

## **COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA**

### **PROJETO DE LEI Nº 214, DE 2003**

Cria o projeto ambulância sobre duas rodas em todo território nacional e dá outras providências.

**Autor:** Deputado José Divino

**Relatora:** Deputada Sandra Rosado

#### **I - RELATÓRIO**

O Projeto de Lei nº 214, de 2003, de autoria do Deputado José Divino, tem como base o uso de motocicletas acionadas por meio de chamadas telefônicas para o telefone 192 – Corpo de Bombeiro e Defesa Civil, e 192 – Pronto Socorro; que seriam enviadas concomitantemente às ambulâncias a fim de atender os casos de emergência e risco de vida.

As motocicletas ambulâncias representariam resposta imediata para enfrentar o tráfego quase sempre congestionado nos grandes centros urbanos.

A proposição menciona que “o tratamento médico será prestado rapidamente, antes de outras formas de ajuda chegarem”. Caberá ao “paramédico” cuidar do paciente no local e dependendo das circunstâncias, cancelar a vinda de outras ambulâncias, liberando-as para casos mais graves.

O projeto indica que o atendimento será conduzido por um paramédico motociclista, devidamente equipado com as necessidades básicas para o pronto atendimento de primeiros socorros, incluindo desfibriladores cardíacos.

A proposição estabelece, ainda, que o Corpo de Paramédicos será um corpo auxiliar do Corpo de Bombeiro e Pronto Socorro, cujos profissionais serão contratados através de concurso público autorizado pelo Poder Executivo para o fim específico.

Na justificação foi enfatizada a questão de que o trânsito nos grandes centros pode retardar o socorro a vítimas de acidentes, que poderiam falecer em função disto. O programa proposto tornaria o atendimento mais ágil, fato esse exemplificado por estudo realizado na Inglaterra.

O programa foi considerado pelo Autor como solução fácil e de custo muito baixo, que deverá ampliar a oferta dos serviços básicos de saúde para a população.

O projeto foi avaliado em seu mérito pela Comissão de Viação e Transportes, onde foi aprovado. Após a apreciação pela CSSF, a matéria tramitará na Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, para o exame dos aspectos de constitucionalidade, legalidade, juridicidade, regimentalidade e de técnica legislativa, estando dispensada a competência do plenário, para discussão e votação, nos termos do art. 24, II, do Regimento Interno.

Não foram apresentadas emendas no prazo regimental.

É o relatório.

## **II - VOTO DA RELATORA**

Ainda que os objetivos do ilustre Autor sejam relevantes, a proposição em análise apresenta problemas, que comentaremos a seguir, os quais nos impedem de apoiá-la.

A definição de serviços de saúde sem considerar a realidade de cada local, por exemplo, que a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte e não tem problemas de congestionamento de trânsito, contraria a diretriz constitucional da descentralização dos serviços e ações do SUS, a qual permite que os gestores municipais e estaduais de saúde organizem

a assistência à saúde de modo a atender as reais necessidades da população sob sua jurisdição, de acordo com critérios epidemiológicos.

Outros aspetos técnicos da proposta são, igualmente, fonte de preocupação.

Não há dúvida de que o conteúdo da proposição é interessante e tem potencial para agilizar o atendimento em situações de emergência nas grandes cidades. De fato, países como a Inglaterra vem utilizando motocicletas em seus serviços de ambulância como forma complementar a todo um sistema que inclui muitos outros aspectos e tipos de atendimento por unidades especiais.

Eis a grande diferença, o projeto apresentado funcionaria muito bem no contexto da Inglaterra. Entretanto, existem diferenças fundamentais em relação ao contexto do Brasil, que dificultam a implantação do programa em nosso País.

Um primeiro problema, de elevada complexidade, consiste em instituir a realização de “tratamento médico” por meio de um “paramédico motociclista”.

A definição do ato médico é tema de Projeto de Lei do Senado nº 25, de 2002, que está tramitando naquela Casa.

