeiros dez minutos após o acidente. Outra condição importante para garantir a eficácia do APH: a remoção da vítima deve ser feita com recursos adequados dentro de uma estabilidade hemodinâmica, em um atendimento por unidade de suporte básico ou avançado, segundo sua gravidade.

As motivações sociais são determinantes da instituição de novas políticas e serviços, com vistas a atender as demandas epidemiológicas. Tais necessidades eram muitas vezes identificadas por profissionais médicos com formação nas “Escolas Européias”, e habituados com tais padrões.

No próximo capítulo do presente estudo serão discutidas as influências, dos modelos norte-americano e francês de atendimento pré-hospitalar no Brasil. Nesse contexto, será apresentada, a partir do Império, a importância da trajetória histórica e da legislação, na questão estudada.

8 POLITICAS PÚBLICAS PARA REGULAMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

8.1 PRELIMINARES HISTÓRICAS

Ao retroceder no tempo, identificamos serviços pioneiros de APH no Brasil datando de fins do século XIX. Martins e Prado (2003) resgataram que, em 1893, o Senado da República aprovou lei que estabelecia a presença de socorro médico em urgência em via pública, na capital do país, então Rio de Janeiro.

Azevedo (2002) relata que, no Estado de São Paulo, o Decreto n. 395/ 1893 estabeleceu a responsabilidade do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado para atender as emergências. A partir de 1910, com o Decreto n. 1392, tornou-se obrigatória a presença de profissionais médicos em acidentes e incêndios.

Bem mais tarde, o Presidente Eurico Gaspar Dutra, pelo Decreto n. 27.664, de 30 de dezembro de 1949, instituiu o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social, sob a denominação de Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho. Esse serviço não tinha vinculação com o Corpo de Bombeiros ou qualquer outra instituição militar. Na cidade de São Paulo era um órgão ligado à Secretaria Municipal de Higiene, e prestava assistência médica a distância, com o médico indo à residência do doente. O Decreto Lei 72, de 21 de novembro de 1966, extinguiu o SAMDU, com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões que originou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1976 o governo do Estado de São Paulo criou a Companhia de Desenvolvimento Rodoviário S/ A, conhecida pela sigla DERSA. Esse órgão do governo desenvolveu nas rodovias de sua jurisdição um serviço de Atendimento de Primeiros Socorros, com ambulância e profissionais de nível médio, com controle médico a distância.

Ramos e Sanna (2005) recordam que a atividade de atendimento pré-hospitalar no Brasil sempre foi muito diversificada e acentua que vários Estados, ao longo dos anos, desenvolveram um sistema de atendimento às urgências e emergências de caráter público ou privado.

No decorrer das décadas de 1980 e 1990, surgem diversos serviços de atendimento pré-hospitalar em inúmeras cidades brasileiras: Curitiba, Porto Alegre, Araraquara, Campinas, Ribeirão Preto, São Paulo e Vale do Ribeira. Essa multiplicação de serviços, entretanto, não tinha modo de atuação padronizado, razão pela qual em São Paulo de um modo especial ensejou a multiplicação de nomenclaturas e siglas e a conseqüente confusão sobre seus significados. Surgiram então o APH-192, o SAMU-193 e o SAMU-192, respectivamente.

Quanto ao SAMU-193, Lopes e Fernandes (1999) informam que ele foi idealizado em 1988 dentro do Projeto Resgate ou Serviço de Atendimento Médico de Urgências, idealizado para funcionar como parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) e a de Segurança Pública (SSP-SP). O projeto foi liderado por um capitão militar médico. Esse serviço, de acordo com esses autores, busca reproduzir um sistema semelhante ao modelo do SAMU francês, apesar das influências norte-americanas, especialmente na formação dos profissionais e protocolos de atendimento, guardadas as adaptações à realidade local.

Em fevereiro de 1990 teve início o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU-193), a partir de uma resolução conjunta entre a SES-SP e a SSP-SP, para que o Corpo de Bombeiros, o Grupamento de Rádio

Patrulhamento Aéreo (GRPAe) e o Serviço de Saúde no campo de emergência, trabalhassem em conjunto.

Thomaz e Lima (2000) apontam que a atividade do enfermeiro, voltada para a assistência direta no atendimento pré-hospitalar no Brasil, desenvolveu-se a partir da década de 90, com o início das unidades de suporte avançado.

Somente em 1994 o Sistema Resgate foi instituído legalmente através de Decreto n. 38.432. O SAMU-193 está sediado no município de São Paulo. Todavia, quando surgem ocorrências fora dos limites municipais podem fazer-se necessários deslocamentos intermunicipais. Mesmo porque é escassa dada à escassa a disponibilidade de recursos para o atendimento de situações especiais caracterizadoras de emergências, urgências, catástrofes e/ ou desastres, bem como a necessidade de equipes providas de habilidades e formações especializadas.

A equipe do SAMU-193 compõe-se de um quadro de enfermeiros e médicos, escalados como plantonistas, fixos a cada dia da semana. Os enfermeiros realizam plantões de 24 horas, com início às 7h30 até o dia seguinte, no mesmo horário. Os médicos, conforme seu tipo de contrato desempenham sua jornada semanal de 24 horas, iniciando às 7h00 ou às 19h00, também num dia fixo da escala.

Inicialmente apenas dois quartéis de Corpo de Bombeiros serviam de base e abrigavam Unidades de Suporte Avançado (USA). A região metropolitana é dividida por área de cobertura do Grupamento de Bombeiros (GB), e as USAs foram sediadas nos quartéis do Cambuci (1º GB) e da Casa Verde (2º GB); posteriormente foram incorporados os quartéis de Itaquera (3º GB) e do Butantã (4º GB).

Os enfermeiros alternam o plantão semanal entre os quartéis Cambuci-Itaquera ou entre Butantã-Casa Verde, segundo uma escala fixa.

Os médicos, por sua vez, se alternam entre os quatro quartéis, mais o Grupamento de Rádio Patrulhamento Aéreo (onde tripulam o helicóptero Águia, da Polícia Militar do Estado de São Paulo, sediado na base aérea do Campo de Marte), e também o Comando de Operações dos Bombeiros (COBOM), sediado na Praça da Sé, onde exercem o papel de médico regulador das ocorrências e atendimentos.

Gentil (1997) informa que os serviços de remoção aeromédica no Brasil estão majoritariamente ligados aos serviços militares, como a Força Aérea Brasileira (FAB) e a Polícia Militar do Estado de São Paulo em caráter gratuito e humanitário. Pode tratar-se de operações de resgate e salvamento, ou de atendimento em situações de remoções secundárias.

Em vista da dinâmica operacional dos plantões, cada enfermeiro tem oportunidade de trabalhar com, pelo menos, quatro médicos diferentes, em cada dia da semana. Cabe ressaltar que ocorrem eventuais trocas de plantões entre os profissionais, bem como cobertura de férias e licenças, o que enseja a oportunidade de se trabalhar com plantonistas de outros dias da semana. É, pois, uma vivência enriquecedora para o enfermeiro.

Os enfermeiros do SAMU-193 são profissionais com significativa experiência em outros serviços, como por exemplo, em hospitais, no APH e em Instituições de ensino superior. Cumpre destacar que a atuação em dois ou mais desses serviços constitui um padrão normal e majoritário entre os membros da equipe.

Malvestio (2000) descreve que, em 1991, no município de São Paulo, se procedeu a uma reestruturação do serviço chamado “Sistema-192”, projeto já iniciado no final dos anos 70 como “Projeto 192”, sem, contudo, grande sucesso na ocasião.

A partir desse período, continua Malvestio (2000), houve o treinamento de técnicos de São Paulo junto ao *Metropolitan Toronto*

Ambulance, no Canadá, iniciativa essa que se multiplicou posteriormente. Desde 1992, o Sistema-192 passou a operar com ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV) em toda cidade de São Paulo; em dezembro de 1997 também com ambulâncias de Suporte Avançado de Vida (SAV), tripulada por enfermeiros e médicos.

As ambulâncias de SAV do Sistema-192 estavam sediadas em Postos de Atendimento ao Trânsito (PAT), ao longo das vias marginais de São Paulo, em bases operacionais da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET). Essa estratégia conferia rapidez e eficiência no atendimento das ocorrências. Estas viaturas eram acionadas tanto pela CET quanto pela central do Sistema-192.

A partir de 2003, a cidade de São Paulo passou a contar com dois serviços com siglas homógrafas, ou seja, SAMU-192 e SAMU-193. A primeira significa o Serviço de Atendimento *Móvel* de Urgência, ligado à Prefeitura Municipal e gerenciado por ela. Já o SAMU-193 significa Serviço de Atendimento *Médico* de Urgência, vinculado à administração da Secretaria de Estado da Saúde-SP. Tal identidade de siglas gera confusões e dúvidas junto à população em geral. O conhecimento popular entende o SAMU-192 como SAMU (das viaturas brancas) e o serviço SAMU-193, como Resgate, ligado ao Corpo de Bombeiros (das viaturas vermelhas). Essa situação deixou confusa grande parte da população, o que persiste ainda nos dias atuais.

Na hora da necessidade, acionar o SAMU-192 ou SAMU-193? A população é acometida por dúvidas ou não sabe que o SAMU-192 é acionado via telefone pelo número 192, não sabe que a Central de Comunicações (CECOM) recebe a chamada e despacha a viatura disponível mais próxima. Não sabe também que se usar o 193, chama o Resgate, via COBOM, que, do mesmo modo irá disponibilizar o recurso adequado que esteja mais próximo da vítima.

Diário Oficial do Estado (DOE), no dia 29 de dezembro de 2006, publicou o Decreto Estadual n. 51.435, que criou a Centro de Acompanhamento Médico de Urgência (CAMU), e institucionalizou o SAMU–193, incluindo-o no organograma da Secretaria de Estado da Saúde, o qual passou a ser denominado Grupo de Resgate e Atendimento de Urgência (GRAU) e mantendo as atribuições anteriores e os mesmos e os moldes de funcionamento Surge, então, o GRAU–193.

Atualmente, assim é a atuação integrada ao Corpo de Bombeiros, no serviço Resgate–GRAU 193: contam com viaturas operacionais com as seguintes denominações: Moto Operacional de Bombeiro (MOB), sempre uma dupla de bombeiros em motocicletas; Unidade de Resgate (UR) tripuladas por três bombeiros; Unidades de Suporte Avançado (USA) tripuladas por bombeiro, enfermeiro e médico. Além disso, uma nova modalidade de suporte tem sido estruturada, denominada de suporte intermediário; são viaturas tripuladas por enfermeiros e bombeiros, as quais, em situações de iminente risco contra a vida da vítima, o enfermeiro, em comunicação constante com o médico regulador no COBOM, realiza procedimentos de maior complexidade.

Existe ainda a proposta de veículo de APH móvel em desenvolvimento, denominado Viatura de Intervenção Rápida (VIR), que busca agilizar o deslocamento das equipes de suporte avançado/intermediário, e desse modo, melhorar o tempo de resposta às ocorrências. A proposta de "veículo rápido" – tipo utilitário – com dimensões menores para deslocamento rápido e seguro em centros urbanos, com freqüentes problemas de vias congestionadas. Essa viatura não dispõe de condições para transportar vítimas, e uma viatura de apoio, fará o transporte da vítima, acompanhado ou não da equipe da viatura rápida. Ao chegar ao hospital de destino, não ocorre uma restrição da equipe de suporte avançado/intermediário em função de retenção de equipamentos/ materiais.

Na descrição de Fonseca (2007), os serviços de APH contam com viaturas de suporte básico de vida e suporte avançado de vida, para o atendimento pré-hospitalar móvel. Em alguns desses serviços estão em operação as denominadas viaturas de suporte intermediário, tripuladas por enfermeiro e bombeiro/ motorista. Esta última modalidade surgiu da deficiência de profissionais médicos no quadro dos serviços GRAU–Resgate e SAMU–192. O *modus operandi* dessa viatura ainda não conta com regulamentação própria, sendo sua atuação respaldada em protocolos institucionais, submetidos ao conhecimento do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e Conselho Regional de Medicina (CRM).

Atualmente existem viaturas do serviço SAMU–192 sediadas em bases operacionais do Corpo de Bombeiros. Essa estratégia proporciona uma integração de recursos humanos e materiais, o que otimiza a utilização das viaturas, evitando duplos acionamentos. É o caminho, enfim, para unificar os serviços que atuam de modo complementar no atendimento de emergências e urgências, tal qual acontece nos Estados Unidos, onde o número 911 centraliza qualquer tipo de emergência. Com vistas à redução da morbi-mortalidade e do tempo de internação hospitalar, a Política Nacional de Atenção às Urgências tem na figura do SAMU–192 seu principal componente em nível nacional. Sua abrangência se estende aos serviços de urgências de natureza clínica, traumática, pediátrica, ginecológica e obstétrica e psiquiátrica.

As constantes e céleres mudanças aliadas ao desenvolvimento tecnológico, ensejaram a regulamentação desses serviços e o estabelecimento de protocolos, harmonizadores de condutas em condições quase sempre incompatíveis com as condições ideais. A escassez de recursos tecnológicos diante de uma demanda por vezes superiores à disponibilidade também requer uma diretriz de atuação e determinação de prioridades.

São patentes as enormes dimensões geográficas da cidade de São Paulo, com seu contingente populacional. Por outro lado, são limitados os recursos de SAV, seja do GRAU–Resgate 193, seja do SAMU–192, diante dos alarmantes números de agravos à saúde, que demandam este atendimento. Por essas razões mister se faz, como sugere Malvestio (2000), um planejamento para a distribuição estratégica destes recursos, de modo a racionalizar o atendimento aos casos de relevante gravidade; e não só; mas também ampliar as atribuições das equipes de SBV, sob supervisão de enfermagem e médica, para que iniciem medidas enquanto o SAV se desloca para o apoio.

