

PARECER CREMEB Nº 55/10
(Aprovado em Sessão Plenária de 10/12/2010)

EXPEDIENTE CONSULTA N.º 189.616/10

ASSUNTO: Protocolos SAMU Metropolitano de Salvador

RELATOR: Cons. José Abelardo Garcia de Meneses

EMENTA

É admissível a adoção dos protocolos propostos (“ACESSO VENOSO”, “OXIGENOTERAPIA” e “ADMINISTRAÇÃO DE GLICOSE”) no atendimento pré-hospitalar SAMU-192, desde que o Médico Regulador seja informado das medidas adotadas.

EXPOSIÇÃO

A consulta cinge-se a atuação do SAMU-192 da região Metropolitana de Salvador nos seguintes termos:

“Considerando que o SAMU 192 constitui serviço de atendimento de urgência em ambientes diversos, e não raro apresentando fatores de dificuldades importantes para manutenção da qualidade do atendimento.

Considerando que utilizamos como forma de comunicação principal entre as equipes móveis de intervenção e a central de regulação, a telefonia celular e que por muitas vezes esse contato se faz difícil por fatores diversos tais como áreas de sombra.

Considerando que a demanda da população cresce a cada dia tornando o contato entre o médico regulador e as equipes de intervenção menos imediata.

Considerando que 85% das unidades são chamadas de básicas, ou seja, são constituídas apenas de um técnico de enfermagem e um condutor socorrista.

Considerando o alto índice de atendimento a ocorrências traumáticas por essas equipes básicas.

Considerando o alto índice de aprovação por parte dos médicos reguladores da proposta de protocolos para as situações especificadas nos mesmos, conforme lista de assinaturas em anexo.

Considerando que a autorização dos procedimentos especificados seria restrita às situações onde a comunicação com o médico regulador seja difícil ou impossível.

Solicitamos a avaliação e aprovação dos três protocolos em anexo, acreditando que com a efetivação dos mesmos estaremos melhorando a qualidade do nosso serviço e diminuindo as eventuais complicações.”

Anexa três protocolos de atendimento denominados “ACESSO VENOSO”, “OXIGENOTERAPIA” e “ADMINISTRAÇÃO DE GLICOSE” e uma lista de assinaturas de concordância com estes.

PARECER

Inicialmente cabe citar o Parecer 34/2005 do Egrégio Conselho Federal de Medicina que versa sobre a matéria, *in verbis*:

“De plano, observa-se que há desinformação quanto ao atendimento prestado pelo Samu em termos de suporte básico e suporte avançado, não esquecendo de que se trata de atendimento de urgência.

Considera-se como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde, agravo esse que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, dependendo da população a ser atendida, mantendo uma relação mínima de uma ambulância para cada cem mil habitantes. Por unidade, entenda-se uma ambulância dotada de equipamentos, materiais e medicamentos, guarnecida por uma equipe de pelo menos dois profissionais, além do condutor(a), treinados para oferecer suporte básico de vida sob supervisão e condições de funcionamento pré-hospitalar

É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico. Assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada unicamente por médico.

Na urgência-emergência deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica.

O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao SUS, envolvendo as escolas médicas e de enfermagem locais, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde. Deverá haver um programa mínimo que contemple todo o conhecimento teórico e prático necessário à realização eficaz dos atos praticados. A aprovação dos treinandos deverá obedecer ao critério da competência, ou

seja, o aluno deverá demonstrar, na prática, em exercícios simulados, plena capacidade e competência para realizar os atos.

O sistema deverá dispor de um programa de treinamento continuado e supervisão médica e de enfermagem em serviço.

Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, com presença permanente de médico coordenador (médico regulador) que, quando pertinente, despachará o atendimento emergencial para a unidade mais próxima, colhendo, ainda, informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também deverá existir uma rede de comunicação entre a Central e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente. Considerando-se as particularidades regionais, os CRMs poderão normatizar sobre outro modo de regulação médica.”

Em seguida são transcritas as atribuições dos Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem retiradas do site do próprio SAMU-192.