Um parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) - nº 26, de 2003 -, indica que a entubação orotraqueal e a desfibrilação cardíaca são atos médicos, sendo permitido a leigos, na ausência de médico, a utilização de desfibrilador cardíaco automático externo. O parecer enfatiza que os cursos que ensinam atos médicos só podem ter como alunos médicos ou estudantes de Medicina e que a atuação de profissional não médico em atos de reanimação é exercício ilegal da Medicina.

O parecer cita o artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda “ao médico delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”; e também a Resolução CFM nº 1.627/01, de 23/10/01, que define e regulamenta o ato médico e indica que tais atos devem ser exercidos unicamente por médicos.

Como exemplos de atos médicos são citados, no parecer, a “desfibrilação cardíaca” e “entubação orotraqueal”, uma vez que são

“necessários conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, cardiologia e pneumologia, teóricos e práticos, somente possíveis, no Brasil, em cursos médicos e, em casos especiais, em cursos lato sensu, tais como ATLS (Advanced Trauma Life Support), ACLS (Advanced Cardiac Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support) e outros que devem ser ministrados por médicos e ensinados exclusivamente aos médicos, já que, nos mesmos, são praticados diversos procedimentos médicos”.

O parecer conclui com a recomendação de que sejam responsabilizados os médicos professores de cursos que ministram e ensinam aos profissionais não-médicos procedimentos médicos exclusivos e que os Conselhos Regionais de Medicina fiscalizem a realização de tais cursos, proibindo a participação de outros profissionais de saúde não-médicos.

É bem verdade que o parecer indica que, na ausência de um médico, e diante de uma pessoa em iminente perigo de vida (considerado um excludente de ilicitude), qualquer pessoa pode agir para tentar salvá-la. Entretanto, foi destacado o aspecto da casualidade da participação do não-médico nessas situações.

Em relação à entubação orotraqueal, por ser procedimento de difícil execução e que requer treinamento intenso e repetitivo, considerou-se não ser possível sua prática por profissional não-médico.

Quanto à desfibrilação cardíaca, há parecer específico do CFM (nº 44, de 2001), que ao reconhecer a relevância de rápido atendimento a pacientes com doenças coronarianas para reduzir a mortalidade, indica que: "em situações de emergência e na ausência de médico no local, o uso de desfibriladores cardíacos automáticos externos pode ser feito por leigos treinados e supervisionados por médicos, através de cursos promovidos por Sociedades de Especialidades afins e fiscalizados pelos Conselhos de Medicina".

Em resumo, consideramos que a implantação do programa seria dificultada pois o paramédico teria que executar, regularmente, atos médicos não supervisionados (não apenas a desfibrilação), o que, atualmente, não encontra apoio nas normas legais do País.

A situação é diferente de outros países, onde conforme o citado no Parecer nº 26, de 2003, do CFM, “os paramédicos são treinados em vários procedimentos médicos, amparados por legislação específica, que limita

sua atividade somente para emergências e na ausência de médico no local”. Em relação ao Brasil, o parecer informa: “cursos como o BLS (Basic Life Support) e PHLS (Prehospital Life Support) são ministrados às equipes de emergência que atuam no atendimento pré-hospitalar, compostas por enfermeiros, técnicos e até, mesmo, aos motoristas de ambulância, chamados, genericamente, de ‘socorristas’”. O que se pressupõe é que, no Brasil, as equipes de emergência sejam supervisionadas por médicos.

É preciso considerar, também, que um projeto dessa natureza não pode se basear em apenas poucos aspectos. A “British Association for Accident and Emergency Medicine” divulga que para um atendimento de emergência de qualidade deve existir um sistema organizado de emergência em que os pacientes tenha acesso rápido a clínicos experientes que ofereçam ou supervisionem os serviços, e que disponha de equipe motivada e de qualidade.

O Departamento de Saúde da Inglaterra está reformando o sistema de emergência do país, que tem mais de 50 anos. A reforma do setor faz parte de uma estratégia para melhorar o sistema de saúde como um todo.