Podemos terminar estas preliminares históricas com uma referência à Constituição Federal de 1988. No Brasil, a CF (1988) garante formalmente o direito universal à saúde, declarando ser um direito do povo e dever do Estado, a ser implementado por políticas sociais e econômicas (art. 196), a ser organizada pelo Sistema Único de Saúde–SUS (art. 200).

8.2 REQUISITOS ATUAIS PARA APH

Este é o pano de fundo que, indubitavelmente, respalda as ações do APH em termos de atendimento aos direitos do cidadão. A contrapartida são os deveres que devem fazer parte desses serviços.

Segundo Dantas e Seixas (1998) o termo pré-hospitalar se refere às ações desenvolvidas antes da chegada ao ambiente hospitalar. A qualidade do atendimento varia segundo as habilidades dos profissionais e recursos envolvidos no atendimento; do mesmo modo, varia conforme as condições de comunicação com a central de regulação e treinamentos específicos, que irão se somar às condições ambientais hostis, presença de leigos e humor da equipe. As políticas de incentivo à aquisição de unidades móveis,

equipamentos específicos vêm garantindo maior qualidade de assistência nessa modalidade de serviço.

As atividades de atenção pré-hospitalar são compreendem: prevenção e conscientização da comunidade, acionamento rápido das equipes de suporte básico ou avançado e o socorro médico. Cerca de 80% das mortes em ambiente pré-hospitalar ocorrem sem a presença do médico, sendo que a não-identificação de sinais e sintomas de gravidade são muitas vezes responsáveis por tal situação.

Requisito de vital importância é o atendimento que envolve uma unidade móvel de terapia intensiva. Implantadas na década de 1960, as primeiras Unidades de Terapia Intensiva móveis, sofreram resistência por parte dos médicos. Achavam eles que, em princípio, não era prudente e seguro o atendimento no ambiente pré-hospitalar. Tal resistência foi superada com a instituição de unidades móveis terrestres e aéreas, de modo a oferecer primeiros socorros básicos e avançados precocemente, em busca da preservação e restauração da saúde, como testemunham Dantas e Seixas (1988).

Os agravos à saúde podem exigir o atendimento pré-hospitalar, o qual muitas vezes é permeado por situações que apresentam desafios ético-legais à equipe.

9 SITUAÇÕES QUE REQUEREM O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E OS DESAFIOS ÉTICO-LEGAIS

O APH atende 24 horas diárias nas distintas ocorrências, acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, agressões, etc. Dentre todas essas situações de atendimentos, algumas apresentam desafios ético-legais aos profissionais envolvidos no atendimento.

Segre, Grinberg e Accorsi (2007) apontam que os dilemas éticos surgem geralmente em situações onde há conflitos entre princípios ou valores, mas podem ser resolvidos de maneiras diversas, a partir de pesquisas e discussões sobre o tema. Entretanto nas situações de emergência quase nunca se dispõe do tempo a estas condutas.

Fortes (1998) a ética é a reflexão crítica sobre o comportamento humano, que interpreta, discute, problematiza e investiga os valores, princípios e o comportamento moral à procura do bem-estar na vida em sociedade, como justificativa do que “deve ser feito”. Ela busca razões para fazer ou deixar de fazer algo, segundo as motivações, idéias e objetivos.

Além da ética, continua esse autor, a regulação do convívio social também se dá por força das normas jurídicas. Essas normas apesar de eventualmente tratar de ética, possuem diferenças em relação ao comportamento ético-moral. As normas do comportamento ético exigem uma convicção pessoal dos indivíduos que a assumem de modo livre e consciente, ao passo que o direito não requer convicção pessoal, mas apenas impõe uma norma, por força da coerção estatal. A situação abaixo descrita por Fortes (1988), apresenta clara distinção entre as normas jurídicas e a motivação ética, que, no caso exposto abaixo não deixa dúvidas:

Em um grave acidente na rodovia Régis Bittencourt que envolveu um ônibus de passageiros e um caminhão, chegam ao pronto-socorro do hospital de uma pequena cidade às margens da rodovia, três vítimas em grave perigo contra a vida. A primeira, masculina, 47 anos, motorista do caminhão, com sinais clínicos de cirrose hepática, a segunda, uma jovem de 14 anos, e a terceira, um idoso, 76 anos, ambos com o mesmo nível de gravidade, os quais necessitam de aparelho de respiração artificial, mas existe apenas um aparelho na unidade. Quem terá a prioridade no uso do aparelho? Nesta situação, os profissionais da saúde estão diante de dilema ético e não legal, onde sua decisão estará balizada em valores e princípios éticos. Quando necessária se faz tal forma de assistência, a qual requer a tecnologia complexa e custosa.

A situação acima exposta irá representar um conflito ou um dilema ético e legal? Até onde a equipe de saúde tem capacidade e poder de intervenção com vistas a implementar o bem-estar coletivo? A equipe irá respeitar princípios legais como a igualdade de tratamento, livre de qualquer discriminação? Será garantida a assistência como bem universal e gratuito? Estamos então diante de uma situação limite!

Para Fortes (1998), a tomada de decisão ética tem duas correntes: a Teleológica e a Deontológica. Na Teleológica ou ética das conseqüências ou dos resultados, o ato é avaliado eticamente pelos resultados da ação, a partir de um paradigma na busca do maior bem-estar ao maior número de pessoas (decisão com mais benefícios); a corrente Deontológica, ou ética das intenções ou deveres que buscam nas ações racionais, derivadas de princípios universais que devem ser aplicadas em todo o tempo e lugar, obedecendo a um imperativo categórico; ou seja, não admite exceções, e “trata cada individuo sempre como um fim em si mesmo, não somente como um meio”.

Zoboli (2006) destaca:

Para a ética do cuidado, o problema ético não se origina do confronto entre direitos rivais, mas de um conflito de responsabilidades, o que requer um modo de pensar contextual e narrativo, em vez do formal e abstrato, que é mais usual [...]

os envolvidos nos conflitos não são vistos como adversários numa disputa por direitos, mas como interdependentes de uma rede de

relacionamentos de cuja continuidade depende a manutenção da vida de todos [...]

Dessa maneira, o juízo ético não pode ter por base apenas regras, mas ser nutrido por uma vida vivida de forma suficientemente intensa para criar simpatia por tudo que é humano.

Para Sandman e Nordmark (2006), os conflitos éticos são enfrentados por todos os prestadores de cuidados; no ambiente pré-hospitalar isso não é exceção à regra. Fatores como a distância dos recursos demandados, falta de informações sobre cuidados médicos, demora em solicitar ajuda, chegada em cenários de crimes, falta de espaço para a equipe trabalhar, são alguns dos precipitantes destes conflitos. Essas situações colocam a equipe de atendimento pré-hospitalar em face de difíceis prioridades, diante de conflito de valores legítimos e normas.

Lloret *et al* (2002) reconheceu as emergências como um marco na medicina, tendo em vista o crescente número de equipamentos, drogas e competências para o atendimento. Profissionais cada vez mais qualificados e técnicas de diagnóstico e tratamento têm modificado rapidamente os conceitos de assistência médica de urgência, diante de aspectos ético-legais como as lesões (podem ensejar questões judiciais), a história clínica e o resumo de alta (os quais documentarão o diagnóstico e os cuidados dispensados), o consentimento (a eleição das opções terapêuticas deve ser garantida ao paciente e/ ou seu representante legal) e a responsabilidade profissional (ao atuar em condições de tempo escasso e indicar/ promover o transporte).

Grudzen (2006), por sua vez, lembra que, o papel tradicional do médico é preservar a vida, o que enseja dilemas quando tem que ponderar entre os princípios da beneficência e da não-maleficência. Procedimentos como a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) podem caracterizar os denominados esforços fúteis. Devemos entender como esforços fúteis, aqueles prestados com uma ausência de benefícios, sem considerar os malefícios da ressuscitação. A vítima sofre desconfortos físicos, perde sua dignidade, a esperança, e prolonga o sofrimento com uma inaceitável

qualidade de vida. Entretanto, alguns médicos concordam com a RCP por medo de litigâncias/ processos. Devem considerar a possibilidade de causar danos e sofrer processos por atos negligentes, sem esquecer as omissões. Uma recomendação do suporte avançada de vida em cardiologia, sugere interromper a RCP no atendimento pré-hospitalar quando o algoritmo é seguido sem sucesso, com a justificativa de ser mais difícil comprovar a falha/ falta de capacidade num ambiente hospitalar. Apesar dessa recomendação, continuam as manobras, temendo acusações de negligência.

A caracterização dos dilemas éticos se dá em circunstâncias nas quais o profissional se vê forçado a tomar decisões entre diferentes alternativas de ação. Assim, o compromisso e a responsabilidade exigem dele uma conduta imparcial na busca de uma solução do dilema. Diante destas situações a possibilidade de sentir, pensar, dialogar, discutir, argumentar e avaliar a decisão são importantes para a melhor solução do dilema, conforme recomendou Freitas e Fernandes (2006). Não obstante a validade de tais considerações, a atuação em APH quase sempre não dispõe do recurso tempo para tanto, fato que restringe significativamente essa possibilidade.

Jones e Jones (2007) descrevem a realidade experimentada pelos profissionais em território britânico, onde existem as denominadas diretrizes avançadas. Essas diretrizes são as escolhas que o indivíduo manifesta, seja na forma verbal, seja na forma escrita. Essas manifestações versam sobre a aceitação ou não de tratamentos futuros, caso venha a perder a capacidade de discernimento e a decisão precisa ser tomada. Essas diretrizes também podem dispor sobre as condições em que serão válidas ou definir de modo genérico, tendo vigência por vinte anos ou mais. Para garantir sua validade, requer capacidade mental da pessoa ao tempo de sua manifestação. Em situações omissas ou pouco claras, algum familiar ou amigo já apontado como tal, pode ser chamado a opinar sobre a possível preferência da vítima em determinada situação, tendo tal opinião valor legal. Para os profissionais

da enfermagem, segundo o Código de Conduta Profissional do Conselho Central de Enfermeiros, Parteiras e Visitadoras de Saúde do Reino Unido (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting - UKCC), o respeito à recusa de tratamento pelo paciente é legal. As diretrizes de 2004, do Código de Conduta Profissional preconiza que o profissional deve estar muito seguro quanto às normas legais e o teor das diretrizes que o paciente assinou e sobre sua validade, para decidir sobre atuar ou não em uma situação de ressuscitação. Trata-se de decisão pessoal e as conseqüências poderão chegar aos tribunais.

Os termos de manifestação de vontade (diretrizes avançadas), em prática no território britânico, não guardam paralelo com qualquer dispositivo existente no Brasil. Aqui há falta de uma legislação que respalde a manifestação de vontade do indivíduo, o que, muitas vezes, deixa os profissionais da saúde em situação de aparente dilema ético.

Duarte (2004) alerta que o dilema traz consigo questionamentos e críticas rumo a situações limite, onde qualquer proposta de solução causa alguma dificuldade a alguém, sendo, então considerada uma solução ruim.

O dilema é a busca de uma solução considerando vários aspectos, sendo um deles o respeito à autonomia dos atores envolvidos na situação. Não obstante ser possível existir dificuldade, os dilemas são resolvidos sem participação de todos os envolvidos, onde a solução parte de proposta de quem tem poder de decisão.

A situação de conflito surge quando ocorrem casos de oposição, contradição, uma luta de princípios, atitudes, métodos ou propostas. Segundo Duarte (2004), os conflitos têm como principais motivos a falta de infra-estrutura das instituições para atendimento das demandas, do desrespeito ao paciente e ao enfermeiro, e o erro da equipe.

Massarollo e Fernandes (2005) entendem que a ética deve ser considerada como parte essencial da política da organização. É imprescindível para o seu desenvolvimento e crescimento, uma vez que a opção por valores que humanizam o processo de trabalho e a relação com os clientes traz benefícios para a própria empresa e a sociedade. Consideram que preocupação com a ética vai além, pois o foco da atenção são as pessoas, que necessitam de assistência, uma vez que a natureza da atividade desenvolvida pode provocar conseqüências irreversíveis, e até fatais, quando realizada inadequadamente.

Neste momento do presente estudo cumpre fazer algumas considerações em torno de aspectos ético e legais que envolvem o exercício da enfermagem em circunstâncias que fogem aos serviços restritos ao APH. Expor essas considerações agora se justifica pelo fato de todas elas se referirem ao profissional enfermeiro, independentemente do local onde possa estar atuando.

Nesse sentido, repetimos a referência a Grudzen (2006) para quem os cuidados intensivos no final da vida são um investimento questionável, que ocorre quando os pacientes ou familiares manifestam interesse nos cuidados de conforto para prolongar a vida. A escolha do local onde irá morrer também é uma questão que deve ser determinada pela vítima ou seus familiares. Os protocolos de “*Do Not Resuscitate*” (DNR), são declarações onde a vítima ao tempo de sua plena capacidade mental e autonomia, manifestou formalmente o desejo de não ser ressuscitado em determinadas situações. Permitem que a vítima não receba uma RCP em casos que ele pode pré-determinar, como em casos de doenças crônicas e se estiver em sua residência, tendo em vista que a ressuscitação cardiopulmonar pode restaurar a vida, mas sem preservar a funcionalidade. Cerca de onze estados americanos já possuem legislação específica sobre a implementação do DNR e outros catorze estão com trabalhos pendentes com grupos de estudo.