Para concluir adiante:

“Observamos que não há conflito de competências de nenhuma espécie com a área de enfermagem, onde as atribuições e competências estão claramente definidas. O suporte avançado é de exclusividade médica, pois implica a adoção de procedimentos invasivos que devem ser ensinados somente a médicos e aos estudantes de Medicina, conforme preconiza outra resolução do CFM.

O próprio CFM, pela Resolução nº 1.671/03, regulamentou o atendimento pré-hospitalar e o seu artigo 1º é cristalino: “Que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, portanto, sua coordenação, regulação e supervisão direta e a distância deve ser efetuada por médico, com ações que possibilitem a realização de diagnóstico imediato nos agravos ocorridos com a conseqüente terapêutica”. Em seu anexo, a resolução esclarece toda e qualquer dúvida sobre o assunto.”

Dos três protocolos apresentados, ACESSO VENOSO, OXIGENOTERAPIA e ADMINISTRAÇÃO DE GLICOSE, os dois primeiros são da prática histórica de profissionais de enfermagem. Quanto a reposição de glicose consultamos o portal da Sociedade Brasileira de Diabetes e encontramos o seguinte:

“Classificação

A- Hipoglicemia sintomática documentada: o portador de diabetes e/ou cuidadores são capazes de reconhecer e tratar a hipoglicemia após a medida da glicemia capilar. São hipoglicemias leves a moderadas.

B- Provável hipoglicemia sintomática: na presença de sintomas de hipoglicemia, na impossibilidade de realização da glicemia capilar, é realizada a ingestão de alimentos com melhora dos sintomas.

C- Hipoglicemias relativas: muito comuns, são os sintomas de hipoglicemia aliviados pela ingestão de alimentos, mas com glicemias acima de 70 mg/dL. Ocorrem quando as glicemias diminuem rapidamente e podem ocorrer quando os níveis de glicemias são pobremente controlados cronicamente. Esta situação, se não detectada e bem orientada, pode prejudicar o tratamento do diabetes.

D- Hipoglicemia severa: níveis glicêmicos baixos, com perda de consciência, convulsões ou coma, onde é necessário terapia com glicose endovenosa ou glucagon.”¹

Portanto, podemos concluir não existir nada a ser reparado ao proposto na presente consulta.

CONCLUSÃO

O atendimento pré-hospitalar foi criado no Brasil há cerca de 20 anos visando a redução de danos decorrentes de traumas e agudização de agravos à saúde. Neste período estes heróis e heroínas têm desenvolvido um trabalho digno do respeito da sociedade brasileira, haja vista as condições e as peculiaridades deste atendimento. Apesar deste reconhecimento da sociedade ainda perduram conflitos entres os diversos segmentos envolvidos nesta bem articulada forma de assistência.

Sob a ótica da otimização do atendimento entendemos que as propostas de protocolos devem ser bem recepcionadas, à semelhança do que tem feito a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina com o PROJETO DIRETRIZES e as DIRETRIZES CLÍNICAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR.

A respeito do ora apresentado, que entendemos ser situação de caráter excepcional, quando a comunicação entre o técnico de enfermagem da unidade básica e o médico regulador estiver prejudicada pelas questões que independem do arcabouço da assistência, é admissível que o profissional de enfermagem possa realizar o acesso venoso proposto quando este for da modalidade periférica, vedado o acesso venoso central, conforme preconiza o Parecer CFM N° 51/1999 (*“Responsabilidade profissional. Ato médico específico. A punção de veias centrais, entre estas a da veia subclávia, é ato exclusivo e indelegável do profissional médico.”*). Recomendamos ainda que o Médico Regulador deva ser acionado imediatamente para as condutas a serem adotadas quando as

¹ <http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/educacao/1449-a-barreira-da-hipoglicemia-no-tratamento-do-diabetes>. Acesso em 29 de outubro de 2010.

circunstâncias não permitirem a sua presença. Portanto, que o previsto nos protocolos seja implementado na prática, visando a proteção do paciente.

Este é o PARECER. SMJ.

Salvador (Ba), 29 de outubro de 2010.

Cons. José Abelardo Garcia de Meneses

RELATOR