O programa inglês inclui tempos mais rápidos de resposta das ambulâncias e melhor treinamento e equipamento para as equipes das ambulâncias, mas salienta que os problemas na assistência à emergência não podem ser abordados isoladamente.

O serviço de ambulância da Inglaterra tem um papel central na reforma. Já ocorreu investimento maciço neste serviço. Mais de 50 milhões de libras foram investidos nos últimos quatro anos, resultando em: maior número de profissionais nas equipes de atendimento e mais veículos, introdução de sistemas de navegação por satélite para acelerar a resposta das equipes, e melhores equipamentos para tratar pacientes cardíacos.

Para melhorar o serviço de ambulância o sistema inglês considera que a ativação rápida do serviço é o fator mais importante, o que é atingido por meio de: existência de um sistema integrado de coleta e distribuição de solicitações; envio de veículos predeterminados; transferência rápida de informação para as equipes, baseada num bom sistema de comunicações; existência de equipes de sobreaviso localizadas próximas a áreas de risco; e previsão de número de equipes calculada de acordo com análise da demanda.

Também considera-se relevante que o sistema de saúde tenha habilidade para resolver solicitações que não sejam de emergência em tempo razoável, a fim de desafogar o sistema de emergência.

No Sistema de Ambulância de Londres, que realiza aproximadamente um milhão de atendimentos anuais, existiam em 2003 761 veículos, sendo a maior parte ambulâncias (395), além de 19 unidades de resposta rápida, 11 unidades de motocicleta, 8 unidades especiais para bebês e outros tipos de unidades.

Em Londres são utilizados carros, motocicletas e bicicletas, cada um com sua função, mas todos fazendo parte de um sistema que também pode utilizar helicópteros.

As unidades de motocicletas têm profissionais qualificados e são usadas em situação de risco de vida junto com o envio de ambulância.

O contraste do sistema inglês com o brasileiro é que as motocicletas são um complemento de um sistema que conta com muitas ambulâncias, equipamentos e pessoal treinado.

No Brasil está em curso uma reestruturação do sistema de atendimento emergencial, para aprimorar não apenas a estrutura na área, mas estimular a busca espontânea da população pelos serviços públicos de saúde.

O Ministério da Saúde está se esforçando para estruturar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no nível nacional.

Essa forma de atendimento, lançada em setembro de 2003, foi a selecionada para implementar a assistência pré-hospitalar no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

O socorro é feito após chamada gratuita, feita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o

atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações.

Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente: orienta a pessoa a procurar um posto de saúde; designa uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade.

Cerca de 20 estados brasileiros compõem a rede do Samu/192, cobrindo uma população de 65 milhões de habitantes, em 296 municípios.

É preciso destacar que esse sistema ainda não tem a maturidade do sistema inglês e que são freqüentes as denúncias de que algumas das ambulâncias de quatro rodas não funcionam por falta de equipamentos e de profissionais capacitados.

É preciso, pois, fortalecer o sistema tradicional de ambulâncias, antes de obrigar gestores a adotar alternativas ainda não avaliadas em nosso País.

É preciso considerar que a utilização de motocicletas traz um risco elevado para o usuário da mesma.

Pesquisa divulgada em 2003 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com dados de aglomerações urbanas brasileiras do ano de 2001, mostrou grande incidência de acidentes com vítimas nos acidentes envolvendo motociclistas. A parcela de custos atribuída a esses acidentes no Brasil, corresponde a 19% do custo total, embora a frota de motocicletas corresponda a 10% da frota nacional de veículos.

Finalmente, destacamos que o projeto interfere na organização de uma estrutura administrativa do Poder Executivo, o que será devidamente apreciado na Comissão que tem competência para avaliar a consitucionalidade do dispositivo.

Diante do exposto, somos pela rejeição do Projeto de Lei nº  
214, de 2003.

Sala da Comissão, em                      de                      de 2006.

Deputada Sandra Rosado  
Relatora

2005\_16069\_Sandra Rosado \_210