Apesar da inexistência de semelhante dispositivo no Brasil, alguns passos já foram trilhados, como na Lei n. 10.241, de 1999 no Estado de São Paulo e Resolução CFM 1.805/ 2006 onde se busca privilegiar o direito ao tratamento adequado e digno, na promoção do bem-estar do doente, seja durante o ciclo vital, seja em situação de doença em estado terminal, nos denominados cuidados paliativos.

O consentimento da vítima em situações de emergência por vezes é negligenciado por parte dos profissionais da saúde. Esse fato pode ocorrer em situações onde não existe possibilidade de manifestação clara pela vítima; então, o princípio da beneficência é o norteador das condutas, buscando a proteção da vida e saúde da vítima em sua integridade. Nessa situação, admite-se a noção de consentimento presumido ou implícito, entendendo-se que, se a pessoa estivesse em pleno gozo de sua autonomia e capacidade, escolheria a preservação de sua vida e saúde. Dada a condição de risco iminente contra a vida, o valor da vida sobrepõe à necessidade do consentimento esclarecido do paciente, conforme corroboram o art. 27 do Código de ética dos Profissionais de Enfermagem e os arts. 46 e 56 do Código de Ética Médica (CEM), segundo Fortes (1998).

Vieira e Rosa (2006) destacam “uma realidade onde a influência do jogo do poder é explícita, e há necessidade de debate sobre os problemas decorrentes do avanço das tecnologias e das crescentes injustiças, resguardadas no crescimento da consciência das pessoas sobre as conseqüências das escolhas de natureza bioética em suas vidas”.

O atendimento em situações de emergência impõe aos profissionais da saúde a necessidade de tomar decisão célere e precisa; o iminente risco à vida eventualmente implica negligência quanto a questões de humanização. Freitas (2007) evidencia a existência de normas legais que asseguram a importância da humanização no cuidado à saúde. Segundo o autor, o processo de humanização do paciente busca a melhoria do processo de cuidar, como direito dos clientes dos serviços de saúde. Tais

medidas se darão através de ações educativas preventivas nas instituições e políticas de qualidade.

Ao abordar os aspectos ético-legais e o erro no APH, é importante traçar um paralelo com a assistência prestada em ambiente hospitalar, devendo ser consideradas as devidas particularidades como, por exemplo a limitação de espaço, luminosidade, riscos ambientais diretos ou indiretos à equipe, luta contra o relógio, entre outros, encontráveis em ambientes extra-hospitalares. Nessa perspectiva, vale ressaltar que a legislação do exercício da enfermagem representa um importante instrumento que poderá resguardar a tomada de decisão diante de situações da práxis profissional.

A Lei 7.498/ 1986 ao regulamentar o exercício profissional da enfermagem, impõe a obrigatoriedade da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que deve ser realizada em sua plenitude, com o Histórico, Prescrição e Evolução de Enfermagem, pelo Enfermeiro:

Artigo 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

- l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de *tomar decisões imediatas*;

II - como integrante da equipe de saúde:

- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;

Ao enfermeiro cumpre garantir uma Assistência de Enfermagem livre e isenta de riscos provenientes da negligência, imperícia e imprudência. Para tanto, cabe-lhe identificar as necessidades afetadas, elaborar, planejar e assumir a responsabilidade pela execução ou delegação das ações e procedimentos necessários à intervenção de Enfermagem, avaliando os resultados através da Evolução de Enfermagem, e assim por diante.

No processo de trabalho, deverá o enfermeiro avaliar a sua competência e limites de atuação, inclusive em relação aos procedimentos de risco, invasivos ou não. O enfermeiro capacitado para atender situações de emergência/ urgência poderá assumir esta situação, desde que existam protocolos institucionais que regulamentem determinada situação, reconhecido e autorizado pelo respectivo conselho de fiscalização profissional.

Ao enfermeiro cumpre responsabilizar-se por suas ações e pelas dos auxiliares e técnicos de enfermagem sob sua responsabilidade. Ele responde pelas escolhas que realiza na modalidade responsabilidade *in eligendo* quando destaca um profissional para realizar algum cuidado, e na modalidade *in vigilando* pela sua obrigação e responsabilidade de supervisionar o desenvolvimento das atividades prescritas. Em cada caso, o profissional responde de modo subsidiário pelas conseqüências das ações; daí a importância de se estruturar uma equipe de trabalho capacitada e atualizada, respaldada em protocolos. O Código Civil (Lei 10.406, 10 de janeiro de 2002), em seu art. 951, diz o seguinte:

Artigo 951 – O disposto nos Artigos 948, 949 e 950 aplica-se ainda no caso de indenização devida por aquele que, no exercício de atividade profissional, por negligência, por imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho.

A violação da liberdade de locomoção da vítima caracteriza situação de ilicitude, se não for justificável a conduta, diante de situação que enseje riscos iminentes à vida da vítima. Está previsto no art. 5º, inciso II da Constituição Federal (1988) e também no Código Penal em seu art. 146, que essa violação é considerada como cárcere privado. Resta demonstrada a importância de uso criterioso, de atitudes de restrição na autonomia de ir e vir dos indivíduos sujeitos aos cuidados dos profissionais de saúde.

Os estudos de Carvalho e Vieira (2002) esclarecem que a condição humana admite a hipótese do erro, e portanto, devemos trabalhar em mecanismos capazes de preveni-los ou detectá-los precocemente. Os

profissionais da saúde cometem um grande número de erros, devido à premissa de que o profissional de saúde não comete erros, portanto, desnecessária se faz a criação de mecanismos de prevenção e correção dos mesmos. Tais conceitos já são idealizados ainda nas escolas. Estes erros são condicionados por fatores fisiológicos, ambientais e psicológicos.

É praticamente impossível descrever todos os procedimentos de maior complexidade e de risco que o enfermeiro pode assumir. Na verdade, esses procedimentos estão relacionados com competência legal, capacitação técnica, segurança e coerência na adoção das medidas e tomada de decisões, tendo em mente as conseqüentes responsabilidades pelos seus atos.

No próximo tópico, discutiremos alguns aspectos da prática do enfermeiro, os quais configuram conflitos e dilemas ético-legais.

A priori, podemos afirmar que, nessas condições, o enfermeiro deve agir em nome do bem estar da vítima, especialmente quando não dispõe da presença do médico para assumir solidariamente a avaliação e conduta diante da emergência/ urgência. Deve o enfermeiro ter em mente que, ao assumir qualquer conduta, irá responder pelas suas ações, diante de instâncias institucionais, administrativas, civis e criminais.

9.1 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O Conselho Federal de Medicina define como emergência, a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, e exigem tratamento médico imediato. A urgência é aquela ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de morte.

Na esteira dessa definição CFM, a Portaria 2.048/ 2002 GM estabelece a definição de emergência como sendo “a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Nesse mesmo documento, urgência é definida como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”.

Naturalmente, quando a equipe do APH é acionada, ainda não sabe de que tipo de atendimento se trata. De qualquer maneira, Malvestio e Sousa (2002) entendem que o atendimento pré-hospitalar móvel é um dos principais recursos no enfrentamento às vítimas de trauma, a serem prestados antes da chegada ao hospital.

O Ministério da Saúde, por sua vez, preconiza que o atendimento pré-hospitalar deve propiciar o atendimento precoce à vítima de agravo à saúde, o qual possa levar sofrimento ou mesmo à morte, prestando atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado e integrado ao SUS (Brasil, 2001a).

Esse mesmo Ministério, considerando a necessidade de normatizar a estrutura e funcionamento dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel existentes em território nacional, sejam civis ou militares, seja públicos ou privados; considerando ainda a necessidade de adotar medidas que possibilitem e estimulem a adequada formação, capacitação e educação continuada dos profissionais que atuam na área de urgências, na ótica do setor público de saúde, estabeleceu normas para os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências já existentes bem como dos que venham ser criados (Brasil, 2002).

A Resolução CFM 1.671/ 2003 define o APH móvel como um serviço de emergência/urgência que procura chegar até a vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido agravo à sua saúde, capaz de levar a deficiências

ou óbito, sendo imperativo, a prestação de um atendimento adequado *in loco* ou transporte ao serviço hospitalar, segundo a hierarquização e integração preconizada pelo SUS.

A Portaria MS 2.048/ 2002 definiu o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, como:

o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

Os denominados incidentes com múltiplas vítimas (IMV) resultam na produção de um número de vítimas superior à capacidade de atendimento das equipes de saúde e dos recursos de saúde pública, o que pode determinar a necessidade de auxílio fora da comunidade.

O desastre, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) é um fenômeno ecológico de dimensão suficiente para exigir auxílio externo em atendimento médico, psicossocial, reconstrução da saúde pública, da segurança física e recursos de infra-estrutura, ou seja, exige uma resposta global da sociedade e não somente dos serviços médicos.

Do ponto de vista médico, a atenção se concentra no número de vítimas num determinado lapso temporal que supera a capacidade de atendimento das equipes de saúde, e exige auxílio externo, segundo NAEMT (2007). As equipes de saúde que atuam nessas situações objetivam selecionar e atender, ao maior número de vítimas com possibilidade de recuperação.

Nestas situações, o objetivo das equipes de APH é selecionar prioridades e proporcionar o atendimento adequado ao maior número de

vítimas, investindo os escassos recursos nas vítimas com maiores possibilidades terapêuticas, segundo sua gravidade.

Nos casos denominados catástrofes, além de envolver os mesmos fatores pertinentes ao conceito de desastre, contempla ainda riscos ambientais residuais após o evento inicial, como em situações de ataques com agentes biológicos, explosivos, gases tóxicos, radiação, etc. Aqui também se busca atender ao maior número de vítimas com possibilidades terapêuticas.

Em casos de emergência ou de urgência, a existência de um serviço de atendimento pré-hospitalar viabiliza um socorro qualificado, desenvolvido por profissionais preparados, proporcionando um sistema integrado de assistência às vítimas de trauma. O APH é parte importante do sistema de saúde, sendo que ele não se propõe a prestar o tratamento definitivo, mas promover a manutenção da homeostase da vítima até que seja possível proporcionar o tratamento definitivo em um ambiente adequado.

Dados estatísticos demonstram que a demanda por atendimento pré-hospitalar, quer nas emergências, quer nas urgências, é crescente nos grandes centros urbanos. Com isto, cresce também a morbi-mortalidade conseqüente destas demandas. Temos como exemplo a mortalidade proporcional, por faixa etária no município de São Paulo, que indica as causas externas que estão em primeiro lugar para os habitantes dos 15 aos 54 anos de idade. Dentre as causas externas, destacamos as agressões que ocupam o primeiro lugar dos 15 aos 54 anos, e nas demais faixas etárias, os acidentes de trânsito vêm em primeiro posto, até os 65 anos de idade, onde as “quedas” passam a ocupar o primeiro posto PRO-AIM*.

Malvestio (2000) traz à tona a existência de controvérsias a respeito do APH e seu impacto sobre os resultados alcançados quando a vítima do

* Dados estatísticos extraídos do sítio:
<http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm.exe?secretarias/saude/TABNET/SIM/obito.def>

trauma é submetida a manobras de suporte básico ou avançado. Porém salienta, como inegável a contribuição desse modelo de atendimento na diminuição do tempo de chegada do socorro até a vítima, e desta até o hospital apropriado.

As Portarias MS 1.863 e 1.864, assinadas em 29 de setembro de 2003, que instituíram a Política Nacional de Atenção às Urgências, preconizam a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), em todas as unidades federativas, respeitadas as competências das três esferas da administração pública. Dentre os aspectos regulamentados constam: a composição da equipe profissional, que contempla o enfermeiro assistencial responsável pelo atendimento, pela estabilização e transporte da vítima; os auxiliares e técnicos de enfermagem, os que atuam sob supervisão imediata do enfermeiro. Segundo a Portaria MS 2.048/ 2002, o enfermeiro deve ser titular de diploma devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado em ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar móvel, devendo, além das ações assistências, também realizar serviços administrativos e operacionais nesses sistemas (Brasil, 2003).

O Ministério da Saúde optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente o médico, diferentemente do modelo americano, em que as atividades de atendimento são exercidas primariamente por paramédicos, conforme apontam Lopes e Fernandes (1999), anteriormente referidos.

Uma particularidade do serviço de atendimento pré-hospitalar no Brasil, que o distingue do modelo norte-americano, é a ausência da figura conhecida como paramédico. Nos EUA, este é um profissional denominado EMT (*emergency medical technician*) com nível técnico, e que possui treinamento na condução e cuidados em emergências médicas. No Brasil não existe regulamentação para o exercício desse profissional, embora muitas pessoas façam referência à sua existência. A regulamentação do

atendimento pré-hospitalar prevê exclusivamente a figura do enfermeiro, do técnico e auxiliar de enfermagem sob supervisão do enfermeiro, e do médico, envolvidos no APH.

Malvestio (2000) afirma: ainda que o APH não promova uma reversão de um quadro fatal ou extremamente grave, a rapidez da chegada à cena do agravo ou ao hospital, bem como as intervenções iniciais apropriadas, previnem agravamento do quadro, dificultam o surgimento de novas lesões, retardam resultados fatais e proporcionam às vítimas alguma chance de chegar ao tratamento definitivo e se beneficiar deste. Se a deterioração, enfim é atrasada, a chance de sobrevivência será certamente elevada ao máximo.

Com relação ao preparo dos profissionais para atuarem nas emergências e urgências, a Portaria MS 2.048/ 2002 explicita a necessidade de organizar os serviços de emergência/urgência, e institui como uma das estratégias a criação de Núcleos de Educação em Urgências (NEU), constituídos regionalmente, e em parceria com entidades de ensino e pesquisa, com a sociedade civil e as comunidades. O NEU deve definir as grades mínimas de capacitação e educação permanentes dos profissionais que atuam em unidades de emergência/urgência pré-hospitalar ou hospitalar, com vistas a garantir a qualificação destes profissionais.

Dentre as prioridades dos Núcleos de Educação em Urgências, destaca-se o acompanhamento e treinamento dos profissionais, a busca de um padrão de capacitação e condutas, de modo a garantir uma assistência uniforme nos distintos serviços. Essas prioridades também estimulam a adequação curricular das instituições formadoras no sentido de atender as necessidades do SUS. Tudo isso, com irrestrita observância à incorporação científica e tecnológica e em sintonia com os padrões éticos e socioculturais do país.

Para tanto, é importante que se instituem protocolos como premissa maior, sendo essencial à uniformização de um padrão de qualidade, de assistência em nível nacional, observadas as devidas particularidades de cada região, conforme a flexibilização proposta atualmente em protocolos de PHTLS.

Em face do perfil epidemiológico atual, a valorização das políticas de saúde, - com lugar privilegiado para as emergências e urgências - possibilitou um olhar antecipatório diante das prioridades emergentes, com potencial de minimizar os padrões de morbi-mortalidade que se apresentam em progressão ascendente. Diante disso, a regulamentação do APH surge como ponto de partida para um serviço homogêneo e de qualidade, corrobora os princípios de saúde universal e hierarquizada, com base no SUS (Brasil 2001b).

9.2 RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Timerman, Paiva e Tarasoutchi (1998) referem que o Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) é iniciado com o reconhecimento da emergência cardiopulmonar, e segue até a realização da desfibrilação, manuseio avançado de vias aéreas e de drogas. Reforçam que a restauração rápida dos batimentos cardíacos proporciona melhores oportunidades de restaurar a vida, de modo a minimizar as seqüelas.

Carvalho e Serrano Jr (2007) referem que a parada cardiorespiratória e o procedimento de ressuscitação cardiopulmonar fora do ambiente hospitalar apresentam características próprias, que reportam a questões como a eficácia e validade desse procedimento em condições em que não existem recursos específicos.

Nos Estados Unidos, as estatísticas disponíveis, mostram que, no ambiente doméstico, a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) restaurar os batimentos cardíacos e a respiração em cerca de 50% dos casos apenas, sendo seu início precoce, imprescindível. Nesse mesmo país, estudos revelam que a Fibrilação Ventricular (FV) é uma arritmia potencialmente reversível, quando é o ritmo inicial da parada cardíaca, e a não desfibrilação precoce pode determinar uma evolução para ritmo de Assistolia, que geralmente é fatal. Em alguns de seus estados, a RCP não deve ser iniciada em casos de *rigor mortis*, livedo e decapitação, quando é declarada a morte da vítima segundo Grudzen (2006).

Em seu estudo, esse autor afirma que, em situações de atendimento pré-hospitalar, existe satisfação por parte dos clientes em relação aos cuidados médicos e apoio emocional de suporte em emergências médicas recebidos; entretanto, por parte da equipe de socorro seus membros sofrem estresse se o paciente morrer ou se a equipe precisa comunicar o falecimento.

Serrano Jr, Safi Jr e Timerman (1998) há muito destacam a dificuldade em decidir quando iniciar, e quando interromper uma reanimação. Segundo os autores é nesse contexto que a equipe, os familiares devem tomar suas decisões com base em seus conhecimentos científicos, preceitos éticos, morais e legais.

Ainda nos EUA, os indivíduos treinados em ressuscitação cardiopulmonar (RCP) têm ajudado a salvar milhares de vidas. Em casos com evolução para óbito, algumas pessoas iniciam processos judiciais, alegando prejuízos conseqüentes ao atendimento de emergência. Entretanto, em todos os seus cinquenta estados existe a Lei do Bom Samaritano, que concede “imunidade” às pessoas leigas que tentam realizar RCP em esforço honesto e de boa-fé na busca de salvar uma vida. A ressuscitação termina na cena do atendimento pré-hospitalar após o decurso de 25 minutos de RCP, segundo os parâmetros do algoritmo do suporte de

vida em cardiologia, salvo se houver persistência do ritmo FV. As vítimas de parada cardiorespiratória (PCR) encontradas em Assistolia ou Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) tem prognóstico pior do que os de FV. Os esforços de RCP devem ser iniciados sempre que não existir uma ordem de DNR, conforme recomenda Grudzen (2006).

A qualificação do indivíduo como “bom samaritano”, – apelido que pode ser atribuído ao caso brasileiro – exige: que haja verdadeira intenção de ajudar, que essa ajuda seja livre de erros grosseiros e que a tentativa de socorro seja voluntária. Em casos onde o “socorrista” é profissional com responsabilidade de realizar RCP em vítima de PCR, não se aplica a figura do bom samaritano, pelo fato de ele não ser leigo; então não tem imunidade. A realização de RCP inadequada irá acarretar a qualificação de imperícia a este profissional.

A interrupção da RCP é situação que pode gerar dilemas. O indivíduo que a realiza em vítimas que não podem responder enseja preocupações nos socorristas. O bom senso e o julgamento racional em circunstâncias atípicas são a recomendação da *American Heart Association* (AHA). Essa associação recomenda ainda interromper a RCP nos seguintes casos: quando a vítima responde às manobras, recupera pulso e volta a respirar; quando o profissional treinado assume a responsabilidade; quando os socorristas alcançam a exaustão física ou se encontram em situações que oferecem riscos à sua vida; quando o médico indicar sinais óbvios de morte ou quando a vítima manifesta esses mesmos sinais.

Em suas freqüentes citações aqui relatadas, Grudzen (2006) afirma que os pacientes devem ter direito à liberdade de morrer. Deve-se, pois, encorajar o paciente e resguardar o seu direito de aceitar ou não tratamento de agravos crônicos nos departamentos de emergências. São recomendações que devem ser renovadas periodicamente em declarações pessoais. Cita ainda que a versão moderna do “Juramento de Hipócrates”, escrito em 1964 por Louis Lasagna, assim se expressa: “Eu prometo aplicar,

para o benefício dos doentes, todas as medidas requeridas, disponíveis na terapêutica”. Tais dizeres ensejam uma conduta de hipertratamento ao invés de hipotratamento, ou seja, um tratamento fútil.

Existem também condições específicas que contra-indicam o início das manobras de RCP, tais como cita Grudzen (2006):

a existência de ordem de “NÃO TENTAR RESSUSCITAÇÃO” (NTR) válida, na eventualidade de RCP; sinais claros de óbito;

sinais claros de óbito: LIVEDO POSTURAL (erupções cutâneas, pretas e azuis, ou descoloração da pele no corpo próximo ao solo), RIGOR MORTIS (contração muscular pós-morte que se inicia pelo pescoço e maxilar), ALGOR MORTIS (queda constante da temperatura corpórea) e outras razões relacionadas ao perigo para a segurança do socorrista, objeções familiares e ordens não escritas.

Ao lado dessas reflexões trazidas a propósito da RCP, é oportuno também fazer algumas considerações paralelas uma vez que caminham juntas com as situações de pacientes em face de morte iminente.

Nos EUA, a Lei de Autodeterminação do Paciente de 1991, reconhece o direito de cada indivíduo tomar decisões sobre os cuidados médicos que deseja receber, inclusive no final da vida. No Brasil, destacamos no Estado de São Paulo, a existência da Lei n. 10.241/ 1999, promulgada pelo governador Mário Covas, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Admite, por exemplo, a imperiosidade de se respeitar seus valores éticos e culturais, a possibilidade de recusa de tratamentos dolorosos para prolongar sua vida, e opção pelo local em que deseja morrer, acatando a decisão da vítima, em atenção à autonomia da vontade e o livre convencimento esclarecido.

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução CFM 1.805/ 2006, já se manifestou sobre a limitação e/ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, fixando prioridade na promoção da assistência em busca de alívio dos sintomas do sofrimento, respeitada a vontade do paciente. Tal resolução buscou retaguarda em

dispositivos constitucionais como o princípio da dignidade da pessoa humana (inciso III do art. 1º da Constituição Federal) e na proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante (inciso III do art. 5º da Constituição federal). Na exposição dos fatos aduzidos ao término da Resolução acima referida, vemos resgatadas as palavras de Jean Robert Debray, no seu livro *L'acharnement thérapeutique*, onde conceitua essa obstinação como sendo:

O comportamento médico que consiste em utilizar procedimentos terapêuticos cujos efeitos são mais nocivos do que o próprio mal a ser curado. Inúteis, pois a cura é impossível e os benéficos esperados são menores que os inconvenientes provocados.

Alguns aspectos importantes da resolução 1.805/ 2006:

Artigo 1º É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§ 1º O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

Artigo 2º O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

Artigo 3º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

O art. 3º da Resolução estabelece a sua vigência a partir da publicação, em 28/ 11/ 2006 no DOU. Todavia, a vigência foi suspensa por uma liminar deferida pelo M. Juiz Dr. Roberto Luis Luchi Demo, nos autos da Ação Civil Pública n. 2007. 34.00.014809-3, da 14ª Vara Federal, movida pelo Ministério Público Federal.

Serrano Jr., Safi Jr. e Timerman (1998) entendem que em casos de doença diagnosticada como incurável, os cuidados terminais devem assegurar o conforto e a dignidade, de modo a minimizar o sofrimento,

complicações e dor da vítima, sendo até mesmo recomendável o aumento gradual de doses de narcóticos e sedativos, ainda que estes venham abreviar a vida da vítima.

Diante de tais situações, quais medidas podem ser impostas à vítima em condição onde ela não pode decidir sobre certas condutas e não existe manifestação prévia a este respeito? Deseja esse cliente ser ressuscitado com recursos como, por exemplo, com desfibrilação elétrica, ser mantido em ventilação mecânica, entre outros, que por vezes ensejariam a denominação esforços fúteis? São análises que, a seguir serão abordadas detalhadamente em algumas questões.

9.3 DESFIBRILAÇÃO

A incidência de doenças cardiovasculares é importante causa de morte hoje no Brasil. A morte súbita de origem cardíaca é a principal complicação das doenças cardiovasculares, e 15% dos pacientes que sofrem um infarto agudo do miocárdio (IAM) morrem antes de chegar a um hospital. Uma das modalidades de instabilidade elétrica do coração é a fibrilação ventricular (FV), e representa a principal causa da parada cardíaca durante um episódio isquêmico agudo do coração. Um dos tratamentos mais eficazes nessa ocorrência é a desfibrilação externa, cujo sucesso é extremamente tempo-dependente. Dados levantados pela *American Heart Association* revelam que, a cada minuto perdido, a possibilidade de reversão da FV diminui em 7% a 10% as chances de sobrevivência. A desfibrilação precoce faz parte hoje do suporte básico de vida em casos de PCR, juntamente com acesso rápido a serviço médico de emergência e RCP.

Quando a ressuscitação cardiopulmonar é aplicada, é necessário que seja acionada a "corrente de sobrevivência" para redução da mortalidade. A corrente de sobrevivência é a seqüência passo-a-passo do atendimento. O

treinamento de leigos em suporte básico de vida (SBV) inclui o uso do desfibrilador externo automático (DEA). O DEA pode ser utilizado por leigos sem a necessidade de acompanhamento médico, uma vez que se presume ter sido treinado e possui habilidade para o procedimento. Importante, então, considerar que, quanto maior o número de pessoas habilitadas para manipular o DEA, maiores as chances de se realizar um adequado e precoce atendimento, às vítimas de emergências cardíacas, nos mais distintos ambientes. A Resolução CFM 1.718/ 2004 reconhece, em seu art. 3º, “a capacitação em SBV deve ser garantida a qualquer cidadão, desde que não haja o ensino de atos privativos dos médicos”. É pacífico, pois, o entendimento entre os profissionais médicos e os não médicos, da importância do treinamento e capacitação de leigos em reconhecer a necessidade do atendimento nessas emergências e iniciá-lo precocemente.

O dilema ético-legal se inicia quando se põem em tela situações onde só existe o desfibrilador manual e não existe o profissional médico. O enfermeiro, atualizado e capacitado profissionalmente, será de grande importância neste momento, desde que sejam afastadas questões corporativas, do tipo “reserva de mercado” por parte de profissionais inseguros ou intelectualmente mesquinhos. Há circunstâncias em que a presença de enfermeiros treinados, com experiência em serviços de emergências e/ ou urgências, e com certificação em cursos de suporte avançado de vida em cardiologia e pediatria, pode ser o grande diferencial; sua tomada de decisão irá determinar as chances de sobrevivência da vítima.

Woollard *et als* (2006) apontam nos resultados de seu estudo, que a recertificação em treinamentos, em intervalos não superiores a sete meses, garantem a atualização de conhecimentos e minimiza os esquecimentos, sobre manobras de ressuscitação e utilização do DEA.

Propiciar conhecimentos e capacitação ao maior número de profissionais interessados em aperfeiçoar-se no ofício, aumenta as chances de proporcionar um melhor atendimento ao maior número de vítimas. Tendo

por orientação esse critério de bom senso e de eficiência deve-se reconsiderar a Resolução CFM 1.718/ 2004, que proíbe a profissionais médicos transmitirem a profissionais não-médicos conhecimentos privativos dos médicos, excetuando-se casos envolvendo atendimento de emergência a distância. Assim dispõe o art. 1º dessa Resolução:

Artigo 1º – É vedado ao médico, sob qualquer forma de transmissão de conhecimento, ensinar procedimentos privativos de médico a profissionais não-médicos.

Parágrafo único - São exceções os casos envolvendo o atendimento de emergência à distância, através da Telemedicina, sob orientação e supervisão médica, conforme regulamentado pela Resolução CFM nº 1.643/ 2002, até que sejam alcançados os recursos ideais.

Cabe ressaltar a improcedência do termo “conhecimentos privativos dos médicos” e destacar o precedente já contemplado e “reservado aos casos envolvendo atendimentos em emergências.” Por que promover uma pretensa reserva de mercado e privar outros profissionais de conhecimentos tão essenciais à manutenção da vida e melhora dos níveis de morbi-mortalidade? É uma questão ampla a ser longamente discutida.

Dantas e Seixas (1998) consideram que, com vistas a diminuir a morbi-mortalidade, o treinamento de leigos pode garantir os cuidados iniciais, os quais serão de grande utilidade até a chegada de suporte avançado adequado. Não é possível condenar *a priori* se alguma manobra for inadequadamente praticada. Nesse sentido, os membros da comunidade devem ser orientados constantemente, e os médicos orientados no sentido de transmitir seus conhecimentos.

Em atendimentos a vítimas de PCR, a identificação precoce dos ritmos da parada é condição precípua para determinação do tratamento. Nas situações em que forem identificados ritmos chocáveis, tais como a FV e a taquicardia ventricular sem pulso, a indicação do choque elétrico é exata e determinante da evolução e aumento das chances de sobrevivência. O profissional enfermeiro que se preocupa em atualizar-se em cursos de suporte avançado de vida, – especialmente o ACLS –, adquire

conhecimentos e preparo para identificar e agir corretamente nessas situações extremas, onde a tomada de decisão precoce irá determinar a melhora ou deterioração das chances da vítima.

É oportuno lembrar que a Constituição Federal determina:

Artigo 193 - que a ordem social tenha como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça social. Trata-se de mais um dispositivo a garantir que a atuação profissional deve buscar o bem-estar e a justiça social, ou seja, estender as possibilidades de tratamento a todos que dele necessitem, sempre respaldado numa competência e habilidade compatível com a proposta de intervenção (destaques nossos).

Assegura ainda o art. 196, consignado na seção II – da Saúde, da Constituição Federal:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Trata-se, então, de outro dispositivo, de onde se depreende que cada indivíduo tem direito a receber a assistência adequada às suas necessidades e o profissional enfermeiro capacitado é o “*longa manus*” (prolongamento do braço) do Estado nesse mister. Tais princípios constitucionais são reiterados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), nos arts. 13 e 14, que acentuam a responsabilidade da avaliação criteriosa e aprimoramento profissional, rumo à consecução de uma assistência segura em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

9.4 ENTUBAÇÃO

A Resolução CFM 1.627, de 23 de outubro de 2001, publicada no DOU, de 16 de novembro de 2001, define o ato médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente

habilitado. Considerando os conceitos essenciais da Medicina Preventiva, quais sejam, o de prevenção primária (profilaxia da ocorrência da enfermidade), prevenção secundária (prevenção da evolução da enfermidade) e prevenção terciária (prevenção da invalidez determinada por uma enfermidade); resolve:

Artigo 1º - Definir o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e dirigido para:

I) [...]

II) a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (prevenção secundária);

III) a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos (prevenção terciária).

§ 1º - As atividades de prevenção secundária, bem como as atividades de prevenção primária e terciária que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica (prevenção secundária), são atos privativos do profissional médico.

Artigo 4º - O Conselho Federal de Medicina fica incumbido de definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

A partir dessa Resolução, o CFM “define” que, no Brasil, a entubação traqueal é procedimento reservado ao profissional médico, seja a indicação seja a execução em ambiente intra ou extra-hospitalar. Tal condição é reforçada nos currículos de graduação de outras categorias profissionais distintas da médica, pois não se enfatiza os conceitos relativos ao seu procedimento e treinamento. O fato de o diagnóstico e a definição da gravidade do estado da vítima ser atribuição do médico, com conseqüente prescrição de conduta invasiva, enseja discussões amplas e muitas vezes, sem aparente solução. Tal questão é polêmica e merece maiores discussões.

Albino e Riggerbach (2004) destacam que o controle definitivo das vias aéreas da vítima com fatores obstrutivos mecânicos, com problemas respiratórios ou perda da consciência, se dará através da entubação endotraqueal.

Mason (2001) também refere que o “padrão ouro” de administração das vias aéreas envolve o uso de tubo traqueal com cuff, em especial nas vítimas de trauma em ambiente pré-hospitalar.

Em consonância, Brocato e Kett (1988) acrescentam que a mais definitiva maneira de controlar as vias aéreas é a intubação endotraqueal, protegendo as vias aéreas e prevenindo a aspiração de conteúdo gástrico. Em situações em que a intubação endotraqueal não for viável, ou não existir profissionais capacitados, poder-se-á lançar mão de alternativas como o combitubo, máscara laríngea. Estudos da *British Anesthesiologist*, no *Royal London Hospital*, têm demonstrado vários níveis de sucesso, com o uso da máscara laríngea, a partir do seu emprego desde 1981 quando foi criada. Nos EUA, a máscara laríngea foi aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA) em 1991 e é largamente utilizada por técnicos em emergências médicas e enfermeiros.

Esses dois estudos dão a entender que a entubação traqueal é o padrão ouro de proteção da via aérea. Ao elencar as prioridades de atendimento à vítima em estado grave, as diretrizes dos protocolos de suporte avançado de vida em cardiologia, em enfermagem, em pediatria, em pré-hospitalar, e em trauma são explícitos e corroboram o mesmo entendimento. A prioridade de atendimento segue o “código” ABC’s, ou seja, o primeiro passo se concentra na letra “A”, do inglês *AirWay* (vias aéreas); consiste em promover a permeabilidade das vias aéreas, seja em manobras simples como a projeção de mandíbula ou tração de queixo, seja por meio de dispositivos de via aérea avançados, tais como os acima descritos. Na letra “B”, de *Breathing* (respiração e ventilação), o importante é garantir uma ventilação adequada com oferta de aporte de oxigênio complementar, com vistas a favorecer a hematose (troca gasosa em nível pulmonar). Por tratar de procedimento de vias aéreas avançadas, o “C”, de *Circulation*, não é considerado nessa oportunidade.

Naturalmente, é importante ressaltar de novo a importância de uma intervenção precoce, com manobras que possibilitem uma ventilação e o aporte de oxigênio adequados, e a melhor maneira de se promover tal condição se dá com os dispositivos de via aérea avançada. Diante de tais considerações e fatos, explícita é a necessidade de o enfermeiro estar capacitado e habilitado a desenvolver tais tarefas. Por outro lado, ao lembrar a Resolução CFM 1.718/ 2004, que propõe a proibição da transmissão de conhecimentos privativos dos médicos por médicos a profissionais não-médicos, e cotejá-lo com as necessidades acima descritas, resta configurado um alarmante atentado contra a saúde pública, o fato de buscar restringir uma técnica a uma única categoria profissional. Tal restrição certamente privará, vítimas carecedoras de cuidados como estes, tão-somente pela ausência de médico para atendimento a um paciente em momento crucial.

Esse cenário revela, e é oportuno ressaltar a importância e a necessidade de os enfermeiros realizarem uma constante atualização e capacitação profissional, em busca de saberes essenciais à manutenção da vida em condições dignas. Sua maior arma, então, serão os conhecimentos científicos e técnicos, aliados a princípios éticos e legais, para um atuar livre e independente e, ao mesmo tempo, jamais serem acusadas de imperícia, imprudência e/ ou negligência.

O enfermeiro habilitado e treinado para reconhecer e atuar em situações de emergências e urgências, diante da necessidade de uma via aérea avançada, deve utilizar instrumentos disponíveis que ofereçam equilíbrio entre o menor risco e o maior benefício possível; é o caso dos dispositivos: bolsa-máscara-válvula, combitubo, máscara laríngea e intubação traqueal. Esta deve ser um último recurso a ser empregado, sendo que o profissional precisa estar consciente dos riscos que irá assumir se realizar a intubação traqueal. Trata-se de um procedimento que somente poderá ser seguido em caso de risco de morte iminente e sem possibilidade de médico presente. Segundo o ordenamento jurídico brasileiro, seria uma

condição excepcional, denominada Estado de Necessidade, a qual autorizaria tal intervenção, sem obstar os riscos e implicações legais pertinentes.

A figura do estado de necessidade é contemplada no Código Penal Brasileiro em seu art. 24, como uma excludente de ilicitude:

estado de necessidade

Artigo 24 - Considera-se em estado de necessidade quem pratica o fato para salvar de perigo atual, que não provocou por sua vontade, nem podia de outro modo evitar, direito próprio ou alheio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir-se.

§ 1º - Não pode alegar estado de necessidade quem tinha o dever legal de enfrentar o perigo.

A excludente em tela deve ser explorada em suas particularidades para afastar as dificuldades e dirimir quaisquer dúvidas. Existe uma distinção entre a existência ou não de “perigo grave e iminente”, e a existência de um “perigo qualquer”, bem como é preciso levar em conta se o quadro configura situação grave, dada a patologia presente, que ofereça riscos imediatos. Na prática, tal discernimento é extremamente difícil, ensejando a observância dos conceitos de urgência e emergência. Se o socorro ocorre com base no princípio da solidariedade obriga a qualquer cidadão, os profissionais são obrigados a agir com uma perspectiva de maior exigência.

Cabe pôr em evidência o que diz o inciso XIII do art. 5º da Constituição Federal, onde se lê: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”. Ou seja, a Constituição garante que o enfermeiro que atua em situações de emergência ou urgência e observa as determinações da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, no que diz respeito à capacitação e atualização profissionais, está apto a desenvolver suas atribuições de maior complexidade técnica, em situações que ensejem risco iminente contra a vida da vítima.

Quanto aos requisitos do estado de necessidade eles são especificados: o perigo atual, a ameaça a direito próprio ou de terceiro, uma situação não provocada pela vontade do agente e a impossibilidade de evitar o evento de outro modo. Tais requisitos são condição *sine qua non* de aceitabilidade, sendo ainda exigido o requisito subjetivo “para salvar de perigo”. É necessário, porém, que o perigo seja atual contra direito próprio ou de outrem, não bastando que seja o risco iminente.

Cabe ainda destacar a figura do excesso punível, apontado no parágrafo único do art. 23 do Código Penal. Temos na doutrina de Delmanto *et al* (2000):

em todas as causas de exclusão de ilicitude pode haver excesso do agente, quando após iniciar o comportamento em conformidade com a justificativa, ultrapassa os limites legais desta, seja por culpa ou por dolo. Será o Crime doloso quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo, enquanto o Crime culposos é aquele onde houve não observância do dever de cuidado, seja por imprudência, negligência ou imperícia, sendo esta exclusiva a exercício de arte ou profissão.

Fortes (1998) ensina que preservar o princípio da solidariedade frente a uma pessoa que esteja em situação de grave e iminente perigo contra a vida, não caracteriza omissão na hipótese de a intervenção não dar certo; não há a exigência ética, nem legal, de que os resultados das ações empreendidas pelos profissionais de saúde sejam eficazes. Não há obrigação de cura ou de se evitar o desenlace fatal da pessoa socorrida. A obrigação ético-jurídica é prestar socorro. Como exemplo, é oportuno refletir aqui o fato ocorrido numa rodovia de São Paulo e já relatado em páginas anteriores:

a situação onde a distinção entre as normas jurídicas e a motivação ética se faz clara [...] grave acidente na rodovia Régis Bittencourt [...] chegam ao pronto-socorro do hospital de uma pequena cidade [...] três vítimas em grave perigo contra a vida. A primeira, masculina, 47 anos, motorista do caminhão, com sinais clínicos de cirrose hepática, a segunda, uma jovem de 14 anos, e a terceira, um idoso, 76 anos, ambos com o mesmo nível de gravidade, os quais necessitam de aparelho de respiração artificial, mas existe apenas um aparelho na unidade. Quem terá a prioridade no uso do aparelho? Os profissionais da saúde estão

diante de dilema ético e não legal, onde sua decisão estará balizada em valores e princípios éticos.

Uma circunstância que revela a inexistência ou a escassez de recursos impõe aos profissionais da equipe de saúde situações-limite, surge, então, um dilema frente à necessidade de selecionar o cliente com prioridade para receber os recursos terapêuticos. Nessa situação, impõe-se o dilema: utilizar critérios sociais para priorização do atendimento ou tomar decisão simples e aleatória.

Nesse momento, um enfermeiro naquela emergência e um médico em situação de dúvida, pergunta: a quem oferecemos o respirador? O enfermeiro, então, se vê diante de uma situação limite, uma vez que não existe qualquer possibilidade de atender as três vítimas ao mesmo tempo; é preciso “escolher” em quem “investir”. Pergunta-se: tal situação, “abandonar as duas vítimas não selecionadas”, configura o crime de omissão de socorro, capitulado no art. 135 do Código Penal Brasileiro?

Artigo 135 - Deixar de prestar assistência, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada ou extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos, o socorro da autoridade pública:

Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

Parágrafo único - A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Caso o presente tipo penal configure omissão de socorro, essa omissão será agravada pelo resultado morte das duas vítimas preteridas. O profissional se encontra em uma situação de recursos escassos, e também não é o responsável pelos limitados recursos físicos, humanos, e materiais. Então, imperioso se faz eleger a vítima com maior possibilidade de recuperação.

Um outro cenário hipotético a considerar: um enfermeiro diante das numerosas vítimas que necessitam de procedimento de via aérea avançada; existe apenas um médico e as vítimas se encontram em situação de

iminente risco de morte. Cabe também ao enfermeiro realizar tal procedimento, enquanto o médico realiza em outras vítimas, caso disponha de conhecimento científico, segurança técnica para agir nessa realidade hipotética.

10 INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS E O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

10.1 PRESERVAÇÃO DO DIREITO À PRIVACIDADE

O APH, diferentemente, do que ocorre dentro de um hospital, com muita frequência é feito em situação em que a vítima fica exposta aos olhares de pessoas totalmente alheias ao socorro que está sendo prestado. Essa exposição possibilita o desrespeito à integridade física, à privacidade e confidencialidade de um atendimento digno e respeitoso. De modo especial, o desrespeito ocorre quando permite a documentação fotográfica e/ ou filmagens, com os mais diversos meios: filmadoras, celulares, câmeras fotográficas, emissoras de televisão, etc. Nessas circunstâncias, tal fato constitui agravo ímpar, causador de menoscabo espiritual na vítima e seus familiares. Muitas vezes, é importante que a equipe de APH, deva cortar as vestes da vítima para rápida identificação das lesões e prioridades de atendimento. É preciso, então, que nessa tarefa devam ser resguardados os legítimos pudor e dignidade da pessoa.

A Constituição Federal, em seu art. 5º, garante a igualdade de todos perante a lei no que diz respeito à inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à segurança e à propriedade. Especificamente em relação ao objeto do presente estudo, o inciso X desse mesmo artigo diz explicitamente:

são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação.

Bem de ver, essa inviolabilidade não só vem corroborar o entendimento instituído na Lei de Imprensa, – que é anterior à Constituição Federal – como ainda confere-lhe hoje o *status* de direito constitucional. O inciso XXXII do art. 5º estabelece: “Estado promoverá, na forma da lei, a

defesa do consumidor”. Essa lei que defende o consumidor se materializou dois anos depois com a instituição do Código de Defesa do Consumidor (CDC) instituído pela Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Cumpre lembrar todavia, que no APH, o indivíduo no estado de vítima, é considerado também um consumidor e, portanto, objeto de defesa.

Em relação à denominada Lei de Imprensa, a Lei n. 5.250/ 1967 que instituiu, também impõe um código disciplinar aos profissionais da comunicação, regula a liberdade de manifestação do pensamento e de informação no Brasil. No Capítulo: “Da Liberdade de Manifestação do Pensamento e de Informação”, está escrito:

Artigo 1º - É livre a manifestação do pensamento e a procura, o recebimento e a difusão de informações ou idéias, por qualquer meio, e sem dependência ou censura, respondendo cada um, nos termos da lei, pelos abusos que cometer.

Esse dispositivo é pacificamente aceito em nossa sociedade democrática uma vez que garante a universalidade da informação. Isso não significa, porém, que a informação deva negligenciar a privacidade de cada um e faltar o respeito ao ser humano, principalmente em situações delicadas de agravos à saúde.

O Capítulo: “Dos Abusos no Exercício da Liberdade de Manifestação do Pensamento e Informação” da Lei de Imprensa prevê oportunamente:

Artigo 12 - Aqueles que, através dos meios de informação e divulgação, praticarem abusos no exercício da Liberdade de manifestação do pensamento e informação ficarão sujeitos às penas desta Lei e responderão pelos prejuízos que causarem.

Parágrafo único. São meios de informação e divulgação, para os efeitos deste Artigo, os jornais e outras publicações periódicas, os serviços de radiodifusão e os serviços noticiosos.

Tal medida objetiva eliminar ou, pelo menos, limitar os abusos e deixando clara a possibilidade de punição dos responsáveis pelo ato abusivo. Esta lei, instituída há pouco mais de quarenta anos, não contempla dentre os meios de informação a Internet. Claro está que essa rede computadorizada de informação chegou ao Brasil algumas décadas após a

existência da lei, portanto, não era parte da sociedade. Nada impede entretanto que ela seja equiparada aos serviços noticiosos, impressos ou televisionados que dão informações sobre o que se passa no cotidiano da nossa realidade.

Em páginas anteriores foram destacados os conflitos e dilemas que perpassam a atuação dos profissionais de APH. É importante destacar agora que pessoas não envolvidas com aquele atendimento, muitas vezes em nome do livre exercício do jornalismo e da liberdade de informação precisam registrar a ocorrência através de filmagens e/ ou fotografias que, posteriormente serão disponibilizadas nas distintas modalidades de mídia escrita falada ou via Internet. Cabe portanto, a cada indivíduo envolvido naquele atendimento, e aqui, portanto, um alerta ao enfermeiro, o dever ético e legal de resguardar a intimidade e privacidade da vítima, em sua mais completa forma.

Temos, então, a cena posta e os respectivos conflitos éticos e legais que envolvem uma situação que cada vez mais se torna freqüente em nosso dia-a-dia. Trata-se de uma cena que permeia especialmente a não só atuação dos profissionais que trabalham com o atendimento pré-hospitalar, como também envolve a cada uma das vítimas cuja intimidade acaba ficando exposta diante de milhares, ou milhões de pessoas, incluindo os seus familiares e entes queridos.

Freitas e Fernandes (2006), já referidos anteriormente, ensinam que a ética é um processo crítico-reflexivo individual, a partir de uma realidade e das questões sociais em que o indivíduo está inserido, interagindo com o coletivo, sendo influenciado também por aspectos econômicos e políticos.

Em atendimentos em ambiente pré-hospitalar, pode ocorrer que alguns profissionais que estão socorrendo documentam ou registram determinados momentos da ocorrência, as cenas que demonstram a cinemática do trauma; outras vezes são as imagens que expõem a

gravidade da lesão ou, mesmo, casos atípicos que não se encontram na literatura especializada. Tais registros, segundo eles, seriam justificados e fundamentam a iniciativa em nome do interesse científico, tendo em vista que alguns deles escrevem livros ou artigos para revistas, lecionam em universidades e em cursos de especialização. Defendem que o uso desses registros se presta para compartilhar experiências profissionais que facilitam e enriqueçam o processo ensino-aprendizado.

Quanto a esse comportamento, aparentemente justo, é preciso lembrar que a Resolução 196/ 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos devendo-se levar em consideração os princípios bioéticos, como autonomia da vontade, não-maleficência, beneficência e justiça, enquanto paradigmas que buscam assegurar os direitos e os deveres das partes envolvidas em trabalhos de pesquisas. Esse documento impõe exigências a fim de limitar desvios, de acordo com o interesse científico atinente ao tema pesquisado, os benefícios para o sujeito da pesquisa, ou os malefícios que lhe possam advir. Aliás, a Resolução exige como condição precípua a existência e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando, assim, os sujeitos que são ou que estão em condições de vulnerabilidade ou incapacidade, ainda que transitória. Também se fazem necessárias medidas que objetivem e assegurem a confidencialidade e a privacidade da imagem, fugindo a qualquer possibilidade de estigmatizar o sujeito.

Ainda em relação ao direito de imagem e à privacidade do sujeito, cabe pontuar o Código Civil de 2002, que ressalta a garantia de proteção da pessoa e condições de reparação de danos. Nele destacamos dois dispositivos concernentes à questão da imagem:

Artigo 1^o – Toda pessoa é capaz de direitos e deveres na ordem civil.

Artigo 21 – A vida privada da pessoa natural é inviolável [...].

No que tange a esse mesmo direito, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), aprovado pela Resolução COFEN 311/ 2007, orienta que a conduta profissional deve observar os preceitos éticos em todo o ciclo vital, incluindo até mesmo o seu término. É o que está expresso no seu art. 19 em relação ao cadáver e à sua cultura.

Artigo 19 – Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

No Capítulo das Proibições constantes do CEPE, vemos apontado como impedimento os arts. 98 e 108:

Artigo 98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

Artigo 108 – Inserir imagens ou informações que possam identificar pessoas e instituições sem sua prévia autorização.

Esses artigos aqui transcritos são relevantes parâmetros que balizam as questões de cunho ético; eles devem nortear a constante busca do proceder profissional correto, não só do ponto de vista técnico, como também no aspecto moral, ético e legal.

É importante ainda compreender que os valores éticos sofrem constantes atualizações nas sociedades; às vezes de modo rápido, às vezes muito lentamente. A máxima “nem tudo que é legal é moral, e nem tudo que é moral é legal” reforça o entendimento de que devemos estar sintonizados com o nosso tempo e com a nossa sociedade. Se é essencial estar em sintonia com a cultura local, com o período histórico, é também essencial nunca perder de vista que é inescusável alegar desconhecimento jurídico como argumento quando se trata de possível defesa. Isto posto, devemos entender que o conhecimento é o melhor e mais efetivo instrumento de trabalho que ajuda o enfermeiro a realizar-se como profissional da saúde em qualquer circunstância. Nos arquivos da sabedoria popular de valor universal, vamos encontrar um adágio árabe: “disciplina é liberdade”.

Podemos acrescentar: disciplina que resulta em atendimento bem feito, e liberdade que dá suporte para decisões mais difíceis.

10.2 PERSPECTIVAS TECNOLÓGICAS PARA APH

Anantharaman e Han (2001) descrevem a tecnologia de integração do APH e os hospitais, há muito em desenvolvimento em Singapura, desde meados da década de 1990. Segundo eles o aumento da eficiência do atendimento pré-hospitalar é maximizada pela eletrônica, rumo ao novo milênio.

Gomes, Moraes Jr. e Timerman (2007) apontam que os sistemas de APH no Brasil, no que diz respeito à telemedicina e a regulação médica, ainda se encontram em estágio incipiente.

Dentre as normatizações existentes, a Resolução CFM 1.643/ 2002 define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Destaca que, não obstante os resultados positivos existem, problemas éticos e legais decorrentes de sua utilização. A Telemedicina deve contribuir para favorecer a relação individual médico-paciente rumo ao melhor tratamento. Diz a Resolução:

Artigo 1º - a Telemedicina como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde.

Artigo 2º - que os serviços prestados através da Telemedicina deverão ter a infra-estrutura tecnológica apropriada pertinentes e obedecer às normas técnicas do CFM pertinentes à guarda, manuseio, transmissão de dados, confidencialidade, privacidade e garantia do sigilo profissional. Isto expõe as situações limite onde se encontra o profissional enfermeiro ao buscar uma retaguarda na regulação médica.

Há situações de atendimento de emergências e/ou urgências por Unidades de Suporte Intermediário, ou seja, não conta com a presença do

médico, onde mister se faz uma intervenção e administração de drogas, em busca do restabelecimento da saúde e/ ou vida da vítima. É por conseguinte, imperioso estabelecer comunicação imediata com o médico regulador na respectiva central de regulação, onde as conversas deverão ser gravadas e, se possível, impressos, registros eletrocardiográficos e quaisquer outros meios possíveis. Em seguida a esses registros e, após o contato adequadamente estabelecidos, dar-se-á início aos procedimentos que devem ser aplicados ao caso. Trata-se de uma relação de interdependência que é ímpar, e que irá depender ainda do grau de confiança e de espírito de colaboração que deve existir entre estes profissionais, com base em experiências anteriores e vínculos existentes. Contamos ainda, com precárias condições de comunicação, registro e armazenamento das informações transmitidas e as condutas autorizadas, o que dificulta a realização dessa modalidade de assistência.

Em situação de atendimento à vítima de PCR, é importante avaliar a existência de sinais caracterizadores de morte evidente. A partir dessa avaliação dispensa-se o início das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) ou a manutenção dessas manobras de RCP quando já iniciada, sendo que a vítima precisa manifestar condições indicando que as manobras devam ser mantidas.

No Brasil, existe um limitante legal que reserva ao médico a capacidade, portanto a responsabilidade de constatar e atestar óbito. Por conseguinte, em situações onde não existe a perspectiva da chegada do médico, deveria a equipe proceder o transporte à unidade hospitalar mais próxima, tomando a medida denominada "Transporte Imediato". Temos aí uma situação conflito: se a eficiência das manobras de RCP é muitas vezes questionável em situação estacionária, como garantir que as manobras realizadas no interior de viatura em deslocamento serão eficientes? Ainda corrobora tal entendimento o fato de que a cada minuto de permanência em PCR, a vítima perde cerca de 7% a 10% das chances de sobrevivência. Isso significa que, num transporte que demande alguns minutos em condições de

RCP com eficiência precária, resta caracterizada, no mínimo, conduta imprudente.

Sobre o cumprimento de Prescrição medicamentosa/ Terapêutica à distância, o COFEN também se manifesta na Resolução 225/ 2000:

Artigo 1º - É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/ terapêuticas, oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos.

Outrossim, essa Resolução admite exceção:

Artigo 2º - Ao reconhecer situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente. Ou seja, é necessário avaliar criteriosamente a necessidade de determinada intervenção e os riscos de sua não realização. Em última análise, é dever do profissional de enfermagem cuidar do cliente sob sua responsabilidade, oferecendo ao mesmo uma Assistência de Enfermagem segura e livre de riscos.

Mister se faz destacar:

Artigo 3º - Ocorrendo situações de urgência, obrigatoriamente deverá o Profissional de Enfermagem elaborar Relatório circunstanciado e minucioso, onde deve constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência, que o levou a praticar o ato, vedado pelo Artigo 1º.

Tal determinação deve ser rigorosamente observada pelo profissional enfermeiro, tendo em vista a possibilidade de qualquer demanda *a posteriori*, sendo que um documento pormenorizado poderá determinar a sua defesa legal.

É importante frisar que o médico tem liberdade e completa independência para decidir se utiliza ou não a Telemedicina; tal decisão, porém deve basear-se apenas na busca do benefício do paciente, conforme destaca a Resolução CFM 1.643/ 2002. É oportuno destacar a situação de serviços de APH em que as unidades de atendimento por condições inúmeras, circulam por vezes sem a presença do profissional médico e se deparam com situações circunstâncias que caracterizam emergências ou urgências. Nesse momento, cumpre considerar a possibilidade do uso da

telemedicina e regulação médica em benefício do cliente. Diante dessa situação, deverão o enfermeiro e médico considerar os princípios caracterizadores da bioética, tais como: a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a autonomia.

O enfermeiro que busca respaldo na telemedicina objetiva prestar um cuidado adequado à preservação da vida e/ou minoração do sofrimento de seu cliente, em condições com características de emergências ou urgências. Nessas circunstâncias ele precisa estar ciente de que responde solidariamente por informação inadequada prestada, bem como por conduta que ocasione danos ao cliente, conforme aponta a Resolução CFM 1.643/2002:

Artigo 4º - A responsabilidade profissional do atendimento cabe ao médico assistente do paciente. Os demais envolvidos responderão solidariamente na proporção em que contribuírem por eventual dano ao mesmo.

Um elemento essencial para o desempenho do médico que pratica a medicina à distância, portanto, sem ver o paciente, é a avaliação cuidadosa da informação que recebe, e só emitir opiniões e recomendações ou tomar decisões médicas se a qualidade da informação recebida for suficiente e enseje melhora nas condições do cliente.

Lopes e Fernandes (1999) apontam que a Declaração de Lisboa, aprovada em 1990, sobre a ética dos serviços médicos de urgência e sobre os Sistemas de Ajuda Médica Urgente da Europa e no Mundo. Esse documento recomenda que os serviços médicos de urgência e o sistema de ajuda médica devem obedecer aos princípios fundamentais dos Direitos do Homem e também respeitar de forma absoluta a autonomia da pessoa humana; oferecer o máximo de benefícios para a saúde; produzir o menor prejuízo possível e distribuir a ajuda da coletividade com critérios de justiça.

Na esteira da Declaração de Lisboa, temos a Declaração de Tel Aviv (Israel) sobre responsabilidades e normas éticas na utilização da Telemedicina, adotada na 51ª Assembléia Geral da Associação Médica

Mundial, em outubro de 1999, apresenta proposições a serem seguidas, como os exemplos nos seguintes tópicos:

- padronização em nível mundial, em busca dos contínuos avanços da tecnologia os quais criam novos sistemas de assistência a pacientes, com vistas ampliar a margem de benefícios;
- observar os princípios da ética médica, a que está sujeita mundialmente a profissão médica, nunca devem ser comprometidos;
- em emergências, a opinião do médico pode se basear em informação incompleta, porém nesses casos, a urgência clínica da situação será o fator determinante para se empregar uma opinião ou um tratamento. Nesta situação excepcional, o médico é responsável legalmente de suas decisões;
- quando pessoas que não são médicas participam da telemedicina, na recepção ou transmissão de dados, vigilância ou qualquer outro propósito, o médico deve assegurar-se que a formação e a competência destes outros profissionais de saúde, a fim de garantir uma utilização apropriada e ética da telemedicina;
- para todas as comunicações da telemedicina deve-se contar com um protocolo estabelecido que inclua os assuntos relacionados com as medidas apropriadas que se deve tomar em casos de falta da equipe ou se um paciente tem problemas durante a utilização da telemedicina;
- os médicos ao utilizar a telemedicina devem manter prontuários clínicos adequados dos pacientes e todos os aspectos de cada caso devem estar documentados devidamente. Deve-se registrar o método de identificação do paciente e também a quantidade e qualidade da informação recebida. O registro dos achados, recomendações e serviços de telemedicina utilizados, deve buscar assegurar a durabilidade e a exatidão da informação arquivada;
- a telemedicina é um campo promissor para o exercício da medicina e a formação neste campo deve ser parte da educação médica básica e continuada, e deve oferecer oportunidades a todos os médicos e outros profissionais de saúde interessados na telemedicina;
- a Associação Médica Mundial recomenda que as associações médicas nacionais adotem a Declaração da Associação Médica Mundial sobre as Responsabilidades e Normas Éticas na Utilização da Telemedicina; promovam programas de formação e de avaliação das técnicas de telemedicina, no que concerne à qualidade da atenção relação médico-paciente e eficácia quanto a custos; elaborem e implementem, junto com as organizações especializadas, normas de exercício que devem ser usadas como um instrumento na formação de

médicos e outros profissionais de saúde que possam utilizar a telemedicina; fomentem a criação de protocolos padronizados para aplicação nacional e internacional que incluam os problemas médicos e legais, como a inscrição e responsabilidade do médico, e o estado legal dos prontuários médicos eletrônicos.

Todas essas Declarações surgidas de encontros científicos, costumam seguir mesmo balizamento de princípios, – há longo tempo conhecidos – em sintonia com a bioética.

Quando consideramos a ocorrência de infrações éticas envolvendo a equipe de enfermagem, temos dados alarmantes, como os encontrados por Freitas (2002), que identificou o enfermeiro como comunicante de 97,3% das ocorrências encaminhadas à Comissão de Ética de Enfermagem, em Hospital Particular do município de São Paulo. Dentre as ocorrências apuradas, foram identificados os seguintes percentuais distribuídos pelas modalidades de infrações: 47,2% de casos de negligência; 28,47% de imprudência; 11,81% de imperícia; 8,33% por indução ao erro; e 4,17% por omissão. Embora esse pesquisador tenha levantado esses percentuais de ocorrências em ambiente hospitalar, cabe ressaltar que há uma carência de estudos que apresentem tais ocorrências no âmbito do APH no Brasil.

Em estudo posterior Freitas (2003) constatou que as ocorrências éticas com pessoal de enfermagem consistiam, basicamente, em infrações éticas decorrentes da má prática profissional, ou mais especificamente, quando a conduta profissional se caracterizou como negligente, imperita ou imprudente.

No caso de a infração caracterizar um crime, Delmanto (2000) ensina que o ato é considerado culposo quando o agente deu causa ao resultado, independentemente de sua vontade e finalidade do comportamento. A ocorrência, então, será da modalidade imprudência quando há a prática de ato perigoso contra a vida. A negligência se dá quando ocorre a falta de precaução por parte de um profissional, da qual implique riscos de agravos à saúde ou mesmo contra a vida da vítima. A modalidade imperícia

se reserva à falta de aptidão técnica, teórica ou prática, ao realizar determinado procedimento.

A imprudência em situação de APH pode acontecer com facilidade, especialmente em vítimas em condições críticas ou com riscos iminentes contra a vida. É o caso de administrar determinada droga psicoativa ou vasoativa em dosagem ou velocidade diversa da preconizada ou prescrita; ou então, escolher dispositivo inadequado para procedimento em situações de emergência/urgência ou realizar procedimento em desacordo com os protocolos de atendimento.

A negligência se caracteriza pela falta de precaução quanto à segurança em condutas e procedimentos. Exemplos: realizar punção de veia subclávea em situação de emergência/ urgência para tentar ressuscitação volêmica durante procedimento de RCP; não utilizar material estéril em procedimento invasivo e potencialmente iatrogênico.

A imperícia se reserva à falta de aptidão técnica, teórica ou prática, ao realizar determinado procedimento sem ter capacidade para realizá-lo. Com exemplo, um enfermeiro realizar uma drenagem de tórax em caso de suspeita de hemotórax; uma cricotireoidotomia para tentar manter a permeabilidade das vias aéreas; ou uma flebotomia com vistas a garantir um acesso venoso, quando não logra êxito na punção de acesso periférico ou intra-ósseo.

Ao atuar de modo prejudicial ao cliente, seja pela ação, em situações de imperícia ou imprudência, seja pela omissão, nos casos de negligência, – que ocorre por culpa de quem se omitiu – o enfermeiro dá ensejo à possibilidade de ser solicitado a promover a reparação do dano. Essa reparação poderá ser exigida nas esferas civil, penal e administrativa.

Nesse particular, situações extremas de erros podem ser evitadas. Nesse sentido, Oguisso (2006) ensina que a responsabilidade e

competência constituem um instrumento norteador para a tomada de decisões com base em normas legais e princípios ético-profissionais [...]:

responsabilidade é sempre a obrigação de responder por alguma coisa. Significa, pois, obrigação, encargo, compromisso ou dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se tenha convencionado, ou ainda, suportar as sanções ou penalidades decorrentes daquela obrigação.

Todavia, responsabilidade e competência se adquirem mediante um esforço diuturno voltado para a aquisição de novos conhecimentos e para maior identificação com os avanços tecnológicos.

Errar, enfim, é inerente à condição humana. A aceitação humilde dessa verdade permite ampliar nossa visão para olhar e compreender as circunstâncias que provocaram o erro. Carvalho e Vieira (2002), nesse particular, asseguram que uma visão sistêmica pode identificar essas circunstâncias na estrutura da organização e na implementação dos serviços. Assim acontecendo, essa perspectiva pode contribuir para superar erros e conduzir a equipe a um estágio de maturidade.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do resgate histórico, restou claro que a especialidade de cuidado extra-hospitalar – que hoje tem o nome de Atendimento Pré-hospitalar – não é propriamente uma novidade dentre as inúmeras do mundo moderno. Trata-se de uma prática milenar cujo conhecimento nos remete aos hábitos dos primeiros grupos da espécie humana, que, à sua maneira, já se dedicavam a prestar cuidados aos doentes ou acidentados no local onde se encontrava o membro do grupo necessitado. Naturalmente, com suas técnicas e conhecimentos rudimentares. Com a evolução da humanidade surgiu a primeira divisão social do trabalho segundo o sexo, cabia às mulheres a realização desses cuidados. Entendemos estar nesse fato a origem dos primeiros cuidadores, os remotos e incógnitos pioneiros do atendimento pré-hospitalar, numa distância cronológica muito longínqua da categoria profissional de hoje.

O desenvolvimento da modalidade de cuidado pré-hospitalar, ao longo da história, sempre esteve muito relacionada com eventos bélicos de alcance regional ou mundial. Durante esses períodos críticos da civilização, sempre havia a preocupação de reduzir as perdas de soldados. Por esta razão os postos de atendimento aos feridos avançaram até as proximidades dos campos de batalha, sendo esses serviços estruturados em acampamentos, barcos, escolas, igrejas, vagões de trens, entre outros. É; do mesmo modo, atribuída às guerras a oportunidade de grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos os quais de alguma maneira, também beneficiaram as conquistas da medicina.

Historicamente, estas são as origens do APH. Todavia, a existência desses serviços data de um pouco mais de um século, tendo sido desenvolvida especialmente junto aos serviços policiais e de bombeiros. No Brasil, a sua regulamentação é questão bastante recente; ela ocorreu com a promulgação da Portaria MS 2.048/ 2002 do Ministério da Saúde. A

existência de uma legislação atual que regulamente o desenvolvimento dessa atividade além de ser condição *sine qua non* de existência, é um quesito fundamental de eficiência, uma vez que leva à harmonização de protocolos de condutas e padronização de equipamentos e de técnicas.

As legislações complementares aplicáveis a cada categoria profissional são criadas de acordo com as necessidades sentidas pelos profissionais e seus respectivos conselhos de classe. Essas necessidades surgem à luz das novas demandas sociais, tecnológicas e conhecimentos científicos. As estatísticas epidemiológicas também são relevantes e direcionadoras das políticas de atenção à saúde. Quando os índices estatísticos revelam um aumento de agravos em ambiente pré-hospitalar, são propostas novas medidas visando a redução destes índices, tais como: políticas de esclarecimento e educação da população, direcionamento da formação dos profissionais para inseri-los nessa nova realidade e distribuição dos hospitais segundo as especialidades necessárias e afins a cada região.

Apesar de os desafios de caráter ético e de fundo legal constituírem alguma dificuldade que venha a ocorrer na atuação em serviços de emergência/urgência, trata-se de tema pouco discutido e documentado na realidade brasileira. É uma constatação que se fundamenta no fato de haver limitada publicação sobre o tema ainda nos dias atuais. Por outro lado, as situações que apresentam conflitos ou dilemas éticos são ainda subnotificados em nossas instituições. Isso costuma acontecer por parte dos profissionais que tem receio de sofrer alguma reprimenda na eventualidade de não ter assumido a conduta majoritariamente entendida como correta. Ocorre também por medo de processo em instâncias administrativas nas instituições onde trabalham e nos conselhos de classe, ou de processos judiciais, seja na esfera civil, seja no campo penal.

A existência de uma mentalidade evasiva quanto à discutir e documentar certas situações delicadas nutre um temor e a conseqüente

perpetuação da conduta de omissão. De igual modo, a ausência de uma discussão aberta, inibe a formação de um padrão de entendimento bioético, frente a essas situações. Não se pode esquecer que a retaguarda legal é primordial para estabelecer a segurança jurídica das ações e relações dos profissionais em dificuldade. Não obstante tal perspectiva, a legislação em regra se desenvolve e segue a reboque dos movimentos e anseios sociais; a partir de uma prática reiterada é que emergem projetos de leis e propostas de atualização do ordenamento jurídico.

Jones e Jones (2007) entendem que a prestação de cuidados em emergência apresenta complexo incremento de aspectos éticos e legais para o profissional. A decisão de iniciar ou interromper um tratamento leva diariamente a dilemas nas ações da emergência. Por esse motivo, a prática da tomada de decisão deve ser compartilhada entre a equipe multiprofissional, a partir da interpretação das leis, do pensar sobre o que o paciente deseja, o que ele precisa e os eventuais testemunhos de familiares e amigos.

No Brasil, são freqüentes os dilemas experimentados por profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros e médicos, em inúmeras ocasiões, principalmente em situações de emergência/urgência. É o momento em que a tomada de decisão deve buscar um entendimento unânime da equipe, tendo em vista que, além de questões técnicas, existem circunstâncias distintas, relacionadas com o contexto familiar e social.

Estudos realizados por profissionais suecos, como relatam Sandman e Nordmark (2006), apontam que os pacientes no atendimento pré-hospitalar recebem o melhor tratamento disponível, segundo a possibilidade de distribuição dos recursos. Quanto aos principais conflitos, suas discussões revelam que eles ocorrem em situações de RCP, ordens de DNR e situações de triagem em desastres. As questões que suscitam conflitos referem-se ao melhor interesse do paciente, ao papel do profissional de pré-hospitalar, à auto-identificação de ideais, à estrutura e recursos a serem

administrados, e à auto-determinação do paciente. Apesar de os conflitos serem numerosos, raros são aqueles exclusivos do ambiente pré-hospitalar; as questões sobre a prestação ou não dos cuidados, são as mais registradas pelos enfermeiros e paramédicos.

A realização de estudos sobre a percepção dos profissionais que atuam em atendimento de emergência/ urgência em APH, e sobre as ocorrências ético e legais que permeiam seu trabalho, pode servir de referência ou de ponto de partida para novas discussões e posicionamento de órgãos de classe como COFEN, COREN, CFM e CRM. No conjunto dessa possibilidade, seria de interesse inserir as reflexões do presente estudo como proposta para pesquisas futuras que possam contribuir para uma melhoria das condições e diretrizes de atuação das equipes de saúde em geral e do APH em particular.

A perspectiva dos resultados positivos de futuros estudos e pesquisa permitem acreditar que serão significativamente oportunos, pelo fato de estender todas essas discussões a todos os profissionais interessados no tema e envolvidos na área de atuação. A concretização dessa hipótese elimina a necessidade de cada um individualmente, para poder adquirir experiência e conhecimentos, ter que passar por novos eventos, posto tratar-se de situação corrente e cotidiana no meio de APH e nos demais serviços de emergência/ urgência.

Tais estudos tornar-se-ão oportunos, em aproximar estas discussões a todos os profissionais interessados no tema e na área de atuação, afastando a necessidade de se experimentar tais eventos como novos pioneiros, posto tratar-se de situação corrente e cotidiana no meio de APH e demais serviços de emergência/ urgência.

A proposição do Conselho Federal de Medicina apresentada na exposição de motivos da Resolução 1.805/ 2006 é oportuna ao colocar-se ao lado da Organização Mundial da Saúde, que preconiza um enfoque

terapêutico voltado ao tratamento de doentes em estado terminal. Este enfoque objetiva oferecer cuidados paliativos, com uma abordagem voltada à qualidade de vida do doente e dos familiares, frente a problemas associados à doença que oferece riscos à vida. De igual modo, preconiza a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce, a partir de uma avaliação precisa e criteriosa, com tratamento da dor e dos sintomas de natureza física, psicossocial ou espiritual.

Todas as análises e discussões que foram expostas em páginas anteriores tiveram a intenção de delinear um panorama onde o enfermeiro pudesse situar-se como profissional em condições de exercer com dignidade e eficiência sua profissão.

A esse respeito a Portaria MS 2.048/ 2002 do Ministério da Saúde é precisa ao apontar o tipo de profissionais oriundos da área de saúde e respectivas competências/atribuições para atuação no APH. São requisitos do enfermeiro: a disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental para a atividade, disposição para cumprir ações orientadas, experiência prévia em serviço de saúde de emergência/ urgência, iniciativa e facilidade de comunicação, condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis, capacidade de trabalhar em equipe, disponibilidade para capacitar-se e reciclar-se periodicamente. No campo do exercício da enfermagem, essa Portaria discrimina ainda as competências e atribuições dos auxiliares e técnicos de enfermagem, da equipe médica, profissionais não oriundos da área da saúde.

Como não poderia deixar de ser, o tipo de profissional do APH necessariamente deve respeitar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Com efeito, o seu art. 1º garante o direito de exercer a enfermagem com liberdade e autonomia, e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos. Tal garantia

é clara e norteadora do atuar do profissional enfermeiro em seu mister, rumo à promoção, proteção e recuperação da saúde de seus clientes.

E o seu art. 5º acentua ainda a responsabilidade e o dever de exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. São características que devem servir de parâmetros do atuar do enfermeiro, garantindo, assim, a melhor assistência, e observando os princípios da não maleficência, da igualdade e da justiça.

REFERÊNCIAS

Albino RM, Riggenbach V. Atendimento hospitalar inicial ao politraumatizado. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2004;33(3):18-22.

Ananthharaman V, Han LS. Hospital and emergency ambulance link: using IT to enhanced emergency pre-hospital care. Int J Med Inform. [periódico na Internet]. 2001 maio. [citado em 2001 maio];61(2)147-161. Disponível em: www.elsevier.com/locate/ijmedinf.

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: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde e Secretaria Nacional da Assistência à Saúde. Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas. Brasília; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. In: Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2002. Seção 1, p. 32-54.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 737, de 16 de maio de 2001b. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbi-mortalidade por acidentes e violências. In: Diário Oficial da União, Brasília, 17 maio 2001. Seção 1e.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 814, de 1º de junho de 2001a. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar. In: Diário Oficial da União, Brasília, 2 jul. 2001. Seção 1, p. 149-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências. Disponível em: http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/portaria_ms_gm_1864_03.doc

Brocato C, Kett DH. The Laryngeal Mask AirWay: a different approach to airway management. Rev Soc Cardiologia do Estado de São Paulo. 1998;8(4):650-4.

Campos PFS. Fundamentos para o estudo da história da enfermagem. In: Oguisso T Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2ed. Barueri: Manole; 2007.

Carabaja K, Silva RC, Ferreira Filho UR. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: SAMU no município de Curitiba – PR. Disponível em: http://72.14.205.104/search?q=cache:8c9w_E7aNDMJ:lcms.uniandrade.br/publicador/publicacoes/Revistas/enfermagem/artigo029.pdf+SAMU+Curitiba+%22diserta%C3%A7%C3%A3o%22&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=5&gl=br&lr=lang_pt.

Cardoso CF, Vainfas R. Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus; 1997.

Carrijo AR. Registros de uma prática: anotações de enfermagem na memória de enfermeiras da primeira escola nightingaleana no Brasil (1959-1970) [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. J Pediatr. 2002;78(4):261-7.

Carvalho RT, Serrano Jr, Cruz Vermelha. Aspectos Éticos e Legais na PCR e RCP. In: Timerman S, Gonzalez MMC, Ramires JAF. Ressuscitação e emergências cardiovasculares: do básico ao avançado. Barueri: Manole; 2007. p. 557-63.

Castro H. História social. In: Cardoso CF, Vainfas R. Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p.45-59.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. [legislação na Internet]. Brasília; 1986 [citado 1986 jun. 25]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>

Conselho Federal de Medicina (CFM) Resolução CFM n. 1805/2006. In: Diário Oficial da União, Brasília, 28 nov. 2006, Seção I, p. 169.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 1643, de 07 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Conselho Federal de Medicina-CFM [legislação na Internet]. Brasília; 2002 [citado 2002 ago. 07]. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1643_2002.htm.

Cristina JA. Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento avançado pré-hospitalar móvel ao adulto em situação de parada cardiorespiratória [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.

Dantas RG, Seixas AZ. Ressuscitação Pré-Hospitalar. Rev Soc Cardiol do Estado de São Paulo. 1998;8(4):842-4.

Delmanto C, Delmanto R, Delmanto Jr, Delmanto FMA. Código penal comentado. 5ª ed. Rio de Janeiro: Renovar; 2000.

Duarte LEMN. A Ação do Enfermeiro Frente a Conflitos e Dilemas Éticos Vivenciados em Centro Cirúrgico [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.

Fonseca SC. Atendimento pré-hospitalar. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 315-8.

Fortes PAC. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais: tomada de decisões. autonomia e direitos do paciente. estudo de casos. São Paulo: Pedagógica Universitária; 1998.

Foucault M. O Nascimento da Clínica. Trad. de Roberto Machado. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense – Universitária; 1980.

Freitas GF, Fernandes MFP. Ética e moral. In: Oguisso T, Zoboli E. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole, 2006, p. 45-60.

Freitas GF. Ocorrências éticas com pessoal de enfermagem de um hospital no município de São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Freitas GF. Aspectos Éticos e Legais Envolvendo a Atuação dos Profissionais de Enfermagem na Emergência. In: Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 83-97.

Gentil RC. Aspectos históricos e organizacional da remoção aeromédica: dinâmica da assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1997;31(3):452-67.

Giovanini T, Moreira A, Schoeller SD, Machado WCA. História da enfermagem: versões e interpretações. 2ªed. Rio de Janeiro: REVINTER; 2002.

Gomes AMC, Moraes Jr J, Timerman S. Telemedicina e sua aplicação em emergências. In: Timerman S, Gonzalez MMC, Ramires JAF. Ressuscitação e emergências cardiovasculares: do básico ao avançado. Barueri: Manole, 2007. p. 271-78.

Gonzalez JB. El Arte de Enfermeria (1833). Madrid: Oficina de D. Juan Nepomuceno Ruiz; 1997.

Grudzen C. Out-of-hospital resuscitation: have we Gone too far? Prehospital and disaster medicine. 2006;21(6):445-50.

Jones S, Jones B. Advanced directives and implications for emergency depArtigoments. Br J Nurs. 2007;16(4): 220-3

Le Goff. A História Nova. Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes; 1990.

Lloret FR, Serrano ER, Pons G, Lloret JBM. Aspectos médico-legales de la medicina de emergencia em los accidentes de tráfico. Alicante: Division de Medicina Legal Y Forense de la Universidad Miguel Hernandez; 2002.

Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento medico pré-hospitalar. Medicina (Ribeirão Preto). 1999;32(4):381-7.

López, S. Directorio de Enfermeros y Artífice de obras de caridad para curar lãs enfermedades del cuerpo. Sevilla: 2001.

Machado WCA. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: Geovanini TM. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

Malvestio MAA, Sousa RMC. Suporte Avançado à Vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito. Rev Saúde Publica. 2002;36(5):584-9.

Malvestio MAA. Suporte avançado a vida: analise da eficácia do atendimento a vitimas de acidentes de transito em vias expressas [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Martins PPS, Prado ML. Enfermagem e serviços de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2003;56(1):71-5.

Mason AM. Use of the intubating mask airway in pré-hospital care: a case report. Resuscitation [periódico na Internet]. 2006;51(1) [citado em 2001 out.]; 91-5. Disponível em: www.elsevier.com/locate/resuscitation.

Massarollo MCKB, Fernandes MFP. Ética e Gerenciamento em Enfermagem. In: kurcgant P. Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.14-25.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1999.

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da Enfermagem Brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians). Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado. Trad. de tradução de Diego Alfaro e Hermínio de Mattos Filho. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

Oguisso T, Zoboli E. Ética e Bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006.

Oguisso T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. Barueri: Manole; 2005.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. São Paulo: Artmed; 2004

Porto F, Amorim W. História da enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas. Rio de Janeiro: Águia Dourada; 2007.

Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):355-60.

Roudsari BS et als. Emergency Medical Service (EMS) systems in developed and developing countries. Injury. [periódico na Internet]. 2007 [citado em 2007 set.]; 38:1001-13. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/injury>.

Sandman L, Nordmark A. Ethical Conflicts in prehospital emergency care. Nursing ethics [periódico na Internet]. 2006. [citado em 2006 nov.];13:592-607. Disponível em: <http://www.nej.sagepub.com>.

São Paulo (Estado). Decreto n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. [legislação na Internet]. São Paulo; 1999 [citado em 1999 mar. 18]. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/E-LE10241-180399.pdf>

São Paulo (Estado). Decreto n. 51.435, de 29 de dezembro de 2006 Dispõe sobre criação e organização na Secretaria da Saúde da Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde e dá providências correlatas. [legislação na Internet]. São Paulo; 2006 [citado em 2006 dez. 29]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.dezembro.06/iels247/E_DC-51435_281206.pdf

Segre CA, Grinberg M, Accorsi TAD. Ética em emergência. In: Timerman S, Gonzalez MMC, Ramires JAF. Ressuscitação e emergências cardiovasculares: do básico ao avançado. Barueri: Manole; 2007. p. 553-56.

Serrano Jr CV, Safi Jr J, Timerman A. Aspectos éticos e legais da reanimação cardiopulmonar. Rev. Soc. Cardiologia de São Paulo. 1998;8(4):879-84.

Sousa RMC. Perfil de Morbimortalidade Brasileira e suas Repercussões Sociais. In: Calil AM, Paranhos WY. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu; 2007; p. 1-13.

Thomaz RR, Lima FV. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar na cidade de São Paulo. Acta Paul Enf. São Paulo. 2000;13(13):59-65.

Thomaz RR, Miranda MFB, Souza GAG, Gentil RC. Enfermeiro de bordo: uma profissão no ar. Acta Paul. Enf. 1999;12(1):86-96.

Timerman S, Paiva E, Tarasoutchi F. Suporte avançado de vida: implantação no Brasil e sua essência. Rev. Soc. Cardiologia de São Paulo. 1998;8(4):621-32.

Vargas D. Atendimento pré-hospitalar: a formação específica do enfermeiro na área e as dificuldades encontradas no início da carreira. Rev Paul Enferm. 2006;25(1):46-51.

Vieira TT, Rosa DOS. Dilemas emergentes no campo da ética. In: Oguisso T, Zoboli E. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006. p. 200-23.

Woollard M, Whitfield R, Newcombe RG, Colquhoun M, Vetter N, Chamberlain D. Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: a randomised controlled trial. [periódico na Internet]. 2006 [citado em 2006 Nov.];71(2):237-247. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/resuscitation>.

Zoboli ELCP. Bioética: gênese, conceituação e enfoques. In: Oguisso T, Zoboli E. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole; 2006. p. 111-35.